

No 7 • Mars 2015

# SAVIEZ-VOUS QUE...

DES RÉPONSES À VOS PRÉOCCUPATIONS CLINIQUES



## L'IMPLICATION PARENTALE EN CONTEXTE DE PROTECTION DE LA JEUNESSE



Centre jeunesse  
de Québec

Institut universitaire

Étudiants / Direction scientifique

Thomas Carrier • Geneviève Fily-Paré • Vanessa Fournier • Caroline Perron

Sous la supervision d'Émilie Dionne



**Responsable du projet :** Émilie DIONNE

**Révision du document :** Vanessa FOURNIER et Annie VAILLANCOURT

**Mise en page et graphisme :** Direction des communications / Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire

**Impression :** Copies de la Capitale

**Notes :** Dans le présent document, le générique masculin est utilisé sans aucune discrimination et uniquement dans le but d’alléger le texte.

Toute reproduction totale ou partielle est autorisée à condition d’en citer la source.

Tout projet d’adaptation ou de traduction doit faire l’objet d’une demande écrite à la Direction des communications et d’une entente préalable entre les parties.

ISBN : 978-2-921880-34-3

© Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire, 2015

Dépôt légal : 1<sup>er</sup> trimestre 2015

Bibliothèque nationale du Québec  
Bibliothèque nationale du Canada

**Production :** Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire  
2915, avenue du Bourg-Royal  
Québec (Québec)  
G1C 3S2  
Téléphone : 418 661-6951  
Télécopieur : 418 661-5079  
**Site Internet :** [www.centrejeunessedequebec.qc.ca/publications](http://www.centrejeunessedequebec.qc.ca/publications)

**Diffusion :** Le nombre d’exemplaires étant limité, après épuisement des copies, vous êtes invités à consulter le site Web du Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire, sous l’onglet nos publications.

# TABLE DES MATIÈRES

Avant-propos .....	4
L'implication parentale, qu'est-ce que ça implique au juste?.....	6
Les parents aux prises avec un problème de toxicomanie : profil, conséquences chez les enfants et stratégies d'implication dans les services de protection de la jeunesse.....	15
Quand l'implication parentale se conjugue au masculin .....	35

# AVANT-PROPOS

## Saviez-vous que . . .

... c'est Simon Laperrière, éducateur au Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire, qui a proposé le thème « L'implication parentale en contexte de protection de la jeunesse » pour cette toute dernière édition de la revue Saviez-vous que... Des réponses à vos préoccupations cliniques ?

Voici, en guise d'avant-propos, ce qu'il avait à nous dire à ce sujet.<sup>1</sup>



ÉMILIE DIONNE

Bonjour Simon. Peux-tu nous dire ce qui t'a donné l'idée de proposer la thématique de « l'implication parentale » comme sujet pour cette dernière édition de la revue Saviez-vous que... Des réponses à vos préoccupations cliniques?

L'implication parentale, dans le processus de réadaptation, m'apparaît déterminante tant pour l'amorce que pour le déroulement et l'issue du placement. En effet, agir en partenariat avec les parents favorise le développement de l'adolescent en difficulté. L'adolescent se définit selon ses caractéristiques personnelles, mais également en fonction des interactions qu'il entretient avec sa famille. Dans cette optique, accorder une attention spéciale à la compréhension de l'implication parentale est essentiel.



SIMON LAPERRIÈRE



ÉMILIE DIONNE

Tu as déjà travaillé sur ce sujet dans le cadre de ton mémoire de maîtrise en criminologie : peux-tu nous en parler davantage?

Les relations sociales vécues dans le contexte familial sont des prototypes de celles qui suivront par la suite. Ce constat, précisé dans la littérature, m'a amené à me questionner aussi sur l'influence des parents sur les comportements adaptatifs de l'adolescent en difficulté dans le processus de réadaptation. En ce sens, l'objectif poursuivi par mon mémoire consistait à effectuer une analyse de l'implication parentale lors du placement d'un adolescent et de la façon selon laquelle les parents et les éducateurs l'expérimentaient.



SIMON LAPERRIÈRE



ÉMILIE DIONNE

Quels sont les défis particuliers qui se posent aux intervenants des services de réadaptation en lien avec l'implication parentale ?

Plusieurs motifs expliquent le faible degré d'implication des parents lors du processus de réadaptation ; par exemple, les réticences des parents au placement, les désaccords entre les parents, le conflit de loyauté de l'adolescent et le rejet de l'adolescent par ses parents. Conséquemment, le défi majeur de l'ensemble des intervenants est d'arriver à une vision commune avec les parents des besoins de leur adolescent et d'intervenir en collaboration et de façon cohérente.



SIMON LAPERRIÈRE



ÉMILIE DIONNE

Quels sont, à ton avis, les principaux avantages liés au fait d'impliquer un parent en contexte de protection de la jeunesse?

Impliquer les parents lors du placement a pour effet d'alléger le poids des responsabilités qui pèsent sur les épaules de l'adolescent, confirme aux parents qu'ils font partie intégrante du processus de réadaptation, accroît leur compréhension et leur acceptation des services de réadaptation, favorise l'actualisation de leurs compétences éducatives, contribue à l'amélioration des comportements adaptatifs de l'adolescent, en plus de faciliter sa réintégration sociale.



SIMON LAPERRIÈRE



ÉMILIE DIONNE

As-tu remarqué des changements de pratique en lien avec l'implication parentale au fil des ans? Si oui, lesquels?

J'observe de plus en plus une volonté des éducateurs de mobiliser les parents dans l'exercice de leurs responsabilités parentales. L'éducateur, tout en apportant conseils et soutien, recherche davantage un partage de la prise en charge de l'adolescent, conscient que le parent demeure le premier responsable de l'éducation de son adolescent. En d'autres mots, l'éducateur prend aujourd'hui un rôle de « guide parental », alors qu'autrefois, il était plus enclin à se substituer aux parents.



SIMON LAPERRIÈRE

# L'IMPLICATION PARENTALE, QU'EST-CE QUE ÇA IMPLIQUE AU JUSTE ?

## Saviez-vous que . . .

... l'implication parentale réfère à un concept qui s'articule autour de deux composantes centrales, soit les comportements des parents et leurs attitudes au regard de l'intervention (Cunningham et al., 2009 ; Smith et al., 2008 ; Staudt, 2007) ?



**Vanessa Fournier, étudiante en psychologie à l'Université Laval**



**Thomas Carrier, étudiant en psychologie à l'Université Laval**

### Avec la collaboration de :

- Sylvie Drapeau, professeure titulaire à l'École de psychologie de l'Université Laval
- Ruth Grégoire, éducatrice au Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire
- Audrey Therrien, agente de relations humaines au Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire
- Nancy Viel, spécialiste en activités cliniques (application des mesures) au Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire

Le concept d'implication parentale, un principe d'intervention préconisé par la Loi sur la protection de la jeunesse et la Loi sur le système de justice pénal pour les adolescents (LSJPA), auquel bon nombre de bénéfices sont attribués, semble semer la confusion dans la littérature scientifique, et ce, particulièrement lorsqu'il est question de clientèles non volontaires (Altman, 2008). Non seulement les auteurs utilisent-ils différents termes de manière interchangeable afin de désigner l'implication des parents dans le processus d'intervention (ex. engagement, participation, collaboration, coopération), mais de surcroît, les façons de la concevoir apparaissent multiples (Korfmacher et al., 2008 ; Staudt, 2007). Alors que certains auteurs font reposer l'entière responsabilité de cette implication sur les parents (Korfmacher et al., 2008) ou sur l'intervenant (Staudt, 2007), d'autres (ex. Williamson & Gray, 2011) suggèrent plutôt qu'elle prenne forme à travers un partenariat « parents-intervenant » dans le but de répondre aux besoins de l'enfant et de la famille.

En plus de cette absence de consensus, la majorité des études portant sur le sujet sont réalisées dans des contextes où les clients reçoivent des services d'aide sur une base volontaire. Dès lors, ces modèles apparaissent difficilement transposables au contexte particulier de la protection de la jeunesse, c'est-à-dire un contexte d'autorité (Darlington, Healy & Feeney, 2010 ; Staudt, 2007)

où les parents perçoivent souvent les services négativement, ce qui peut nuire à leur implication (Dumbrill, 2006). Ces derniers ont en effet tendance à se montrer résistants face à l'aide offerte et éprouvent de la difficulté à s'impliquer positivement s'ils ne reconnaissent pas que le bien-être de leur enfant est compromis ou s'ils ne sentent pas le besoin d'apporter les changements nécessaires pour mettre fin à la situation de compromission (Darlington, Healy & Feeney, 2010 ; Villeneuve, 2010). D'un autre côté, les intervenants ne jouissent pas toujours des conditions nécessaires pour impliquer davantage les parents avec lesquels ils travaillent, en raison, par exemple, d'une charge de cas trop lourde. À cela s'ajoute leur double mandat, soit la protection de l'enfant et le développement des compétences parentales (Pouliot, Turcotte & Monette, 2009 ; Saint-Jacques, Lessard, Beaudoin & Drapeau, 2000), qui introduit parfois une certaine ambiguïté. Malgré ces embûches, un changement de paradigme s'opère dans la pratique : les intervenants en protection de la jeunesse concourent davantage à faire participer les parents et les considèrent de plus en plus comme des agents actifs de leur changement et comme des experts pour définir leurs propres besoins (Saint-Jacques, Drapeau, Lessard & Beaudoin, 2006; Lemay, 2012; Saint-Jacques et al., 2000 ; Williamson & Gray, 2011). Il faut toutefois faire attention de ne pas les surresponsabiliser individuellement, miser sur une reprise de pouvoir globale et concertée avec les différents acteurs existants (Charest, 2014).

Les lignes qui suivent proposent une façon de conceptualiser l'implication parentale en fonction des connaissances scientifiques, afin de mieux intervenir en collaboration avec les parents en contexte de protection de la jeunesse.

## Les composantes de l'implication parentale

L'implication parentale réfère à un concept qui s'articule autour de deux composantes centrales, soit les comportements des parents et leurs attitudes au regard de l'intervention (Cunningham et al., 2009 ; Smith et al., 2008 ; Staudt, 2007). Voici une brève description de chacune de ces composantes.

### Les comportements

Les comportements désignent les actions concrètes qui sont entreprises par les parents afin de répondre aux objectifs de l'intervention et peuvent s'illustrer, par exemple, par la participation aux décisions concernant l'enfant et la famille, l'implication lors des rencontres, la réalisation de tâches et d'exercices (Karver, Handelsman, Fields & Bickman, 2005), les visites dans les ressources d'accueil, les conversations téléphoniques avec l'intervenant ou l'enfant (Poirier, 2000) et la participation à des groupes d'éducation et de soutien (Villeneuve, 2010).

Ces comportements sont directement observables et peuvent être évalués à partir de la fréquence d'utilisation des services ou de la durée des contacts.

Il s'agit d'une composante quantitative de l'implication parentale fréquemment utilisée pour évaluer le niveau d'implication des parents (Korfmacher et al., 2008). Cunningham et ses collaborateurs (2009) soulignent toutefois qu'il peut s'avérer problématique de mesurer l'implication parentale uniquement à partir de ces paramètres. Bien que cette composante soit inhérente à l'obtention de bénéfices cliniques, elle ne constitue pas une implication parentale « complète » (Staudt, 2007). Il apparaît donc plus juste d'utiliser une mesure multidimensionnelle qui accorde aussi une place à une autre composante centrale de l'implication, soit les attitudes des parents à l'égard de l'intervention (Yatchmenoff, 2005).

La façon qu'on a de voir si le parent est impliqué ou pas, c'est dans la mise en action. On va offrir des opportunités très concrètes pour qu'il puisse se mobiliser. À partir de ça, au terme de l'ordonnance, on va mesurer l'écart entre les intentions du parent et ce qu'il a vraiment fait dans l'action.

