

Info-toxico

Mauricie/Centre-Du-Québec

Novembre 2002 Vol. 14 N° 2

BULLETIN D'INFORMATION *

Centre de Réadaptation Domrémy Mauricie/Centre-du-Québec

Rôle maternel et toxicomanie

Nous avons choisi ce titre, au lieu de « rôle parental et toxicomanie » puisque très souvent, les femmes ayant des problèmes de toxicomanie sont chefs de famille monoparentale responsables du bien-être de leur enfant. Ainsi, il ne sera nullement question ici de juger ou condamner ces femmes, mais plutôt de permettre une plus grande compréhension, sans préjugé, de leur contexte de vie.

Certaines études indiquent qu'environ 5,5 % des mères, qui ont accouché aux États-Unis en 1992, avaient pris des drogues illicites durant leur grossesse, alors que d'autres études mentionnent un taux de 24 % (*Clément et Tourigny, 1999 et CPLT 1999*). Certaines des conséquences directes sont bien documentées, comme dans le cas de l'alcool et le « syndrome d'alcoolisation fœtale ». Par ailleurs, plusieurs programmes de promotion et de prévention visent à sensibiliser les mères aux risques encourus, tout en les incitant à ne rien consommer durant leur grossesse.

Toutefois, limiter les impacts de la consommation au seul niveau physiologique serait une erreur. D'autres conséquences se manifestent sur la relation mère-enfant, celles-ci se répercutant sur la qualité des soins que la mère prodigue à son enfant. D'abord, l'utilisation de psychotropes peut déclencher un accouchement avant terme. Ces enfants « inachevés », n'ayant pas atteint un niveau de développement adéquat, représentent souvent un plus grand défi pour les parents. Il arrive aussi que la surconsommation des mères occasionne des lésions neurologiques chez l'enfant. L'immaturation combinée à la présence de lésions hypothèquent les capacités de l'enfant à émettre des signaux facilement décodables et interfèrent avec la mise en place d'une saine relation mère-enfant. Dans les cas les plus graves, cette situation peut conduire à un désinvestissement affectif de la mère, l'enfant étant alors perçu par la mère comme une source de tensions et générateur d'impuissance.

D'autres dimensions sont importantes au développement de l'enfant. Son contexte social et psychologique, de même que sa capacité d'intégration et d'adaptation à la vie en société sont aussi modulés par le mode de vie de sa mère (*alimentation, repos, hygiène, etc.*). La consommation n'est qu'un élément néfaste de plus dans le style de vie de ces mères, mais elle constitue souvent la partie la plus visible ou

la plus spectaculaire d'une problématique beaucoup plus complexe (*Howell, Heiser et Harrington, 1999*).

L'espoir mort-né...

La naissance et le développement de la relation avec son enfant sont généralement perçus comme des expériences hautement gratifiantes. Toutefois, cela peut marquer le début d'une série d'événements douloureux et pénibles où les espoirs se confrontent rapidement à la dure réalité.

Au Québec en 2000, il y a eu 28,058 interruptions volontaires de grossesse et 71,900 naissances. Parmi ces accouchements, il y en avait 3 189 où la mère avait moins de 19 ans (*Institut de la statistique du Québec, 2002*). Pour certaines d'entre elles, la grossesse représente une façon rapide de modifier leur statut social, passant d'adolescentes ou de jeunes adultes à celui de femmes, à tout le moins, à celui de mères. Elles accèdent alors aux programmes financiers (*sécurité du revenu*), ce qui leur permet de s'émanciper rapidement. Ce « raccourci » devient attrayant si elles souhaitent acquérir rapidement à leur autonomie ou à quelque chose qu'elles espèrent meilleur que leur condition.

Parmi ces mères de moins de 19 ans, 2 179 n'ont pas terminé leurs études secondaires. Elles ne possèdent donc pas la formation scolaire minimale pour souscrire à certains emplois, ce qui les cantonne souvent à la sécurité du revenu ou à des emplois peu rémunérateurs. Si elles souhaitent terminer leurs études, elles doivent combiner leur rôle de mère à celui d'étudiante, ce qui est exigeant. Elles gèrent donc cette double tâche seule car souvent, peu d'entre elles vivent en couple légalement constitué et elles sont souvent en rupture avec leur famille. Elles ne peuvent donc recourir à un soutien affectif ou éducatif suffisant pour développer leur propre rôle de mère.