**Nancy Viel**

Spécialiste en activités cliniques  
(application des mesures), CJO-IU

## Les attitudes

Dans la littérature, les attitudes des parents ont trait à leur investissement émotif dans l'intervention ou, en d'autres termes, à la façon dont ils se sentent par rapport aux services qu'ils reçoivent (Staudt, 2007). Il s'agit d'une composante qualitative de l'implication parentale difficilement observable et donc plus subtile. De fait, il existe peu d'outils valides permettant de la mesurer (Korfmacher et al., 2008).

Nous, on demande aux parents avant de commencer le programme : « Est-ce que vous y croyez, est-ce que vous avez espoir que la situation change ? »

**Ruth Grégoire**  
Éducatrice  
CJQ-IU

Les recherches suggèrent qu'un parent qui présente des attitudes positives vis-à-vis de l'intervention fera preuve de réceptivité et d'ouverture face à l'aide offerte. Il s'agit d'un parent qui reconnaît le problème à l'origine de l'intervention en protection de la jeunesse (Yatchmenoff, 2005) et qui est prêt et motivé à effectuer les changements nécessaires à l'amélioration de la situation (Smith et al., 2008). Il perçoit également l'importance et la pertinence des services proposés et croit que l'intervention peut lui être bénéfique (Karver et al., 2005 ; Kazdin, 2000 ; Yatchmenoff, 2005).

Yatchmenoff (2005) propose d'utiliser un instrument permettant de mesurer les attitudes des parents envers les services de protection de la jeunesse. À titre d'exemple, un parent ayant une attitude positive devrait répondre favorablement à des énoncés tels que :

- **Je réalise que j'ai besoin d'aide pour m'assurer que mon enfant a tout ce dont il a besoin.**
- **Je pense que les choses vont s'améliorer pour mon enfant maintenant que les services de protection de la jeunesse sont impliqués.**
- **Il y a de bonnes raisons pour que le centre jeunesse soit impliqué auprès de ma famille.**

À l'opposé, un parent ayant une attitude négative peut sembler désintéressé ou insatisfait des services offerts (Korfmacher et al., 2008) et avoir tendance à être en accord avec des énoncés tels que :

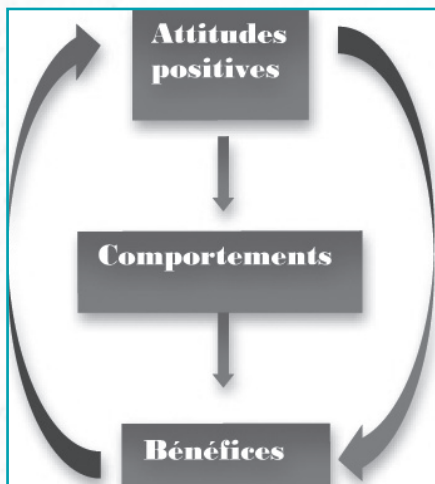
- **J'étais correct avant que les services de protection de la jeunesse s'impliquent.**
- **C'est difficile pour moi de travailler avec l'intervenant qui m'a été assigné.**
- **Tout ce que je dis va se retourner contre moi pour me faire mal paraître.**

Certains auteurs avancent qu'il faut intervenir sur les attitudes, puisqu'elles permettent aux parents d'entreprendre des actions concrètes pouvant optimiser les résultats de l'intervention (Staudt, 2007).

Il est important de noter que ces deux principales composantes de l'implication, bien qu'étroitement liées, ne sont pas indissociables (Korfmacher et al., 2008). Il est effectivement possible qu'un parent adopte une attitude positive à l'égard de l'intervention sans toutefois y participer activement en raison de diverses contraintes personnelles ou environnementales telles qu'un conflit d'horaire ou des difficultés liées au transport. Avant de conclure qu'un parent n'est pas impliqué, il est donc nécessaire de prendre en compte le contexte dans lequel il se trouve et les obstacles auxquels il peut être confronté (Staudt, 2007). À l'opposé, il est possible qu'un parent entreprenne bon nombre d'actions concrètes tout en ayant une attitude négative envers l'intervention, par exemple, en étant convaincu que celle-ci est injustifiée. Dans un tel cas, le simple fait qu'il participe activement à différentes activités ne peut être considéré comme une implication « complète » (Staudt, 2007).

Pour maximiser les résultats de l'intervention, certains auteurs suggèrent que ces deux composantes de l'implication parentale soient présentes, certains bénéfices ne pouvant être obtenus sans cette combinaison (Korfmacher et al., 2008 ; Staudt, 2007). Autrement dit, il ne suffit pas simplement que les parents agissent dans le but d'atteindre les objectifs de l'intervention (comportements) : une attitude positive et un investissement émotif de leur part, la reconnaissance du problème, de même qu'une volonté de changement et une croyance en l'intervention sont aussi nécessaires (Staudt, 2007). Pour que cela soit possible, un partenariat empreint de confiance et de respect mutuel doit être établi entre les parents et l'intervenant.

## L'implication parentale : un processus dynamique



Certains auteurs affirment que l'implication parentale est un processus dynamique qui se déroule tout au long de la démarche d'aide, des premiers contacts jusqu'à la fin de l'intervention (Coatsworth, Santisteban, McBride & Szapocznik, 2001).

La notion de processus sous-tend une évolution au fil du temps, signifiant que l'implication des parents n'est pas quelque chose de statique (Korfmacher et al., 2008). Le simple passage du temps ou encore une réaction à l'intervention sont susceptibles de changer les attitudes et les comportements des parents à tout moment (Chu, Suveg, Creed & Kendall, 2010). En ce sens, des efforts devraient être consentis pour impliquer les

parents tout au long de la démarche d'aide à travers un solide partenariat « parents-intervenant » (Korfmacher et al., 2008).

Le rôle de l'intervenant consiste notamment à encourager l'implication parentale (Staudt, 2007), tâche qui peut parfois s'avérer complexe en raison d'obstacles liés à l'enfant, à la famille, à l'organisation ou à l'environnement. Staudt (2007) identifie trois principales catégories d'obstacles à l'implication des parents : (1) les croyances des parents en lien avec le problème à l'origine de l'intervention, les services offerts ou le besoin d'effectuer des changements, (2) les problèmes relationnels entre les parents et l'intervenant et (3) les stress quotidiens auxquels les parents font face, incluant le manque de soutien social, les conflits familiaux ou encore les problèmes personnels tels que l'anxiété et la dépression. Dans son étude, Kazdin (2000) ajoute que plus les parents font face à un nombre important d'obstacles, moins ils considèrent l'intervention comme étant justifiée.

Les recherches suggèrent qu'en dépit de ces nombreux obstacles, certaines techniques d'intervention peuvent favoriser l'implication parentale (voir tableau 1) en permettant aux parents d'être davantage réceptifs aux services offerts (Gallagher, Kurtz & Blackwell, 2010 ; Staudt, 2007). L'intervenant peut, entre autres, leur expliquer le rationnel qui sous-tend le processus d'aide et les aider à faire des liens entre les interventions et les résultats escomptés (Kazdin & Wassell, 2000). Il s'assure alors que les parents ont une bonne compréhension de l'intervention (ex. objectifs, moyens) et qu'ils développent par le fait même des attentes réalistes envers celle-ci (Gallagher et al., 2010). L'intervenant doit aussi s'intéresser à la perception qu'ont les parents de l'origine du problème, des besoins qu'ils présentent et des solutions qu'ils proposent, puisque cela influence grandement leurs

Souvent, les parents vont s'impliquer, mais ils ont de la difficulté à maintenir leur implication dans le temps. Donc, c'est vraiment au niveau de la constance que c'est plus difficile.

**Nancy Viel**

Spécialiste en activités cliniques  
(application des mesures), CJO-IU

attitudes. Il peut aussi être utile de contacter des personnes significatives (proches, membres de la famille) et d'encourager celles-ci à soutenir les parents dans leur démarche. L'intervenant peut identifier avec les parents les obstacles qui risquent de nuire à leur implication et prévoir des solutions afin de les surmonter, le cas échéant (Staudt, 2007). En misant sur les forces des parents pour développer ou améliorer leurs compétences parentales (Lavigueur, Coutu & Dubeau 2011; Saint-Jacques, Turcotte & Oubrayrie-Roussel, 2012) et résoudre leurs difficultés, il peut aussi les amener à voir leur situation différemment et donc, à modifier leurs attitudes et comportements.

## Tableau 1

### Stratégies qui favorisent les comportements d'implication et les attitudes positives des parents à l'égard de l'intervention

- Donner de l'information aux parents concernant leurs droits et leurs responsabilités.
- S'intéresser à la perception des parents concernant l'origine du problème, les besoins qu'ils présentent et les solutions qu'ils proposent.
- Élaborer un plan d'intervention en collaboration avec les parents.
- Clarifier le rôle que chacun aura à jouer dans l'intervention.
- S'assurer que les parents ont une bonne compréhension de l'intervention et qu'ils développent par le fait même des attentes réalistes envers celle-ci. Définir les buts communs.
- Expliquer le rationnel qui sous-tend le processus d'aide en aidant les parents à faire des liens entre ce qui sera effectué durant les interventions et les résultats escomptés.
- Contacter des personnes significatives (famille, proches) et les encourager à soutenir les parents.
- Demander directement aux parents quels peuvent être les obstacles éventuels à leur implication et prévoir des solutions afin de les surmonter.
- Donner des exercices aux parents afin de les encourager à prendre leurs responsabilités.
- Vérifier le niveau de satisfaction des parents par rapport aux services.

(Tableau inspiré de Gallagher et al., 2010 ; Kazdin & Wassell, 2000 ; Saint-Jacques, Drapeau, Lessard & Beaudoin, 2006 ; Staudt, 2007)

## Quels sont les bienfaits de l'implication parentale pour la famille ?

Tous les membres de la famille peuvent bénéficier de l'implication parentale (Villeneuve, 2010). Les parents qui s'impliquent activement sont susceptibles de développer une meilleure estime d'eux-mêmes ainsi qu'une plus grande confiance en leurs capacités (Kemp, Marcenko, Hoagwood & Vesneski, 2009). Participer activement aux décisions qui les concernent fait en sorte qu'ils se sentent davantage respectés par l'intervenant et qu'ils ont le sentiment d'avoir une plus grande emprise sur leur situation. Ceci les incite à se mettre en action afin d'apporter les changements nécessaires et favorise le maintien des acquis à long terme (Child Welfare Information Gateway, 2010 ; The Center for the Study of Social Policy, 2010).

De manière générale, l'implication des parents dans le processus d'intervention améliore le climat familial en favorisant, entre autres, un contact plus chaleureux, une meilleure communication entre les parents et les enfants, un renforcement du lien affectif qui les unit (Villeneuve, 2010), ainsi qu'une plus grande stabilité (Administration for Children and Families, 2004 ; Villeneuve, 2010). Ces changements dans la relation parents-enfant aident le jeune à conserver ses acquis au contact des intervenants, et favorise l'obtention de meilleurs résultats scolaires, le développement de ses habilités sociales (Villeneuve, 2010), de même que la réduction de ses symptômes anxieux, dépressifs et de ses problèmes de comportement (Lakin, Brambila & Sigda, 2004).

Dans le cadre d'un placement en ressource d'accueil, les parents qui s'impliquent activement peuvent influencer la perception de leur enfant face au placement. Ce dernier pourrait alors avoir moins tendance à percevoir sa situation comme une punition en plus de sentir que la responsabilité du problème est partagée et que ses parents travaillent dans le but de réunir à nouveau la famille (Mireault, Beaudoin, Paquet & Champagne, 1998-1999).

Les enfants ont besoin de leurs parents. Quand ils sentent que leurs parents sont impliqués, ils se sentent importants et ils trouvent ça bien de savoir que leurs parents tiennent à eux et travaillent pour eux.

**Audrey Therrien**  
Agente de relations humaines,  
CJQ-IU

Enfin, un enfant dont les parents s'engagent activement dans les services présente un meilleur pronostic de maintien ou de retour en milieu familial (Blumenthal, 1984 ; Villeneuve, 2010). À ce propos, de nombreuses études confirment que les parents qui s'impliquent conservent ou récupèrent plus souvent la garde de leur enfant que ceux qui ne s'impliquent pas (Atkinson & Butler, 1996 ; Davis, Landsverk, Newton & Ganger, 1996 ; Leathers, 2002 ; Poirier, 1998, dans Villeneuve, 2010). En plus d'être un bénéficiaire éventuel, la réunification familiale peut agir à titre d'agent motivationnel.

Elle est en effet l'une des principales motivations favorisant le maintien de l'implication des parents jusqu'à la fin de l'intervention (Larsen-Rife & Brooks, 2009).

## Quels sont les bienfaits de l'implication parentale pour les intervenants en centre jeunesse ?

Quelques études qualitatives indiquent que la famille n'est pas le seul acteur qui bénéficie de l'implication parentale ; les intervenants voient aussi leur travail devenir plus valorisant, plus agréable et plus aisé (Mireault et al., 1998-1999 ; Villeneuve, 2010). Si la charge de travail ne diminue pas, que les parents soient impliqués ou non, les intervenants estiment néanmoins en

Moi je trouve que c'est plus agréable quand le parent est impliqué. C'est plus valorisant comme intervenant d'avoir un parent qui chemine, qui s'implique et qui s'essaie.

**Nancy Viel**  
Spécialiste en activités cliniques  
(application des mesures), CJQ-IU

avoir moins lourd sur les épaules lorsque leur travail leur confère un rôle de guide parental plutôt que de « substitut parental » (Mireault et al., 1998-1999 ; Villeneuve, 2010).

Impliquer les parents dès les premières rencontres permet également à l'intervenant d'obtenir des renseignements plus complets sur la situation familiale et son fonctionnement. En général, les parents s'investissent davantage dans les services lorsqu'ils se sentent en confiance avec le personnel (Gockel, Russell, & Harris, 2008). En leur accordant une place

en tant que partenaires, l'intervenant favorise un climat de respect mutuel et d'échange (Villeneuve, 2010). Acquéran ainsi de l'information plus juste et précise, le professionnel est davantage en mesure de cerner efficacement les besoins de la famille et de parvenir à une bonne évaluation des services requis (Child Welfare Information Gateway, 2010).

Il faut être sûr de travailler dans le même sens. Si le parent n'est pas d'accord, on n'aura pas de répercussions positives dans la vie de l'enfant. Si le parent et l'intervenant se rejoignent dans un but commun réaliste, on peut faire un bout de chemin.

**Ruth Grégoire**  
Éducatrice,  
CJO-IU

Somme toute, l'implication parentale désigne un processus dynamique qui s'articule autour de deux composantes centrales, soit les comportements des parents et leurs attitudes au regard de l'intervention. Les écrits scientifiques des dernières décennies soutiennent que l'implication parentale représente une pratique avantageuse ayant fait ses preuves (Blumenthal, 1984 ; Nevas & Farber, 2001 ; Palmer, Maiter & Manji, 2006 ; Saint-Jacques et al., 2006 ; Villeneuve, 2010) qui passe d'abord et avant tout par un partenariat parents-intervenant s'appuyant sur une solide alliance thérapeutique empreinte d'empathie et de respect.



## Références

- Administration for Children and Families (2004). *Findings From The Initial Child And Family Service Reviews : 2001-2004*. Récupéré du site : [http://www.acf.hhs.gov/programs/cb/cw\\_monitoring/results/sld001.html](http://www.acf.hhs.gov/programs/cb/cw_monitoring/results/sld001.html)
- Altman, J. C. (2008). Engaging families in child welfare services : Worker versus client perspectives. *Child Welfare League of America*, 87(3), 41-61.
- Atkinson, L. & Butler, S. (1996). Court-ordered assessment : Impact of maternal noncompliance in child maltreatment cases. *Child Abuse & Neglect*, 20(3), 185-190.
- Blumenthal, K. (1984). Involving parents : A rationale. Dans K. Blumenthal & A. Weinberg (Éds.), *Establishing Parent Involvement in Foster Care Agencies*. New York, États-Unis : Child Welfare League of America, Inc.
- Charest, G. (2014). *La conscientisation auprès des parents en situation de négligence : un regard critique à partir du point de vue des parents et des professionnels concernés en Centre jeunesse* (mémoire de maîtrise), Université de Sherbrooke.
- Child Welfare Information Gateway (2010). *Family Engagement. Bulletin for Professionals*. Récupéré du site : [http://www.childwelfare.gov/pubs/f\\_fam\\_engagement/f\\_fam\\_engagement.pdf](http://www.childwelfare.gov/pubs/f_fam_engagement/f_fam_engagement.pdf)

- Chu, B. C., Suveg, C., Creed, T. A. & Kendall, P. C. (2010). Involvement shifts, alliance ruptures, and managing engagement over therapy. Dans D. Castro-Blanco & M. S. Karver (Éds.), *Elusive Alliance : Treatment Engagement Strategies With High-Risk Adolescents* (pp. 95-121). Washington, DC, US : American Psychological Association.
- Coatsworth, J. D., Santisteban, D. A., McBride, C. K. & Szapocznik, J. (2001). Brief strategic family therapy versus community control : Engagement, retention, and an exploration of the moderating role of adolescent symptom severity. *Family Process*, 40(3), 313-332.
- Cunningham, W. S., Duffee, D. E., Huang, Y., Steinke, C. M. & Naccarato, T. (2009). On the meaning and measurement of engagement in youth residential treatment centers. *Research on Social Work Practice*, 19(1), 63-76.
- Darlington, Y., Healy, K. & Feeney, J. A. (2010). Challenges in implementing participatory practice in child protection : A contingency approach. *Children and Youth Services Review*, 32(7), 1020-1027.
- Davis, I. P., Landsverk, J., Newton, R. & Ganger, W. (1996). Parental visiting and foster care reunification. *Children and Youth Services Review*, 18(4/5), 362-382.
- Dumbrill, G. C. (2006). Parental experience of child protection intervention : A qualitative study. *Child Abuse & Neglect*, 30(1), 27-37.
- Gallagher, R., Kurtz, S. & Blackwell, S. C. (2010). Engaging adolescent with disruptive behavior disorders in therapeutic change. Dans D. Castro-Blanco & M. S. Karver (Éds.), *Elusive Alliance : Treatment Engagement Strategies With High-Risk Adolescents* (pp. 139-158). Washington, DC, US : American Psychological Association.
- Gockel, A., Russell, M. & Harris, B. (2008). Recreating family : Parents identify worker-client relationships as paramount in family preservation programs. *Child Welfare League of America*, 87(6), 91-113.
- Karver, M. S., Handelsman, J. B., Fields, S. & Bickman, L. (2005). A theoretical model of common process factors in youth and family therapy. *Mental Health Services Research*, 7(1), 35-51.
- Kazdin, A. E. (2000). Perceived barriers to treatment participation and treatment acceptability among antisocial children and their families. *Journal of Child and Family Studies*, 9(2), 157-174.
- Kazdin, A. E. & Wassell, G. (2000). Predictors of barriers to treatment and therapeutic change in outpatient therapy for antisocial children and their families. *Mental Health Services Research*, 2(1), 27-40.
- Kemp, S. P., Marcenko, M. O., Hoagwood, K. & Vesneski, W. (2009). Engaging parents in child welfare services : bridging family needs and child welfare mandates. *Child Welfare*, 88(1), 101-126.
- Korfmacher, J., Green, B., Staerkel, F., Peterson, C., Cook, G., Roggman, L., Faldowski, R. A. & Schiffman, R. (2008). Parent involvement in early childhood home visiting. *Child Youth Care Forum*, 37(4), 171-196.
- Lakin, B. L., Brambila, A. D. & Sigda, K. B. (2004). Parental involvement as a factor in the readmission to a residential treatment center. *Residential Treatment for Children & Youth*, 22(2), 37-52.
- Larsen-Rife, D. & Brooks, S. (2009). The importance of engagement in child welfare services. *Northern California Training Academy*. Récupéré du site : <http://academy.extensiondlc.net/file.php/1/resources/LR-FamilyEngagement.pdf>
- Lavigueur, S., Couty, S., & Dubeau, D. (2011). Donner la parole aux parents et miser sur leurs forces : la Trousse « moi, comme parent... », Dans Zaouche Gaudron, C. et al. *Précarités et éducation familiale* (pp. 423-430), Ères « Poche - Société » (Eds.), Toulouse.

- Leathers, S. F. (2002). Parental visiting and family reunification : Could inclusive practice make a difference? *Child Welfare*, 81(4), 595-616.
- Lemay, L. (2012). *Analyse des rapports de pouvoir entre les intervenants et les parents au sein des pratiques axées sur l'empowerment des parents d'enfants en situation de négligence dans le contexte de la protection de la jeunesse*. Rapport final déposé au Fonds de recherche sur la société et la culture (FRQSC). Établissement nouveaux professeurs-chercheurs, 3 avril 2012, 21 p.
- Mireault, G., Beaudoin, A., Paquet, G. & Champagne, É. (1998-1999). Évaluation d'un programme d'implication parentale lors du placement du jeune en centre de réadaptation. *Service social*, 47(3-4), 137-167.
- Nevas, D. B. & Farber, B. A. (2001). Parents' attitudes toward their child's therapist and therapy. *Professional Psychology : Research and Practice*, 32(2), 165-170.
- Palmer, S., Maiter, S. & Manji, S. (2006). Effective intervention in child protective services : Learning from parents. *Children and Youth Services Review*, 28(7), 812-824.
- Poirier, M.-A. (2000). *L'implication parentale lors du placement d'un enfant en famille d'accueil : la perspective des parents* (thèse de doctorat). Québec : Université Laval, 226p.
- Pouliot, E., Turcotte, D. & Monette, M.-L. (2009). La transformation des pratiques sociales auprès des familles en difficulté : du "paternalisme" à une approche centrée sur les forces et les compétences. *Service social*, 55(1), 17-30.
- Saint-Jacques, M.-C., Turcotte, D., & Oubrayrie-Roussel (2012). L'éducation familiale visant à soutenir les parents et les enfants vivant dans des contextes de risque. *Enfances, Familles, Générations*, 16, 164 p.
- Saint-Jacques, M.-C., Drapeau, S., Lessard, G. & Beaudoin, A. (2006). Parent involvement practices in child protection : A matter of know-how and attitude. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 23(2), 196-215.
- Saint-Jacques, M.-C., Lessard, G., Beaudoin, A. & Drapeau, S. (2000). *Les pratiques d'implication parentale dans l'intervention en protection de la jeunesse*. Récupéré du site : <http://www.centrejeunessedequébec.qc.ca/institut/documents/Pratiquesimplicationparentale.pdf>
- Smith, B. D., Duffee, D. E., Steinke, C. M., Huang, Y. & Larkin, H. (2008). Outcomes in residential treatment for youth : The role of early engagement. *Children and Youth Services Review*, 30(12), 1425-1436.
- Staudt, M. (2007). Treatment engagement with caregivers of at-risk children : Gaps in research and conceptualization. *Journal of Child and Family Studies*, 16(2), 183-196.
- The Center for the Study of Social Policy (2010). Growing and Sustaining Parent Engagement : *A Toolkit for Parents and Community Partners*. Récupéré du site : <http://www.cssp.org/publications/growingandsustainingparentengagementtoolkit.pdf>
- Villeneuve, M. (2010). *Le point de vue des intervenants oeuvrant en centre jeunesse sur l'implication parentale* (mémoire de maîtrise). Chicoutimi : Université du Québec à Chicoutimi, 199 p.
- Williamson, E. & Gray, A. (2011). New roles for families in child welfare : Strategies for expanding family involvement beyond the case level. *Children and Youth Services Review*, 33(7), 1212-1216.
- Yatchmenoff, D. K. (2005). Measuring client engagement from the client's perspective in nonvoluntary child protective services. *Research on Social Work Practice*, 15(2), 84-96.