De plus, ce sont les femmes qui sont généralement les chefs de famille monoparentale (*81,6 % en 1996*). C'est aussi ce type de famille qui se retrouve en plus grand nombre au sein des familles dites « à faible revenu » car, même si ce type constitue 18,1 % de l'ensemble des familles au Québec, ce sont 49,3 % des mères monoparentales que l'on retrouve dans les familles à faible revenu (*Statistique Canada, enquête sur les finances des consommateurs, 1992*). Ainsi, au Québec, les mères de 166,000 enfants de moins de 18 ans vivent et gèrent au quotidien cette précarité financière. Cette marge de

CENTRES DE SERVICES

BÉCANCOUR (GENTILLY)

(819) 298-2144

DRUMMONDVILLE

(819) 475-0242

LA TUQUE

(819) 523-6113

LOUISEVILLE

(819) 228-2731

NICOLET

(819) 293-2031

POINTE-DU-LAC (Hébergement)

(819) 377-2441

PLESSISVILLE □ □

(819) 362-6301 ex. 252

SHAWINIGAN

(819) 536-0004

STE-GENEVIÈVE-DE-BATISCAN

(418) 362-2727

ST-TITE

(418) 365-7555

TROIS-RIVIÈRES (Siège social)

(819) 374-4744

VICTORIAVILLE

(819) 752-5668

DOMRÉMY MAURICIE / CENTRE-DU-QUÉBEC

CENTRE DE RÉADAPTATION
TOXICOMANIE / JEU EXCESSIF



Internet : DomremyMCQ@ssss.gouv.qc.ca

manœuvre réduite se répercute aussi sur la salubrité, l'hygiène et l'alimentation, ce qui contribue à l'apparition de problèmes de santé.

En plus de conjuguer avec les difficultés propres aux soins et à l'éducation d'un enfant, elles gèrent aussi leur isolement et leur pauvreté. L'absence de ressources (*emploi, éducation, famille, etc.*) ne leur permet pas l'accès à une vie davantage satisfaisante et gratifiante. En plus de ces difficultés, d'autres éléments peuvent moduler leur disponibilité à leur enfant et parmi ceux-ci, figure la présence d'un problème de consommation.

Consommation et négligence

Des données indiquent qu'aux États-Unis, dans 88 % des cas d'enfants nécessitant une mesure de protection, on retrouve une problématique de surconsommation chez un des parents (*Clément et Tourigny, 1999*). Au Québec, les signalements retenus d'enfants victimes de négligence ont dans 32 % des cas une mère surconsommatrice et dans 40 % un père surconsommateur (*CPLT, 1999*). La consommation de psychotropes n'est pas nécessairement la cause de la négligence, mais bien un élément de plus dans une constellation d'autres problèmes. Pour certaines mères, c'est leur histoire de vie qui agit comme facteur prédisposant et leur mode de vie actuel n'est qu'une répercussion et parfois, une reproduction de ce qui était présent dans leur propre famille. Ainsi, loin de contribuer à l'acquisition et au développement d'habiletés parentales saines chez ces mères, leur famille d'origine instaure bien involontairement les bases d'un modèle intergénérationnel malsain.