# LES PARENTS AUX PRISES AVEC UN PROBLÈME DE TOXICOMANIE :

## PROFIL, CONSÉQUENCES CHEZ LES ENFANTS ET STRATÉGIES D'IMPLICATION DANS LES SERVICES DE PROTECTION DE LA JEUNESSE

### Saviez-vous que . . .

selon l'Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants-2008 (Trocmé et al., 2010), 21 % des parents d'enfants signalés présentent des problèmes d'alcool et 17 %, de toxicomanie ?



**Geneviève Fily-Paré, étudiante en service social à l'Université Laval**



**Caroline Perron, étudiante en service social à l'Université Laval**

### Avec la collaboration de :

- Peggy Rouleau, agente de planification, de programmation et de recherche, Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire
- Annie-Claude Savard, professeure assistante, École de service social, Université Laval
- Nancy Viel, spécialiste en activités cliniques (application des mesures) au Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire

Les intervenants en protection de la jeunesse sont régulièrement confrontés à la double problématique « toxicomanie / maltraitance ». Selon l'Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants (Trocmé et al., 2010), 21 % des parents d'enfants signalés présentent des problèmes d'alcool et 17 %, de toxicomanie. L'étude de Bertrand, Allard, Ménard et Nadeau (2007) révèle par ailleurs que, sur un échantillon de 1081 usagers admis en centre de réadaptation pour personnes alcooliques et toxicomanes, 38 % sont parents et 25 % ont déjà reçu des services de la protection de la jeunesse.

Si la consommation de substances psychoactives ne rend pas nécessairement un parent incompetent dans l'exercice de son rôle parental (Forget, 1999), elle représente néanmoins un facteur de risque important associé à la maltraitance et peut engendrer des conséquences importantes sur le développement émotionnel, social, comportemental et scolaire d'un enfant (Landry et al., 2010). Rappelons que la toxicomanie s'ajoute à une multitude de problématiques qui peuvent affecter négativement les capacités parentales; plus il y a de facteurs de stress, plus ceux-ci deviennent difficiles à gérer et à supporter (De Rancourt et al., 2006). En l'absence de stratégies efficaces d'adaptation et de gestion du stress, la consommation peut devenir un moyen utilisé pour fuir temporairement ces difficultés.

Afin d'impliquer efficacement les parents aux prises avec une problématique de toxicomanie, il importe de mieux connaître les différentes facettes de leur réalité. Le texte qui suit se divise en trois sections : (1) le profil de ces parents (2) les conséquences observées chez leurs enfants et (3) les stratégies d'intervention favorisant une implication parentale réussie.

## Les parents aux prises avec un problème de consommation : qui sont-ils ?

### *Statut socio-économique précaire*

Les problématiques d'abus et de dépendance aux psychotropes sont généralement plus présentes chez les individus qui ont un faible statut socio-économique, c'est-à-dire qui sont moins éduqués et moins bien rémunérés (Compton, Thomas, Stinson & Grant, 2007). La dépendance à l'alcool ou aux drogues constitue d'ailleurs un obstacle de taille à l'obtention ou au maintien d'un emploi et il n'est pas rare que les employeurs se montrent réfractaires à l'idée d'embaucher un employé ayant un problème de consommation, soit parce qu'ils craignent que celui-ci s'absente plus souvent, qu'il se blesse plus fréquemment (surtout s'il a consommé), qu'il ne soit pas aussi performant que les autres employés ou, encore, en raison de l'image négative qu'il pourrait donner à l'entreprise (Maranda, Negura & De Montigny, 2003). La situation socio-économique des parents aux prises avec un problème de toxicomanie se trouve également précaire parce que le peu d'argent qu'ils possèdent est souvent investi dans l'achat de substances illicites (Clément & Tourigny, 1999 ; Laventure, 2010 ; Poon, Ellis, Fitzgerald & Zucker, 2000).

### *Isolement et stigmatisation sociale*

La pauvreté financière n'est pas la seule forme de pauvreté qui affecte ces familles. Dans bien des cas, elles souffrent également de pauvreté sociale, voire d'isolement (Kelley, 1998). Il est reconnu que la souffrance liée à la toxicomanie se répercute souvent chez les proches et les membres de la famille (Abizaid, Anisman, Matheson & Merali, 2009), ce qui peut contribuer à l'effritement du réseau social. La violence, les abus (Johnson, 2001), la confiance brisée, les frustrations, les mensonges et les sollicitations (ex. argent, gardiennage) représentent autant de raisons qui peuvent inciter les proches à prendre leur distance. Il s'agit d'une donnée importante à considérer dans l'intervention auprès de ces personnes compte tenu de l'importance de la qualité du réseau social dans la gestion des situations ou des événements stressants (Abizaid et al., 2009).

Bien que les parents consommateurs ne soient pas tous négligents, l'étiquette de « mauvais parents » leur est souvent accolée (Barnard, 1999 ; UK Drug Policy Commission, 2010) et leur mode de vie plus marginal entraîne fréquemment une exclusion sociale. La stigmatisation sociale serait vécue différemment selon le sexe, les femmes portant davantage le poids d'un discours social moralisateur, accusateur et peu compatissant (Shimmin, 2009). Ceci est peut-être dû au rôle stéréotypé que leur attribue la société en lien avec la maternité, c'est-à-dire porter l'enfant, l'éduquer et lui transmettre des valeurs morales ou spirituelles

(Shimmin, 2009 ; Stocco, 2007). Quoiqu'il en soit, cette stigmatisation sociale des mères toxicomanes susciterait chez elles des sentiments de honte, de gêne et de culpabilité, en plus de mettre un frein à leurs tentatives de demandes d'aide (Stocco, 2007) et de renforcer la croyance selon laquelle elles sont de « mauvaises mères » (Forget, 1999).

### ***Délinquance et démêlés avec la justice*** -----

Les couples aux prises avec un problème de toxicomanie sont plus susceptibles d'adopter un mode de vie délinquant et marginal. Par exemple, ces derniers peuvent avoir recours à des moyens illégaux tels que la vente de drogues, le vol ou la fraude afin de subvenir à leurs besoins et à ceux de leur famille (Forget, 1999). Toutefois, ces activités ne sont pas sans risques : on estime que plus des deux tiers des personnes toxicomanes qui reçoivent un traitement pour contrer leur dépendance ont déjà eu des démêlés avec la justice (Boucher, 2006). Lorsque le parent est arrêté ou incarcéré, cela entraîne également des répercussions négatives sur la relation qu'il entretient avec son enfant et sur le développement de ses compétences parentales, puisqu'il est moins disponible pour répondre aux besoins de ce dernier (Forget, 1999).

### ***Problèmes de santé physique et mentale*** -----

Dans un avis sur les mères toxicomanes, Forget (1999) rapporte divers problèmes de santé physique qui affectent régulièrement ces femmes : déficiences nutritionnelles, maladies transmises sexuellement, infections, traumatismes physiques liés au contexte de violence et d'abus, etc. Outre les atteintes physiques, Krausz (2009) mentionne que plus de 50 % des personnes qui reçoivent de l'aide pour vaincre leur problème de consommation souffrent également d'un problème de santé mentale. En effet, la toxicomanie s'accompagne souvent de troubles de l'humeur (ex. dépression), de troubles anxieux, d'impulsivité ou de psychoses (Boily & Bitaud, 2002 ; Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, 2009). À cela s'ajoute la présence d'une détresse psychologique importante (particulièrement chez les femmes) ainsi que des tendances suicidaires (Forget, 1999). Cette réalité est d'ailleurs mise de l'avant dans une étude réalisée par Connors et ses collaborateurs (2003) dans laquelle près du tiers des mères toxicomanes rapportent une ou plusieurs tentatives de suicide au cours de leur vie.

Malgré une meilleure connaissance des liens qui existent entre la toxicomanie et les problèmes de santé mentale, on reproche encore au système de soins canadien d'intervenir de manière fragmentée et compartimentée face à ces deux problématiques. Il semble que des moyens supplémentaires devront être déployés afin d'éviter le morcellement des interventions (Krausz, 2009).

### ***Faible estime de soi*** -----

Plusieurs mères toxicomanes vivent un niveau d'anxiété élevé et une insécurité face à leur capacité d'assumer les responsabilités associées à la maternité (Forget, 1999). À cela s'ajoute une faible estime de soi et un sentiment d'incompétence parentale, deux éléments susceptibles de favoriser la rechute ou l'aggravation de la consommation (Bertrand, Ménard, Allard & Nadeau, 2007). Puisque la consommation interfère souvent sur les compétences parentales et qu'un sentiment d'incompétence parentale peut favoriser la consommation, ces deux phénomènes s'inscrivent dans une dynamique qui peut prendre la forme d'un cercle vicieux.

### ***Transmission intergénérationnelle*** -----

Les mères toxicomanes ont souvent manqué de modèles parentaux appropriés durant leur enfance (Landry et al., 2010). Elles proviennent régulièrement d'un milieu semblable à celui dans lequel elles évoluent et ont tendance à répéter les mêmes

comportements dysfonctionnels que leurs parents (Coyer, 2003 ; Forget, 1999 ; Robert, 2008). Les auteurs parlent de « transmission intergénérationnelle » pour qualifier ce phénomène. Dans ce contexte, il devient essentiel d'aider les mères à acquérir de nouvelles représentations mentales de la fonction « maternelle », tout en améliorant leur estime personnelle. Il apparaît également pertinent de leur permettre d'expérimenter de nouvelles façons d'interagir avec leur enfant, l'objectif étant de briser la chaîne de transmission intergénérationnelle (Stocco, 2007).

Les enfants de parents toxicomanes présenteraient également une plus grande propension à consommer des substances psychoactives à un âge précoce et seraient de trois à neuf fois plus à risque de développer une problématique de dépendance. Ce type de transmission intergénérationnelle s'expliquerait par une interaction complexe de mécanismes génétiques et culturels, le risque étant plus élevé chez les enfants cumulant davantage de facteurs personnels et familiaux (Vitaro, Carbonneau & Assaas, 2006). Ces données montrent donc l'importance d'agir tôt auprès de ces enfants afin qu'ils ne se retrouvent à leur tour dans les services destinés aux personnes dépendantes à l'alcool ou aux drogues.

## Les conséquences de la toxicomanie parentale chez les enfants

### *Lien d'attachement*

Lorsque le parent parvient à répondre aux besoins de son enfant de manière constante, prévisible et chaleureuse, il lui permet de se sentir en sécurité, de développer sa confiance et de s'adapter à son environnement ; cela favorise alors le développement d'un lien d'attachement sécurisant (Agence de la santé publique du Canada, 2004). Plusieurs facteurs relatifs à la consommation peuvent toutefois nuire à l'établissement d'un tel lien : consommation durant la grossesse, complications à la naissance, nouveau style de vie que les parents doivent adopter à la naissance, conditions socio-économiques difficiles (Forget, 1999). Le temps et les efforts consacrés à se procurer des substances rendent aussi les parents moins disponibles sur les plans physique et émotionnel, reléguant les besoins de leur enfant au second rang (Baker & Carson, 1999). De plus, les parents qui consomment de façon abusive éprouvent plus de difficulté à interagir avec leur enfant et à se lier positivement à lui (Barnard & McKeganey, 2004). Par conséquent, les enfants de parents toxicomanes sont plus susceptibles de développer des problèmes d'attachement (attachement de type insécurisant) que les autres enfants (Santé Canada, 2002 ; Tay, 2005).

Les parents aux prises avec un problème de consommation sont souvent moins en mesure d'offrir à leur enfant une relation permettant le développement d'un lien d'attachement stable et sécurisant. Ils peuvent, par exemple, être moins disponibles pour leur enfant, inconsistants ou imprévisibles dans leurs réactions et dans la réponse offerte aux besoins de celui-ci. L'insécurité affective que cela crée risque d'avoir des impacts importants dans plusieurs sphères du développement de l'enfant.

**Peggy Rouleau**  
APPR, CJO-IU

Une analyse de sept études qualitatives portant sur l'expérience d'enfants grandissant ou ayant grandi (adultes) au sein de familles où l'un des parents présentait un problème de toxicomanie (Kroll, 2004), met en lumière divers enjeux relatifs à l'attachement : la majorité des participants mentionnent avoir perdu ou ne pas avoir eu la sensation d'être aimés par leurs parents ou avoir eu peur que ces derniers « disparaissent » de leur vie. Plusieurs participants parlent également d'une perte de leur enfance, de la vie à laquelle un enfant est en droit de s'attendre, sans les soucis et les préoccupations auxquels ils ont été confrontés.

## ***Maltraitance***

---

La consommation de substances psychoactives peut sérieusement altérer certaines fonctions essentielles à l'exercice du rôle parental telles que la sensibilité, le jugement, l'attention, les perceptions, la mémoire et la constance. Certains parents qui consomment ne parviennent pas à décoder adéquatement les signaux émis par leur enfant (Hogan & Higgins, 2001), ce qui augmente le risque que l'enfant soit négligé (Chaffin, Kelleher & Hollenberg, 1996 ; Clément & Tourigny, 1999). Durant les périodes de consommation, l'enfant est en effet plus susceptible de ne pas recevoir des soins adéquats (nourriture, habillement, soins) et sa sécurité peut être compromise (Kroll & Taylor, 2003).

Les risques d'abus physiques, sexuels et psychologiques sont également plus élevés au sein de familles où l'abus de substances est omniprésent (DeBellis et al., 2001 ; Dube et al., 2001). Selon plusieurs auteurs, de nombreuses drogues sont susceptibles d'activer ou de modifier les circuits cérébraux responsables de l'impulsivité (Boileau et al. 2006 ; Cox et al. 2009 ; Robinson & Berridge, 1993 ; Vezeina, 2004 dans Leyton & Cox, 2009). Les processus décisionnels ainsi que certains comportements sont perturbés, ce qui nuit à la qualité du jugement parental. Le parent en état de consommation peut alors perdre le contrôle de lui-même, agir sans réfléchir et s'en prendre verbalement ou physiquement à son enfant (Choi & Ryan, 2006). Il est aussi reconnu que les parents consommateurs usent plus fréquemment de pratiques punitives envers leurs enfants et qu'ils les menacent et les dénigrent davantage (Kandel, 1990). Les enfants de parents toxicomanes risquent non seulement d'être victimes de violence, mais ils sont aussi plus à risque d'en être témoins puisque celle-ci est davantage présente au sein de couples où il existe une problématique de consommation (Johnson, 2001 ; Morissette, Devault & Bourque, 2009).

Le milieu dans lequel évoluent certains parents (ex. prostitution, crime organisé) de même que le réseau social qu'ils entretiennent, peuvent exposer les enfants à diverses situations problématiques (Alison, 2000 ; Létourneau, 2002). Ces derniers peuvent être laissés en présence d'adultes peu recommandables qui risquent de commettre des abus physiques ou sexuels. Ils sont aussi plus susceptibles de vivre certains traumatismes dont le fait d'assister à une overdose.

## ***Problèmes d'adaptation et de santé mentale***

---

Une étude réalisée auprès d'étudiants universitaires dont les parents sont aux prises avec un problème de consommation révèle plus de symptômes dépressifs chez ces jeunes, ainsi qu'une tendance à recourir à l'évitement comme stratégie d'adaptation lorsqu'ils sont confrontés à différents stressseurs (Klostermann et al., 2011).

Dans une revue de littérature, Vitaro, Carbonneau et Assaad (2006) mettent aussi en relief les impacts négatifs de l'abus de substances des parents sur la santé mentale de leurs enfants. Ces derniers présenteraient plus de risques de développer des problèmes intériorisés tels que l'anxiété et la dépression, ainsi que des problèmes de comportement extériorisés tels que l'hyperactivité, les troubles de la conduite, l'opposition, l'inattention et la délinquance.

## **Motivation, modèle transthéorique du changement, approche de réduction des méfaits et partenariat : des leviers pour l'implication parentale**

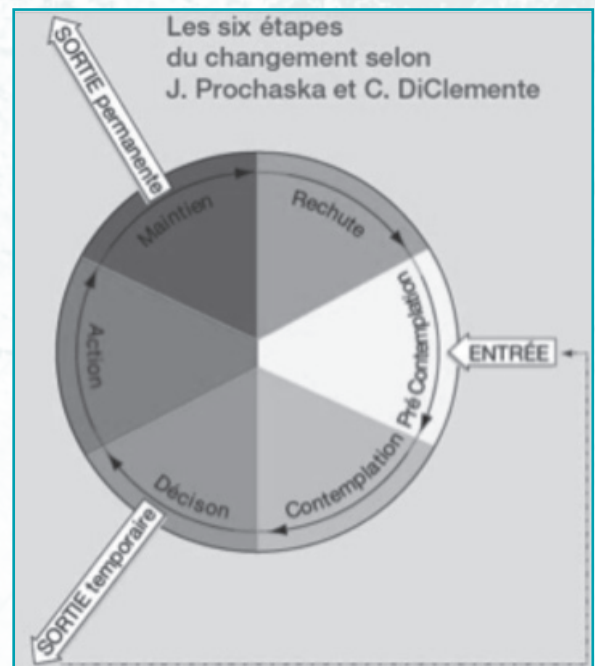
---

### ***Motivation***

---

Selon une étude réalisée par Choi et Ryan (2006), peu de parents s'engagent dans un traitement pour vaincre leur dépendance et parmi ceux qui le font, une faible proportion le complète. Ceci s'explique notamment par le fait que ces parents refusent

d'être éloignés de leur partenaire et de leur enfant, que le traitement leur demande un investissement considérable en termes de temps et d'énergie et qu'ils doivent, dans bien des cas, s'absenter de leur travail (Larsen-Rife & Brooks, 2009). D'autre part, les personnes aux prises avec un problème de consommation nient souvent leur dépendance (Ionescu, 1997-1998 ; Péréa & Morenon, 2003). Ce mécanisme de défense nuit au traitement : ces consommateurs peuvent être enclins à entrer dans un centre de réadaptation, mais à ne pas compléter le traitement parce qu'ils ne reconnaissent pas leur problème (Larsen-Rife & Brooks, 2009). Aussi, la crainte pour les mères de perdre la garde de leur enfant, contribue parfois à amplifier leur ambivalence face à la demande d'aide (Bertrand et al., 2007). Ces obstacles posent un véritable défi à l'intervenant qui doit motiver les parents pour les amener à cheminer quant à leur problème de consommation.



Il est reconnu que la motivation est nécessaire pour amorcer un processus de changement (Miller, 1995). Mais de quoi s'agit-il au juste ? La motivation peut être définie comme l'ensemble des forces qui poussent la personne à initier, intégrer et maintenir une stratégie spécifique dans un objectif de changement. Elle peut provenir de forces internes ou externes, déclenchant un état de disponibilité et un désir ardent de changer (Vallerand & Thill dans Simoneau, 2009). Il s'agit également d'un état dynamique sujet aux fluctuations personnelles ou environnementales (Beaumont, 2008). Parmi les éléments environnementaux susceptibles de moduler la motivation, figure le regard des proches face au problème de toxicomanie du parent. L'intervenant, qui fait partie de l'environnement des usagers, exerce aussi une grande influence sur leur motivation, notamment par son style d'intervention ou ses attitudes (Duguay, Grenier & Roberge, 1998).

### **Modèle transthéorique du changement**

À la fin des années 1970, Prochaska et DiClemente proposent un modèle pour rendre compte du processus de changement chez les êtres humains à l'intérieur duquel la motivation occupe un rôle central : le modèle transthéorique du changement. Ce modèle, souvent appliqué à la toxicomanie, s'appuie notamment sur l'idée qu'avec ou sans traitement, tous les individus désireux de changer franchissent les mêmes étapes. Un des éléments centraux du modèle a trait à l'ambivalence des personnes qui présentent un problème de toxicomanie. Ces personnes voient à la fois les bons et les mauvais côtés de leur consommation (Beaumont, 2008). À titre d'exemple, un parent peut être conscient du fait que ses enfants souffrent de ses absences, mais en même temps, il peut apprécier les sensations d'ivresse que lui procure l'alcool, qui lui permettent d'oublier momentanément ses soucis.

Le changement est un long processus. Les étapes définies par Prochaska et DiClemente (1982) sont considérées comme un cycle ponctué de plusieurs portes de sortie. Une personne peut donc entrer et sortir à n'importe quel moment du processus. Les six étapes du changement correspondent à la précontemplation, la contemplation, la décision, l'action, le maintien et la rechute (voir le tableau 1 à la page 22). Un individu qui a un problème de consommation passe généralement par toutes ces étapes. Bien que celles-ci se situent sur un continuum, il est possible de les vivre dans le désordre (Blondeau & Boulé, 2005). Il est important que l'intervenant soit en mesure de repérer à quelle étape se situe le client, car l'intervention devra être adaptée en conséquence. De

plus, si l'intervenant et le client n'ont pas la même perception de l'étape à laquelle se situe ce dernier, une résistance risque de s'installer entre les deux et faire stagner l'intervention (Duguay, Grenier & Roberge 1998). Le fait d'évaluer de façon continue la progression du client et d'intervenir en conséquence permet non seulement de favoriser l'alliance thérapeutique, mais aussi de placer l'utilisateur au cœur du traitement (Juneau-Hotte, 2008).

Une étude effectuée par Kennedy et Grégoire (2009) auprès d'une population de consommateurs de substances illicites a révélé une relation significative entre le niveau de motivation d'une personne et le stade de changement auquel cette personne se situe. Plus précisément, une personne présentant un haut degré de motivation intrinsèque (i.e. qui entreprend une action de manière volontaire et non dans le but d'obtenir une récompense quelconque) présente davantage de chances de se situer aux stades de contemplation et d'action qu'au stade de précontemplation. Ces résultats démontrent bien l'importance d'aider les individus à développer leur motivation afin qu'ils progressent à travers les étapes du processus de changement.