En ce sens, Guyon et ses collaborateurs (*1998*) soulignent que si leurs parents ont un problème de consommation, ces femmes auront une probabilité sept fois plus grande de développer ce même problème. On suppose trois mécanismes de transmission intergénérationnelle pouvant être liés les uns aux autres. Le premier repose sur le stress vécu dans la famille d'origine. Lorsqu'elles étaient enfants, la consommation de leur mère a souvent interféré avec leur besoin de stabilité (*ruptures nombreuses, inconsistance des règles, nombreux déménagements, précarité financière, etc.*). Le deuxième est la reproduction des comportements des modèles parentaux inadéquats. Finalement, le troisième mécanisme suppose, quant à lui, l'utilisation de la consommation comme moyen privilégié pour gérer les tensions et procurer un soulagement intérieur ou encore, pour ne plus ressentir certaines émotions liées à des événements antérieurs. En ce sens, plusieurs femmes qui ont un problème de consommation présentent, dans une forte proportion (de 25 à 75 % selon les études recensées par Guyon et coll. 1998), un vécu d'abus physique ou sexuel dans l'enfance. Fréquemment, on retrouve chez ces femmes devenues mères, des formes variées de violence conjugale (*physique, sexuelle, psychologique, etc.*), recréant ainsi une ambiance qui prévalait dans leur famille d'origine.

Il est clair que loin d'être une expérience dans laquelle elles pourront s'émanciper, la naissance d'un enfant constitue une désillusion. C'est aussi la preuve qu'elles pourront difficilement s'en sortir et qu'elles amélioreront leur situation qu'au prix de grands efforts. Elles entrevoient la lourde tâche qui les attend si elles veulent offrir une meilleure situation à leurs propres enfants, ce dont elles s'étaient pourtant souvent jurées. Ainsi, loin de susciter l'espoir en l'avenir, l'expérience maternelle devient une source de frustrations, d'impuissance et de désespoir qui peut conduire à un désinvestissement affectif et à un désengagement dans leur rôle de mère. Si l'on ajoute à cette désil-

lusion la présence d'un problème de consommation, nous nous retrouvons face à un contexte à risque de négligence. Comme signalé par Dubé (*1999*), la consommation de psychotropes est souvent présente dans les signalements adressés aux autorités chargées de veiller au développement et au bien-être des enfants. Toutefois, il ne s'agit pas d'une relation de cause à effet : croire que la consommation est la seule responsable de la négligence ou de l'abus serait une erreur. La consommation représente plutôt un élément de risque de plus, celui qui est fréquemment susceptible de tout faire basculer. La consommation est le symptôme, le plus évident, de la présence d'une problématique beaucoup plus vaste.

La grande méfiance de ces femmes

Dans la grande majorité des cultures, la surconsommation chez les mères n'est pas tolérée et encore moins acceptée. C'est sans doute pour cette raison que leur consommation se déroule souvent dans la clandestinité, cachée et confinée aux familles immédiates. Les dépister devient alors une tâche ardue et ce, pour de nombreuses raisons. La plus importante pourrait être la peur d'être désavouée et de se voir retirer ses enfants. N'oublions pas que, malgré certains changements, la mère est toujours perçue comme la première responsable du bon fonctionnement de sa famille et pour ce faire, elle doit être en mesure d'assumer ses responsabilités et d'être « opérationnelle » à tout moment. C'est souvent pour cette raison que ces femmes hésitent à rechercher de l'aide pour un problème de consommation car, en plus du constat douloureux de leur impuissance à tout régler seules, de leur incapacité à prendre leur vie en main, elles doivent avouer cet échec. Elles craignent et anticipent le jugement. Elles seront donc prudentes, pour ne pas dire méfiantes, dans leurs propos et leur façon d'aller chercher de l'aide.

Il existe des outils de dépistage sommaire et des balises à ce que l'on peut appeler une consommation sans risque (*Dumont 2001*). Par ailleurs, on retrouve des listes d'indices susceptibles d'indiquer une probabilité plus ou moins grande que nous sommes en présence d'une mère surconsommatrice. Cependant, obtenir des aveux concernant sa consommation réelle devient utopique. Même lorsque les organisations de protection de l'enfance sont présentes et que les enfants sont placés, l'information obtenue demeure souvent teintée par le désir de donner une image embellie et en accord avec les attentes quant à son rôle de mère, de façon à amoindrir d'éventuelles conséquences.