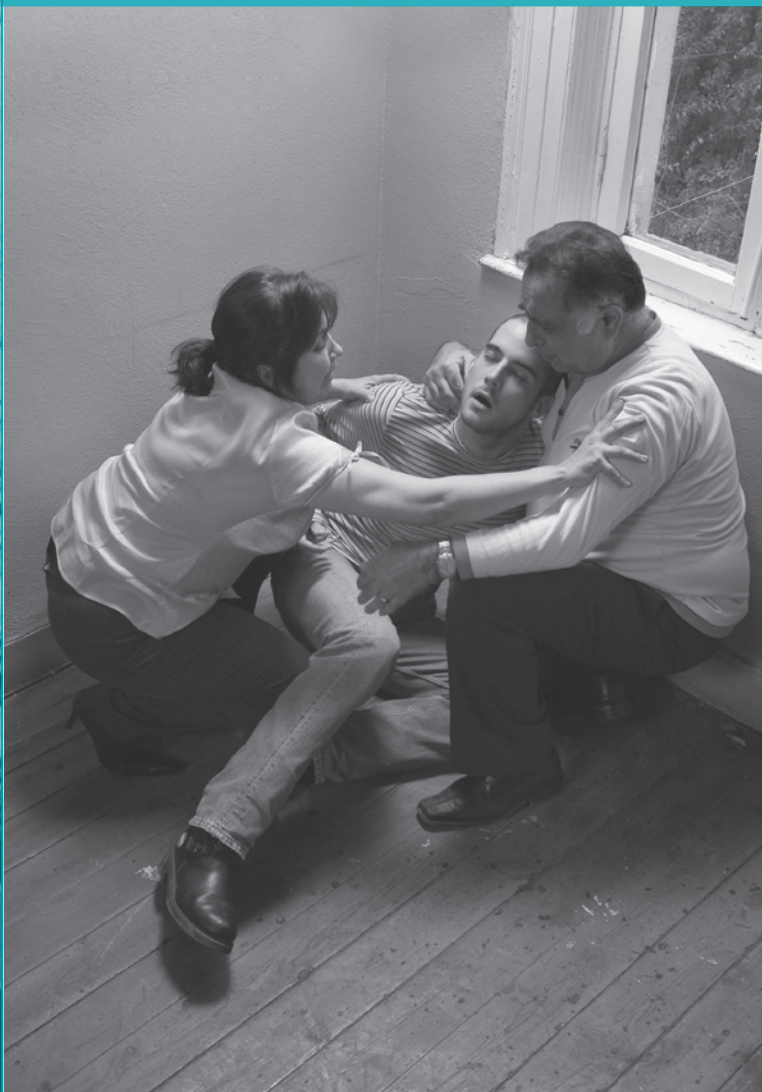


Tableau 1

### Les étapes du processus de changement selon Prochaska et Di Clemente

Étapes de changement	Description	Attitudes et comportements	Rôles de l'intervenant
<b>Précontemplation</b>	La personne ne perçoit pas sa consommation comme un problème et n'est pas consciente des conséquences négatives qui y sont associées.	La personne s'ouvre peu au sujet de sa consommation et possède peu de renseignements sur les risques, les conséquences ou les moyens de vaincre la dépendance.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informer la personne des risques et des conséquences associés à son comportement.</li> <li>• Semer le doute par rapport à la façon dont la personne perçoit sa consommation.</li> <li>• Faire ressortir les discordances entre les comportements et les valeurs de cette personne.</li> </ul>
<b>Contemplation</b>	La personne désire changer, mais seulement à certains moments. Elle traverse une grande période d'ambivalence.	La personne est en réflexion. Elle est plus portée à se renseigner et à s'ouvrir sur ses difficultés.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Discuter des aspects positifs et négatifs d'un changement et de la situation actuelle pour faire pencher la balance décisionnelle vers le changement.</li> <li>• Centrer l'intervention sur les forces de la personne.</li> </ul>
<b>Décision ou préparation</b>	La balance penche en faveur du changement. À la suite de cette étape, soit la personne avance vers le changement, soit elle retourne à la contemplation.	C'est l'étape du « quelque chose doit changer », mais la personne n'a pas encore établi de stratégie de changement.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aider le client à déterminer quelles actions il souhaite entreprendre en explorant diverses possibilités.</li> </ul>
<b>Action</b>	Le travail de traitement de la dépendance par le changement des habitudes de consommation commence à cette étape.	Les besoins et les efforts se précisent. C'est une période difficile et stressante pour la personne.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Faciliter la mise en action et aider la personne à prendre conscience des ressources dont elle dispose.</li> </ul>
<b>Maintien</b>	C'est l'étape du véritable enjeu où la personne tente de maintenir ses acquis et, ultimement, de se sortir du cycle de l'assuétude.	Le succès dépend des étapes précédentes, mais aussi de la conviction et du sentiment d'efficacité de la personne.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anticiper ce qui peut mener à la rechute.</li> <li>• Encourager la stabilité de la personne en l'aidant à prendre conscience des avantages du changement qu'elle est en train de faire et en faisant ressortir ses forces.</li> </ul>
<b>Rechute</b>	Phénomène qui n'est jamais écarté. Cela ne signifie pas l'abandon du processus, mais un retour à la précontemplation.	La personne vit de nombreuses émotions négatives telles que de l'anxiété, du stress, de la culpabilité ou de la honte. La rechute peut permettre de progresser dans le processus.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recréer les conditions de motivation au changement qui ont déjà permis à la personne de progresser (ex. des valeurs ou des objectifs qui l'ont déjà motivée).</li> <li>• Explorer les causes de la rechute et les apprentissages liés à la rechute afin de mieux savoir l'anticiper et l'éviter.</li> </ul>

(Tableau élaboré à partir de Beaumont, 2008 ; Duguay, Grenier & Roberge, 1998 ; Tremblay, 2005).

## **Approche motivationnelle**

---

L'approche motivationnelle est une méthode d'intervention développée par Miller et Rollnick en 1983 (Motivational Interview, 2009). Cette approche basée sur cinq modèles théoriques, dont le modèle transthéorique du changement de Prochaska et Diclemente, met l'accent sur deux concepts centraux : (1) l'ambivalence et la (2) motivation.

Alors que les approches traditionnelles ont souvent tendance à interpréter l'ambivalence comme un manque de volonté de la part des individus résistants au changement (particulièrement dans le domaine de la toxicomanie), l'approche motivationnelle conçoit plutôt l'ambivalence comme un rite de passage, une étape transitoire à travers laquelle il faut passer avant d'entreprendre un changement concret. Dans le contexte particulier de la toxicomanie, Miller et Rollnick (2006) définissent l'ambivalence comme un conflit de type attraction-évitement. Bien que les individus soient souvent conscients des risques et des dommages entraînés par leurs comportements de consommation, pour diverses raisons, ils demeurent extrêmement attirés par le fait de consommer.

L'approche motivationnelle vise donc à explorer et à résoudre cette ambivalence, mais surtout à développer des processus de motivation chez l'individu qui vont lui permettre d'amorcer ou de faciliter le changement (Motivational Interview, 2009). Cette méthode se démarque des approches coercitives, car elle n'impose pas le changement. Le changement s'amorce plutôt graduellement, avec l'aide de l'intervenant. L'efficacité de cette méthode sur le plan du maintien des acquis se révélerait d'ailleurs supérieure aux traitements privilégiant la confrontation (Beaumont, 2008 ; Landry & Lecavalier, 2003 ; Simoneau, 2009). Cette approche est particulièrement indiquée auprès de clientèles peu disposées à changer ou ambivalentes à propos du changement. Pour certaines personnes, elle permet d'entamer le processus de changement, alors que pour d'autres, elle peut s'avérer suffisante pour que la problématique se résorbe (Bergeron & Tremblay, 2004).

Concrètement, l'approche motivationnelle est une méthode de communication centrée sur la personne, qui vise à renforcer la motivation face au changement en explorant les arguments pouvant le justifier et les objectifs visés. Au-delà de l'usage de techniques d'intervention particulières, ce qui caractérise cette approche c'est l'état d'esprit de l'intervenant (Motivational Interview, 2009 ; Université Libre de Bruxelles, 2003), basé sur : la collaboration, l'évocation et l'autonomie.



## L'état d'esprit à la base de l'approche motivationnelle

Les éléments de base	Quoi?	Pourquoi?	Comment?
<b>La collaboration</b> (plutôt que la confrontation)	Il s'agit de se baser sur le point de vue et l'expérience du client plutôt que sur sa propre expérience en tant qu'« expert ». C'est le client l'expert.	Cela renforce la relation, mais surtout la confiance entre l'utilisateur et l'intervenant.	Il n'est pas nécessaire d'être en accord avec le client, il importe plutôt de l'accepter et de pouvoir envisager les choses à partir de son point de vue.
<b>L'évocation</b> (plutôt que l'imposition)	Il est nécessaire d'aider le client à développer ses idées plutôt que de lui imposer les siennes. La motivation au changement réside à l'intérieur du client.	Le changement est alors plus important et plus durable.	Encourager la personne à prendre conscience de ses motivations à changer et des ressources qu'elle possède en posant des questions ouvertes.
<b>L'autonomie</b> (plutôt que l'autorité)	L'approche motivationnelle considère que le vrai potentiel de changement part du client. C'est à lui de prendre les moyens pour que le ou les changements se produisent.	Cette façon de voir favorise l'empowerment de la personne, mais implique également qu'elle est responsable de ses actes, pour le meilleur et pour le pire.	Aider la personne à prendre conscience qu'elle lutte contre la dépendance grâce à ses forces. Il faut aussi encourager la responsabilisation de la personne en l'aidant à assumer ses choix sans se cacher derrière des excuses.

(Tableau élaboré à partir de l'Université Libre de Bruxelles, 2003)

En résumé, moins un client est motivé, plus on explore l'ambivalence ; plus le client est motivé, plus l'intervenant utilise des techniques visant l'augmentation du sentiment d'auto-efficacité (Bergeron et al., 2009). Par ailleurs, l'approche motivationnelle encourage non seulement le client à entreprendre un changement, mais suggère aussi un éventail de moyens pour y parvenir, puisqu'il existe un nombre infini de façons de changer (Motivational interview, 2009 ; Université Libre de Bruxelles, 2003). Outre l'état d'esprit qui doit être adopté par l'intervenant, il est important d'intégrer les quatre principes à la base de l'approche motivationnelle pour bien l'appliquer : (1) exprimer de l'empathie, (2) favoriser l'auto-efficacité, (3) travailler avec la résistance et (4) faire ressortir les contradictions.

### Les principes fondamentaux de l'approche motivationnelle

Principes	Qu'est-ce que c'est?	Pourquoi est-ce important?
<b>Exprimer de l'empathie</b>	C'est la capacité de voir le monde à travers les yeux du client, à comprendre ses expériences et ses sentiments et à reconnaître que son ambivalence est normale et nécessaire au processus.	Cela crée un climat propice pour que le client se sente écouté et compris. En échange, il est plus susceptible de partager ses expériences en toute honnêteté et en profondeur. L'acceptation facilite le changement.
<b>Favoriser l'auto-efficacité</b>	C'est la certitude que l'utilisateur possède la capacité de parvenir à un changement, même si ses tentatives se sont avérées infructueuses par le passé. Il faut alors faire ressortir les succès passés de la personne et les forces qu'elle possède.	Afin de maintenir l'espoir d'atteindre les objectifs de changement, il est nécessaire que le client puisse croire en ses capacités.
<b>Travailler avec la résistance</b>	Lorsque les résistances surviennent, il est recommandé de les explorer plutôt que de les combattre, c'est-à-dire de chercher à comprendre les préoccupations du client et ainsi élaborer de nouvelles solutions. Éviter de plaider pour le changement.	La résistance peut se produire lorsque le client et le clinicien ont une perception différente du problème ou de la solution ou quand l'utilisateur perçoit son autonomie comme étant diminuée. Elle est un signal pour changer d'attitude. Il est alors recommandé de revoir son approche en se posant des questions telles que : suis-je suffisamment empathique ? Suis-je frustré contre la personne qui ne progresse pas comme je l'aurais souhaité ?
<b>Faire ressortir les contradictions</b>	Il s'agit de mettre en évidence les divergences entre ce que la personne est et ce qu'elle aimerait être. L'intervenant aide le client à réaliser graduellement de quelles façons ses comportements problématiques actuels peuvent l'éloigner de ses buts et de ses rêves.	Lorsqu'un conflit survient entre les comportements et les valeurs, ce sont généralement les comportements qui seront modifiés. Cela favorise donc le changement des habitudes de consommation.

(Tableau élaboré à partir de Beaumont, 2008 ; Duguay, Grenier & Roberge, 1998 ; Miller & Rollnick, 2006 ; Motivational Interview, 2009 ; Simoneau, 2009 ; Université libre de Bruxelles, 2003).

Comment mettre l'approche motivationnelle en application ? Le but est d'amener le client à discuter de changement, c'est-à-dire à parler de sa motivation et de ses intentions concernant ce processus. Cette conversation s'avère d'une grande utilité puisque la littérature démontre que plus une personne parle de changement, plus elle est susceptible de se mettre en action (Motivational Interview, 2009).

Voici quelques stratégies permettant d'ouvrir la discussion pour amorcer un changement :

- Poser des questions ouvertes, c'est-à-dire des questions auxquelles on peut répondre « oui » ou « non ».
- Refléter l'émotion principale ou l'intention du client en faisant ressortir l'émotion sous-jacente pour qu'il se sente écouté et compris.
- Résumer ce que la personne vient d'exprimer en démontrant de l'intérêt, de la compréhension et en portant attention aux éléments importants du message.
- Revoir la balance décisionnelle, c'est-à-dire faire le bilan des côtés positifs et négatifs du changement et de l'absence de changement.
- Préciser quand le client parle de changement, de quelle façon ou quand il compte amorcer ce changement.

- Regarder en arrière en lui demandant comment se passaient les choses avant le début du problème de consommation.
- Regarder en avant en explorant ce qui risque de se passer si la personne n'apporte pas de changements. Il est aussi possible de poser la question suivante : si vous atteignez tous vos objectifs, de quelle façon votre vie sera-t-elle différente ?
- Envisager les extrêmes en posant au client des questions comme : quelle est la pire chose qui pourrait arriver s'il n'y avait pas de changement ? Quelle serait la meilleure chose ?
- Utiliser une échelle pour encourager la personne à évaluer à quel point le changement est important pour elle. Chercher à savoir pourquoi. Proposer une valeur plus haute ou plus basse et demander pourquoi la personne évalue ainsi l'importance qu'elle accorde au changement.

En plus de ces quelques stratégies, il semble que le rôle de parent soit un élément important à considérer pour stimuler la motivation des usagers. Plusieurs mères parlent de la maternité comme d'une dimension clé de leur existence qui peut être l'élément déclencheur de la demande de traitement. Ces mères affirment être conscientes des effets négatifs de leur consommation sur leurs enfants et désirent conserver la garde de ces derniers. S'il est vrai que la maternité peut être vécue comme un événement stressant s'ajoutant aux difficultés déjà présentes dans la vie des mères toxicomanes, elle peut aussi être vécue positivement, favoriser une meilleure estime de soi et un sentiment d'efficacité personnelle. Dans un tel cas, la maternité représente une fenêtre d'opportunité, un levier de changement qui revêt un potentiel thérapeutique intéressant pour les intervenants (Bertrand et al., 2007).

L'approche motivationnelle est bien adaptée à des clientèles réticentes au changement qui présentent un problème d'abus ou de dépendance à une substance. Elle est aussi reconnue pour favoriser le maintien en traitement des personnes en raison de sa philosophie non confrontante. Considérant les obstacles aux changements rencontrés auprès de parents présentant des difficultés sur le plan de leurs habitudes de consommation (peur de perdre la garde de leurs enfants, déni, etc.) et considérant l'aspect motivationnel lié au statut de parent, cette approche présente un potentiel d'intervention intéressant en cas de double problématique « toxicomanie / maltraitance ». Par ailleurs, l'entretien motivationnel se combine bien à plusieurs autres approches, dont la thérapie cognitivo-comportementale.

### ***Approche de réduction des méfaits***

---

L'approche de réduction des méfaits a fait son apparition au Québec à la fin des années 80. Conjugée à d'autres courants, elle provoqua alors une profonde remise en question de la philosophie de traitement et des méthodes d'intervention utilisées en réadaptation en toxicomanie (Landry & Lecavalier, 2003). Une intervention s'appuyant sur l'approche de réduction des méfaits vise à atténuer les conséquences négatives des comportements de consommation, sans exiger l'abstinence (Forget & Membres du CPLT et du Comité avisier, 1999 ; Duguay, Grenier & Roberge, 1998). Un bel exemple de cette approche est l'Opération Nez Rouge.

Les deux principes à la base de la réduction des méfaits sont : (1) le pragmatisme (puisque les drogues sont là pour rester, intervenons de façon à limiter les problèmes chez ceux qui en usent et leur entourage) et (2) l'humanisme (le consommateur est une personne à part entière, digne de respect, possédant des droits et un pouvoir d'agir en tant que citoyen) (Brisson, 1997).

Trois caractéristiques de l'approche de réduction des méfaits découlent du pragmatisme, soit (1) la reconnaissance de l'utilisation de drogues en tant qu'expérience, au même titre que d'autres comportements à risque, (2) l'intervention selon une perspective coûts/bénéfices, c'est-à-dire prendre en considération les aspects positifs et négatifs de la consommation et (3) l'intervention

selon une hiérarchie d'objectifs prioritaires et réalistes pour la personne (Brisson, 1997). Par ailleurs, l'aspect humaniste de l'approche de réduction des méfaits implique d'aller à la rencontre des usagers plutôt que d'attendre qu'ils se manifestent, d'offrir une variété de ressources et d'opportunités et de favoriser l'implication des usagers et le respect de leurs droits et libertés (Brisson, 1997).

La réduction des méfaits est une philosophie courante dans la vie quotidienne et elle a aujourd'hui une place importante dans de nombreux établissements publics comme les centres jeunesse, les centres de réadaptation, les établissements de détention et les milieux scolaires (AITQ, 2006). Cette approche se distingue de l'approche traditionnelle en réadaptation qui vise généralement l'arrêt de la consommation (Duguay, Grenier & Roberge, 1998). Cette notion de réduction des méfaits permettrait d'améliorer l'efficacité de l'intervention. De plus, selon une étude de Denis et Chainey (2007), 60 % des usagers visent des objectifs de modification de consommation, que ce soit la réduction ou le contrôle de leur consommation ou le changement de substance. C'est donc dire que l'abstinence ne représente pas l'objectif le plus commun.

La tolérance, un principe fondamental de l'approche de réduction des méfaits, se traduit chez l'intervenant par une attitude de respect, d'ouverture, de soutien, mais aussi de fermeté (Denis & Chainey, 2007). Ceci rappelle que l'ouverture ne signifie pas une absence d'encadrement. La fermeté et la présence sont toutes aussi importantes, car parmi les objectifs de l'approche de réduction des méfaits, on retrouve la responsabilisation de l'utilisateur par rapport à un comportement dommageable pour lui et pour les autres. La tolérance doit donc être nuancée selon les contextes d'intervention et selon la clientèle, comme c'est le cas avec des mineurs ou des femmes enceintes (Forget & Membres du CPLT et du Comité avisier, 1999).

En contexte de protection de la jeunesse, la notion de « tolérance » ne peut être appliquée de la même manière que dans un contexte volontaire ; c'est la Loi qui doit primer.

**Peggy Rouleau**  
APPR, C.JQ-IU

Duguay, Grenier & Roberge (1998) proposent quatre étapes essentielles à l'approche de réduction des méfaits en intervention :

1. Identifier les méfaits sur la personne, son entourage et ses ressources (emploi, famille, communauté).
2. Tenir compte de l'interaction entre les comportements, le contexte et les conséquences. Par exemple, considérer que le caractère positif ou négatif d'un comportement est souvent déterminé par le contexte social.
3. Hiérarchiser les objectifs en visant les méfaits les plus immédiats et les plus simples à éliminer.
4. Mener une intervention progressive et réaliste en tenant compte de la réalité de l'utilisateur.

Il existe plusieurs avantages à l'approche de réduction des méfaits, mais celle-ci fait aussi l'objet de critiques.

Tableau 4

### Avantages et critiques de l'approche de réduction des méfaits

Avantages	Critiques
Peut facilement se transposer à différents milieux ou contextes de pratique et se combine parfaitement à plusieurs approches d'intervention.	Est difficilement conciliable avec certaines problématiques cliniques, dont la concomitance toxicomanie et santé mentale.
Responsabilise la personne, encourage l'empowerment et l'estime de soi, tout en respectant le rythme de l'utilisateur.	Peut résulter en une trop grande tolérance envers les usagers, ce qui peut retarder ou même empêcher un véritable changement de mode de vie.
Est conforme à la réalité de la consommation de substances psychoactives.	Peut entraîner une banalisation sociale de la consommation de drogues de rue.

(Tableau inspiré de Denis & Chainey, 2007 ; Duguay, Grenier & Roberge, 1998 ; Landry & Lecavalier, 2003)

#### **Partenariat entre les intervenants de différents milieux**

Les parents aux prises avec un problème de consommation qui font une demande d'aide ont souvent à collaborer avec plusieurs intervenants de différents milieux : centres de santé et de services sociaux, centres de réadaptation, centres jeunesse, organismes œuvrant dans le domaine de la santé mentale, etc. Il est par conséquent primordial que tous les milieux offrant des services d'aide travaillent de concert à l'atteinte d'objectifs communs dans le but de mettre fin à la situation de compromission dans laquelle se trouve l'enfant (Bouchard, 1997). Ce travail en partenariat représente un défi sur plusieurs plans. Chaque milieu d'intervention a sa propre culture, bénéficie d'une formation axée sur certaines priorités (ex. l'intervention auprès de personnes toxicomanes vs l'intervention auprès de parents négligents), privilégie certaines pratiques d'intervention, approches ou valeurs et joue des rôles différents (ex. la réadaptation vs la protection des enfants) (Murphy & Oulds, 2000).

Quand le parent a un problème de toxicomanie qui est reconnu comme un élément de compromission, il y a un plan de service fait avec le CRUV (maintenant CRDQ). On s'assoit tous autour d'une table avec le parent, ce qui lui permet de voir que tous les partenaires travaillent dans le même sens et qu'on est là pour le supporter. Chacun a un objectif précis et son rôle est clair. Le parent sait donc à qui se référer en cas de difficultés.

**Nancy Viel**

Spécialiste en activités cliniques  
(application des mesures), CJO-IU

Au Québec, divers programmes axés sur le partenariat entre différents acteurs du réseau ont vu le jour au cours de la dernière décennie. Voici trois programmes québécois de partenariat qui s'attaquent à la double problématique « toxicomanie / maltraitance ».

## Main dans la main

**Partenaires impliqués :** Centre jeunesse de Montréal – Institut universitaire (CJM–IU) et Centre hospitalier de l’Université de Montréal (CHUM).

**Clientèle :** Femmes enceintes aux prises avec un problème de consommation dont l’enfant à naître risque d’être signalé et femmes consommatrices dont le nouveau-né a fait l’objet d’un signalement.

**Objectifs du programme :** Mettre en place un projet de prévention et permettre à la mère de modérer sa consommation afin de pouvoir vivre avec son enfant tout en répondant adéquatement à ses besoins.

## Jeunes-parents

**Partenaires impliqués :** Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire (CJQ–IU) et Centre de réadaptation en dépendance de Québec (CRDQ).

**Clientèle :** Femmes enceintes et parents d’enfants âgés de 0 à 5 ans présentant des problèmes de consommation importants qui obligent les intervenants à envisager le placement.

**Objectifs du programme :** Motiver le parent à recevoir de l’aide pour sa problématique et l’aider à acquérir les compétences qui lui permettront de bien exercer son rôle parental afin d’assurer la protection des enfants.

## Jessie

**Partenaires impliqués :** Centre jeunesse de Montréal – Institut universitaire (CJM–IU) et Centre Dollard Cormier – Institut universitaire sur les dépendances (CDC–IUD).

**Clientèle :** Parents d’enfants âgés de 0 à 5 ans qui ont été signalés aux services de protection de la jeunesse.

**Objectifs du programme :** Mobiliser le parent afin qu’il réduise les méfaits liés à sa consommation dans le but d’assurer une stabilité à l’enfant et de répondre à ses besoins développementaux.

## Conclusion

Intervenir en protection de la jeunesse auprès de parents aux prises avec un problème de toxicomanie représente un défi complexe, à l'image de cette problématique. Ces familles connaissent souvent la pauvreté, des démêlés avec la justice, des troubles de santé physique et mentale, de la stigmatisation et de l'isolement. Connaître, ne serait-ce que sommairement, la réalité de ces parents permet de faciliter leur implication dans les services de protection de la jeunesse et d'appliquer des méthodes d'intervention qui ont fait leur preuve, telles que l'approche motivationnelle et l'approche de réduction des méfaits. Un travail de collaboration et de concertation entre les différents partenaires s'avère également un levier de première importance.