L'intervention thérapeutique risque alors de se transformer en interrogatoire où l'intervenant s'acharne à lui faire avouer sa consommation. La confrontation, loin d'être thérapeutique dans ce contexte, s'avèrera contre-productive. Il nous faut utiliser la porte d'entrée que la mère nous offre : assurer le bien-être de ses enfants qu'elle aime. C'est le seul levier que nous possédons pour insuffler une amorce de changements et de nouveaux comportements. En effet, la nécessité de diminuer leur consommation n'a de sens que dans la mesure où elles y entrevoient des bénéfices à court et à moyen terme. Dès lors, il faut offrir une aide pertinente à leur situation.

Spécificité de l'aide aux femmes

Les services en toxicomanie spécifiques aux femmes n'ont pu être élaborés et mis en place que récemment (*Finkelstein, 1994, Howell et al., 1999*). À partir des années 1970, des programmes de dépistage et d'intervention pour les femmes et les mères ont été développés, programmes souvent calqués et dispensés à

la façon dont ils sont offerts aux hommes. Certaines femmes s'intègrent et bénéficient des services conventionnels mais pour d'autres, ce sera impossible. Nous devons donc modifier notre façon de faire (*Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec (2000)*).

Avant d'envisager l'aide à offrir à ces mères, l'intervenant et l'organisation qui le chapeaute doivent innover au niveau des services, de façon à favoriser la participation de ces mères au traitement en éliminant un maximum d'irritants. Il peut s'agir de trouver une ressource ou un endroit où elles peuvent laisser les enfants durant les rencontres et leur fournir le transport pour s'y présenter. Compte tenu du statut de famille monoparentale, certaines conditions, comme une plus grande souplesse au niveau de l'horaire de travail et une tolérance accrue à la présence d'enfants durant la rencontre, seraient facilitantes et contribueraient à éliminer les embûches. Il faut aussi accroître l'attrait qu'exercent nos programmes d'aide et ne pas interférer avec leurs tâches quotidiennes (*préparation des repas, présence pour le retour des enfants, aller reconduire les enfants au service de garde, etc.*). Aborder des thèmes pertinents à leur réalité semble également indispensable. En ce sens, l'intervention doit comporter un volet éducatif de façon à accroître les habiletés et les compétences parentales, car c'est souvent la relation mère-enfant qui agira comme amorce au désir de changement (*CPLT, 1999; Clément et Tourigny, 1999*).

Identifier et participer à la résolution des difficultés de ces mères sont indispensables pour établir une alliance thérapeutique. En ce sens, l'abstinence exigée pourrait rebuter certaines d'entre elles et les amener à délaisser le traitement. Il est donc nécessaire de viser une réduction des méfaits, (*l'abstinence pour la situation de grossesse cependant*) de travailler à prévenir une détérioration de la situation, de favoriser une plus grande stabilité et d'établir des objectifs réalistes. Souvent, ces femmes se présentent aux services dans un contexte de contrainte et d'urgence. On doit, dans un premier temps, éviter les listes d'attente afin de favoriser l'accroissement et le maintien d'une motivation souvent très faible. De plus, pour se développer, la relation thérapeutique implique que ces mères doivent se présenter à leur rendez-vous et elles ne se présenteront que si elles pensent pouvoir retirer des bénéfices rapides à ce contact. En effet, lorsque surviennent les crises et que le besoin d'aide se fait pressant, une réponse rapide de l'intervenant à leurs besoins favorise l'augmentation de l'utilité perçue, ce qui confère à l'intervenant une signification particulière.

Comme dispensateur de services, il est primordial de faire preuve de tolérance face à cette clientèle. Pour y parvenir, il est nécessaire de former les intervenants à la réalité de ces femmes, ainsi que d'augmenter leurs connaissances des ressources du milieu. Cela permet aux intervenants de dépasser certains préjugés et favorise une plus grande tolérance. Les connaissances acquises par l'intervenant lui confèrent crédibilité et utilité, contribuant à la mise en place de la relation de confiance, pierre d'assise de la relation thérapeutique.

Toutefois, la connaissance et la formation ne sont pas suffisantes, il faut aussi établir un plus grand partenariat entre les ressources et implanter des corridors de services privilégiés. Compte tenu de la complexité du profil de ces mères, travailler à diminuer les facteurs de stress dans leur environnement devient un autre objectif à privilégier. Outre les services en

toxicomanie, toute une gamme de services pourrait être offerte de façon à favoriser une plus grande stabilité de la cellule familiale.

Conclusion

Tel que vu au début de cet article, la situation de certaines mères est précaire et ce, à plusieurs niveaux. En raison de leur histoire de vie, de leurs ressources internes et de leur environnement actuel, la consommation de psychotropes représente un facteur de risque de plus dans le développement de leur enfant. Déçues d'elle-même et de leur relation avec leur enfant, elles n'osent se tourner vers qui que ce soit pour demander de l'aide. Étiquetées en raison de leur consommation, elles se voient contraintes de briser leur silence. En conformité avec les attentes de l'entourage, elles se présentent sans espoir, convaincues de l'inutilité de leur démarche dans nos services. Comment leur être utile? Ça dépend! Nous pouvons opter pour une approche traditionnelle, où l'on applique un cadre unique... ou y aller en innovant. Ces femmes accèdent alors à des services qui sont attrayants car ils répondent davantage à leurs besoins et à leur situation. L'attrait ainsi exercé les incite à poursuivre. Malgré cette apparente simplicité, l'itinéraire de leur rétablissement passe d'abord et avant tout par notre reconnaissance de ce qu'elles sont et l'écoute de leurs besoins.

Martin Dumont
psychologue

Domrémy Mauricie/Centre-du-Québec

BIBLIOGRAPHIE

- Clément, M.-E., Tourigny, M. (1999). **Négligence envers les enfants et toxicomanie des parents : portrait d'une double problématique**. Québec : Comité permanent de lutte à la toxicomanie.
- Comité permanent de lutte à la toxicomanie (2000). **Le syndrome de l'alcoolisation fœtale : informer, prévenir, soutenir, traiter, sans alarmer ni culpabiliser**. Québec : CPLT
- Comité permanent de lutte à la toxicomanie (1999). **Avis sur les mères toxicomanes**. Québec : CPLT
- Dubé, M.-J. (1999). Un partenariat pour répondre aux besoins des parents toxicomanes et de leur jeunes enfants victime de négligence. **Intervention**, 107, pp. 43-51.
- Dumont, M. (2001). Le dépistage et l'intervention précoce. **Info-toxico**, vol. 13, N° 2.
- Finkelstein, N. (1994). Treatment issues for alcohol-and drug-dependent pregnant and parenting women. **Health and social work**, 19, pp. 7-15.
- Guyon, L., de Koninck, M., Morissette, P., Chayer, L. (1998). **Toxicomanie et maternité : un projet possible. Une synthèse des connaissances actuelles**. Québec : Comité permanent de lutte à la toxicomanie.
- Howell, E.M., Heiser, N., Harrington, M. (1999). A review of recent findings on substance abuse treatment for pregnant women. **Journal of substance abuse treatment**, 16, pp 195-219.
- Institut de la statistique du Québec (2002)
(www.stat.gouv.qc.ca/donstat/démograp)
- Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec (2000). **Femmes et toxicomanie : document de réflexion**. Québec, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec.
- Statistique Canada (2002).
(www.statcan.ca/fran/Pgdb/Poeple/families)
- Quelques bonnes adresses sur internet :**
- Dossier sur la grossesse
(www.doctissimo.fr/html/grossesse/grossesse.htm)
- Conseil canadien de lutte à la toxicomanie (www.ccsa.ca)
- Comité permanent de lutte à la toxicomanie (www.cplt.com)
- National institute of drug abuse
(www.drugabuse.gov/NIDAHome.html)
- Syndrome d'alcoolisation fœtale (www.safera.qc.ca)

L'exposition aux substances psychoactives in utero est associée chez le nourrisson à	Les facteurs environnementaux peuvent exacerber ou diminuer l'impact négatif de l'exposition in utero aux substances psychoactives
<ul style="list-style-type: none"> ✓ <input type="checkbox"/> Un retard de croissance <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> intra-utérin affectant sa <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> taille, son poids et sa <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> circonférence crânienne <input type="checkbox"/> ✓ <input type="checkbox"/> Des patterns de <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> sommeil irréguliers <input type="checkbox"/> ✓ <input type="checkbox"/> Des troubles d'éveil et <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> d'organisation <input type="checkbox"/> ✓ <input type="checkbox"/> Une difficulté à rester <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> dans un état d'alerte <input type="checkbox"/> ✓ <input type="checkbox"/> Une hypersensibilité aux <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> stimuli ou au contraire <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> une absence de réaction <input type="checkbox"/> ✓ <input type="checkbox"/> Des problèmes <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> d'alimentation et une <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> augmentation de <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> l'irritabilité. <input type="checkbox"/> 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ <input type="checkbox"/> Les soins prénataux diminuent les <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> effets négatifs de la consommation <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> sur le fœtus <input type="checkbox"/> ✓ <input type="checkbox"/> Un maternage adéquat peut com-<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> penser en partie ou totalement <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> plusieurs déficits neurodéveloppe-<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mentaux associés à la consommation <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> durant la grossesse. <input type="checkbox"/> ✓ <input type="checkbox"/> Le parent toxicomane doit être en- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> couragé et valorisé dans l'appren-<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> tissage de son nouveau rôle pour <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> favoriser le lien d'attachement avec <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> son enfant. <input type="checkbox"/> ✓ <input type="checkbox"/> Les parents toxicomanes nécessitent <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> des ateliers d'apprentissage sur les <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> habiletés parentales et des lieux de <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> répit <input type="checkbox"/> ✓ <input type="checkbox"/> Les enfants exposés in utero néces-<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> sitent des ateliers de stimulation <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> précoce et un environnement stable <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> et soutenant durant la période <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> scolaire pour améliorer leurs déficits. <input type="checkbox"/>

Adapté de Lecompte, J., Perreault, E., Venne, M. & Lavandier K.A. (2002) *Impacts de la toxicomanie maternelle sur le développement de l'enfant et portrait des services existants au Québec*. CPLT.

INFO-LIVRE

Impacts de la toxicomanie maternelle sur le développement de l'enfant et portrait des services existants au Québec, Lecompte J., Perreault E., Venne M., Lavandier K-A. (2002) Comité permanent de lutte à la toxicomanie, 79 pages. Ce document est disponible sur Internet, <http://www.cplt.com>

« On sait depuis longtemps que l'alcool est contre-indiqué chez la femme enceinte mais quels sont les risques réels pour le fœtus? Et qu'en est-il des autres produits les plus rencontrés tels la cocaïne, les benzodiazépines, le cannabis et l'héroïne? Le traitement par substitution à la méthadone est-il sans conséquence pour l'enfant à naître? Quels sont les problèmes présentés par le nouveau-né lorsqu'il y a toxicomanie ou polytoxicomanie maternelle pendant la grossesse? Ces bébés requièrent-ils des soins particuliers? Comment se développeront ces enfants? »

Travaillant depuis plusieurs années en périnatalité auprès de parents toxicomanes et de leurs enfants, les auteures ont voulu répondre à ces questions. Elles analysent les différents psychotropes sous l'angle des impacts qu'ils peuvent avoir à tous les niveaux pendant la période fœtale, néo-natale, la petite enfance et ainsi jusqu'à l'âge adulte. Au-delà des substances consommées par la mère, elles considèrent l'environnement familial comme un facteur déterminant pour le développement de l'enfant. Elles présentent les services québécois de soutien à ces familles ainsi que certains programmes novateurs, ici et à l'étranger. Leur réflexion se poursuit sur le besoin de développer des services spécifiques de soutien à cette clientèle. Les auteures recommandent aussi que des recherches québécoises dans ce domaine soient initiées ». Fait intéressant à noter, à la fin de chaque chapitre les auteures prennent la peine de noter certains « faits saillants » qui aident le lecteur à se faire une idée plus générale de la situation.

Ce document s'adresse principalement aux intervenants et chercheurs en toxicomanie, aux spécialistes qui œuvrent dans le domaine de l'obstétrique et également aux médecins, infirmières et praticiens psychosociaux qui sont en contact avec des femmes enceintes. Ce travail est le résultat d'une recension de la documentation disponible sur le sujet. Il se termine par une imposante bibliographie. Tiré de « *Impacts de la toxicomanie maternelle sur le développement de l'enfant et portrait des services existants au Québec* ».

AU BABILLARD

◆ **Sites Internet** : La Fédération Québécoise des CRPAT a procédé à la mise à jour de son site internet, vous pouvez le consulter (www.fqcrpat.org). Le Centre Dollard-Cormier de Montréal a développé un volet spécifique de son site Internet pour le jeu excessif (www.joueur-excessif.com). La Maison Jean Lapointe, Les Pavillons Nouveau Point de vue, les programmes de toxicomanie de l'Université de Sherbrooke et le MSSS ont procédé au lancement du site Toxquebec.com (www.toxquebec.com) dans le cadre du Forum mondial sur les drogues et dépendances.

◆ **Femmes et toxicomanie** : Après avoir offert une formation à l'intervention brève et au dépistage pour la clientèle adulte et jeune, nous avons adapté un contenu spécifique pour les femmes aux prises avec des problèmes de surconsommation d'alcool, de drogue et de médicaments. Cette formation d'une durée d'une journée débutera sous peu. (**Un premier groupe est prévu pour le 12 décembre et le coût est assumé par la Régie régionale**). Pour information et inscription, contacter **Mme Doris Paris au 377-2443 poste 257**. Cette formation est en lien avec les Orientations régionales en toxicomanie (1999) et le document de réflexion Femmes et toxicomanie déposé par un comité de travail régional (2002).

◆ **Jeu excessif** : Des développements obtenus pour la région nous permettent de consolider les services que nous offrons aux joueurs excessifs depuis plus d'une année. De plus, **Madame Mylène Lecours** (anciennement d'Action Toxicomanie Bois-Francs) a joint l'équipe de la Régie régionale et en concertation avec messieurs Jean Baril et Claude Jalbert elle travaille actuellement à l'élaboration d'un plan d'action régional qui s'échelonne sur les trois prochaines années. La Régie compte bien mettre à profit tous les acteurs concernés entre autres en utilisant les structures de concertation mises en place avec les Orientations régionales en toxicomanie. Notre **prochaine journée des partenaires** portera exclusivement sur le jeu excessif et elle est prévue pour le **30 mai 2003**.

◆ **Certification MSSS** : Deux organismes de la région ont obtenu leur certification confirmant qu'ils respectent le cadre normatif établi par le ministère de la Santé et des Services sociaux (organismes avec hébergement pour personnes toxicomanes). Il s'agit de la **Maison Yvon Carignan** (Trois-Rivières) et de la **Maison du Lac** (Inverness). D'autres organismes sont en démarche actuellement et leur certification est imminente.

◆ **Centre Jean Lapointe pour adolescents Mauricie / Centre-du-Québec**. **M. André Guillemette** est le nouveau directeur du Centre Jean Lapointe pour adolescents (St-Célestin été 2000). Il occupait antérieurement la même fonction au Centre de Montréal. Le **11 novembre 2002** un Cocktail de variétés s'est tenu à la Salle J. Antonio Thompson de Trois-Rivières, organisé par la Fondation Jean Lapointe au profit exclusif du Centre Jean Lapointe Mauricie / Centre-du-Québec. Une salle comble, un succès pour le président d'honneur, **M. Louis-Régis Tremblay**, président-directeur général de l'Aluminerie de Bécancour qui a obtenu un don de la Fondation (Alcoa) de l'Aluminerie.

◆ **Ajustement de nos services** : Nous procédons actuellement à de nouveaux ajustements à notre centre de services avec hébergement pour mieux supporter la période de désintoxication souvent importante que vit une grande partie de notre clientèle. La programmation des activités a été revue pour mieux répondre à leurs besoins et le personnel de santé a aussi été augmenté. Nous procédons aussi à un bilan rigoureux de notre programmation de services pour les adolescents et leurs parents (clientèle rejointe, profil et besoins, évaluation de la satisfaction des usagers, des attentes des partenaires, etc.). Une mise à jour de la programmation est prévue pour 2003.