## Références

- Abizaid, A., Anisman, H., Matheson, K. & Merali, Z. (2009). Le stress, le traumatisme et les troubles de toxicomanie. Dans Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (CCLAT), *Toxicomanie au Canada : Troubles concomitants* (pp.12-19). Ottawa (Ontario), 63 p.
- Agence de la santé publique du Canada. (2004). *Intervention enfance famille : Guide-ressources pour favoriser la croissance des enfants. 1<sup>er</sup> livret – L'attachement*. Récupéré du site : <http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/dca-dea/publications/ffc-ief/book-livre-1-fra.php>
- Alison, L. (2000) What are the risks to children of parental substance misuse ? Dans F. Harbin & M. Murphy (Éds.), *Substance Misuse and Child Care : How to Understand, Assist and Intervene when Drugs Affect Parenting* (pp.9-20). Lyme Regis : Russell House Publishing.
- Association des intervenants en toxicomanie du Québec inc. (AITQ). (2006). Qu'est-ce que la réduction des méfaits ? Récupéré du site : [http://reductiondesmefaits.aitq.com/index.php?option=com\\_content&view=article&id=13&Itemid=36](http://reductiondesmefaits.aitq.com/index.php?option=com_content&view=article&id=13&Itemid=36)
- Baker, P. L. & Carson, A. (1999). I take care of my kids : Mothering practices of substance-abusing women. *Gender & Society*, 13(3), 347-363.
- Barnard, M. (1999). Forbidden questions : Drug-dependent parents and the welfare of their children. *Addiction*, 94(8), 1109-1111.
- Barnard, M. & McKeganey, N. (2004). The impact of parental problem drug use on children : What is the problem and what can be done to help ? *Addiction*, 99(5), 552-559.
- Beaumont, C. (2008). *L'approche motivationnelle : comment intervenir auprès d'une clientèle peu motivée* (communication). France (Rennes).
- Bergeron, J. & Tremblay, J. (2004). *Guide d'introduction aux stratégies de l'Entrevue Motivationnelle*. Version préliminaire 1.3.2. Québec : Centre de réadaptation Ubalde-Villeneuve.
- Bergeron, J., Tremblay, J., Cournoyer, L.-G., Landry, M. & Brochu, S. (2009). Consommation de cannabis et utilisation des techniques de l'Entretien Motivationnel dans les programmes de traitement pour adolescents. *RISQ-INFO*. 17(1), 5-9.
- Bertrand, K., Allard, P., Ménard, J.-M. & Nadeau, L. (2007). Parents toxicomanes en traitement : une réadaptation qui protège les enfants ? Dans C. Chamberland, S. Léveillé & N. Trocmé. (Éds). *Enfants à protéger, parents à aider : des univers à rapprocher* (pp.69-87). Québec : Presses de l'Université du Québec.

- Blondeau, N. & Boulé, C. (2005). *Groupe motivationnel : entente entre le CRUV et le CJQ-IU*. Québec : Centre jeunesse de Québec – institut universitaire.
- Boily, N. & Bitadeau, I. (2002). Place à la famille. *Drogues, santé et société*, 1(1), 9-16.
- Bouchard, S. (1997). L'intervention auprès des parents toxicomanes et de leurs enfants âgés de 0-5 ans victimes de négligence. *Défi Jeunesse*, 4(1), 1-7.
- Boucher, G. (2006). Judiciarisation et toxicomanie. *Toxico réseau*, 6(2), 3-4.
- Brisson, P. (1997). *L'approche de réduction des méfaits : sources, situation, pratiques*. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux. Comité de lutte permanent à la toxicomanie (CPLT), 109 p.
- Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (CCLAT) (2009). *Toxicomanie au Canada : Troubles concomitants*. Ottawa (Ontario) : CCLAT, 63 p.
- Chaffin, M., Kelleher, K. & Hollenberg, J. (1996). Onset of physical abuse and neglect : Psychiatric, substance abuse, and social risk factors from prospective community data. *Child Abuse & Neglect*, 20(3), 191-203.
- Choi, S. & Ryan, J. (2006). Completing substance abuse treatment in child welfare : The role of co-occurring problems and primary drug of choice. *Child Maltreatment* 11(4), 313-325.
- 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 (CPLT), 85 p.
- Compton, W. H., Thomas, Y. F., Stinson, F. S. & Grant, B. F. (2007). Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV drug abuse and dependence in the United States : Results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Archives of General Psychiatry*, 64(5), 566-576.
- Conners, N. A., Bradley, R. H., Mansell, L. W., Liu, J. Y., Roberts, T. J., Burgdorf, K. & Herrell, J. M. (2003). Children of mothers with serious substance abuse problems : An accumulation of risks. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 29(4), 743-758.
- Coyer, S. (2003). Women in recovery discuss parenting while addicted to cocaine. *American Journal of Maternal Child Nursing*, 28(1), 45-49.
- De Bellis, M. D., Broussard, E. R., Herring, D. J., Wexler, S., Moritz, G. & Benitez, J. G. (2001). Psychiatric co-morbidity in caregivers and children involved in maltreatment : A pilot research study with policy implications. *Child Abuse & Neglect*, 25(7), 923-944.
- Denis, I. & Chainey, R. (2007). *La réduction des méfaits en contexte de réadaptation* (communication). Montréal : Centre Dollard-Cormier.
- De Rancourt, L., Paquette, F., Paquette, D. & Rainville, S. (2006). *Guide d'évaluation des capacités parentales : adaptation du guide de Steinhauer, 0 à 5 ans*. Montréal : Centre jeunesse de Montréal – Institut universitaire, 43 p.
- Dube, S. R., Anda, R. F., Felitti, V. J., Croft, J. B., Edwards, V. J. & Giles, W. H. (2001). Growing up with parental alcohol abuse : Exposure to childhood abuse, neglect, and household dysfunction. *Child Abuse & Neglect*, 25(12), 1627-1640.
- Duguay, L., Grenier, C. & Roberge, P. (1998). *Intervenants, jeunes et drogues : un interligne à combler*. Québec : Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire, 260 p.

- Forget, J. (1999). *Avis sur les mères toxicomanes*. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Comité permanent de la lutte à la toxicomanie (CPLT). 27 p.
- Forget, J. & Membres du CPLT et du Comité aviseur. (1999). *Toxicomanie et réduction des méfaits*. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Comité permanent de lutte à la toxicomanie (CPLT), 16 p.
- Hogan, D. & Higgins, L. (2001). *When Parents Use Drugs : Key Findings from a Study of Children in the Care of Drug Using Parents*. Dublin : Children's Research Centre, Trinity College.
- Ionescu, S. (1997-1998). Les mécanismes de défense. *Sciences humaines*, 19 p.
- Johnson, P. (2001). Dimensions of functioning in alcoholic and nonalcoholic families. *Journal of Mental Health Counseling*, 23(2), 127-136.
- Juneau-Hotte, M. (2008). Le traitement de la toxicomanie chez les jeunes. *Toxado, le bulletin d'information du comité jeunesse*, 5(1), 2-3.
- Kandel, D. B. (1990). Parenting styles, drug use and children's adjustment in families of young adults. *Journal of Marriage and the Family*, 52(1), 183-196.
- Kelley, S. J. (1998). Stress and coping behaviors of substance-abusing mother. *Journal of the Society of Pediatric Nurses*, 3(3), 103-110.
- Kennedy, K. & Grégoire, T. K. (2009). Theories of motivation in addiction treatment : testing the relationship of the transtheoretical model of change and self-determination theory. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 9(2), 163-183.
- Klostermann, K., Chen, R., Kelley, M. L., Schroeder, V. M., Braitman, A. L. & Mignone, T. (2011). Coping behavior and depressive symptoms in adult children of alcoholics. *Substance Use & Misuse*, 46(9), 1162-1168.
- Krausz, R. M. (2009). La toxicomanie et les problèmes de santé mentale – Une introduction aux troubles concomitants. Dans Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, *Toxicomanie au Canada : Troubles concomitants* (pp. 6-11). Ottawa (Ontario) : CCLAT, 63 p.
- Kroll, B. (2004). Living with an elephant : Growing up with parental substance misuse. *Child and Family Social Work*, 9(2), 129-140.
- Kroll, B. & Taylor, A. (2003). *Parental Substance Misuse and Child Welfare*. London : Jessica Kingsley.
- Landry, V., Laventure, M., Gemme, E., Bastien, M.-F., Nadeau, C.-L., Charbonneau, R., Prévost, M., Lavoie, S. & Bertrand, K. (2010). *Toxicomanie parentale et développement des enfants de 6-12 ans : recension des écrits et pratique de pointe en développement*. Montréal : Centre Dollard-Cormier – Institut universitaire sur les dépendances.
- Landry, M. & Lecavalier, M. (2003). L'approche de réduction des méfaits : un facteur de changement dans le champ de la réadaptation en toxicomanie. *Drogues, santé et société*, 2(1), 1-15.
- Larsen-Rife, D. & Brooks, S. (2009). *The importance of family engagement in child welfare services*. California : Northern California training academy.
- Laventure, M. (2010). *Parentalité et toxicomanie : deux réalités conciliables ?* Longueuil : Présentation faite à l'Assemblée générale de l'Association des intervenants en toxicomanie du Québec (AITQ). Québec.

- Leduc, C. (2000). Drogue, violence et famille. *L'intervenant*, 16(3), 38-40.
- Létourneau, H. (2002). Toxicomanie d'un parent et appréciation des capacités parentales par les tribunaux québécois. *Drogues, santé et société*, 1(1), 24-36.
- Leyton, M. & Cox, M. L. (2009). L'impulsivité et les troubles de toxicomanie. Dans Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (CCLAT), *Toxicomanie au Canada : Troubles concomitants* (pp. 30-37). Ottawa (Ontario), 63 p.
- Maranda, M.-F., Negura, L. & De Montigny, M.-J. (2003). L'intégration en emploi des toxicomanes : représentations sociales de cadres responsables de l'embauche du personnel. *Déviante et Société*, 27(3), 269-282.
- Miller, W. R. (1995). Increasing motivation for change. Dans R. K. Hester & W. R. Miller (Éds.), *Handbook of Alcoholism Treatment Approaches : Effective Alternatives* (second ed.) (pp. 89-104). New-York : Allyn & Bacon.
- Miller, W. R. & Rollnick, S. (2006). *L'entretien motivationnel. Aider la personne à engager le changement*. Traduction de Dorothee Lécaillier et Philippe Michaud. InterEditions. Paris.
- Morissette, P., Devault, A. & Bourque, S. (2009). La paternité dans un contexte de consommation maternelle abusive d'alcool et de drogues. *Enfances, Familles, Générations*, 11, 1-24.
- Motivational Interview. (2009). An overview of Motivational Interviewing. Récupéré du site : [http://www.motivationalinterview.org/quick\\_links/about\\_mi.html](http://www.motivationalinterview.org/quick_links/about_mi.html)
- Murphy, M. & Oulds, G. (2000). Establishing and developing co-operative links between substance misuse and child protection systems. Dans F. Harbin & M. Murphy (Éds.), *Substance Misuse and Child Care : How to Understand, Assist and Intervene When Drugs Affect Parenting* (pp. 111-122). Lyme Regis : Russell House Publishing.
- Pérea, F. & Morenon, J. (2003). "Je" n'est pas alcoolique : négation et mensonge chez le patient alcoolique. *Synapse*, 194, 1-12.
- Poon E., Ellis D. A., Fitzgerald, H. E. & Zucker, R. A. (2000). Intellectual, cognitive, and academic performance among sons of alcoholics during the early school years : Differences related to subtypes of familial alcoholism. *Alcoholism : Clinical and Experimental Research*, 24(7), p.1020-1027.
- Prochaska, J. O. & Di Clemente, C. C. (1982). Transtheoretical therapy : Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy : Theory, Research and Practice*, 19(3), 276-288.
- Robert, A. (2008). Parentalité – Addiction à Bruxelles : parents toxicomanes, des parents comme les autres ? *Les cahiers de Prospective Jeunesse* (49), 8-10.
- Santé Canada. (2002). *Attachement du nourrisson – Ce que les professionnels doivent savoir*. Récupéré du site : [http://www.rsfs.ca/opFichier/attachement\\_du\\_nourrisson\\_ce\\_que\\_les\\_professionnels\\_doivent\\_savoir\\_eTyNGyMmboH9\\_6748.pdf](http://www.rsfs.ca/opFichier/attachement_du_nourrisson_ce_que_les_professionnels_doivent_savoir_eTyNGyMmboH9_6748.pdf)
- Shimmin, C. (2009). La stigmatisation à la lumière d'une perspective sexospécifique. *Le réseau canadien pour la santé des femmes*. Récupéré du site : <http://www.cwhn.ca/en/node/41629>
- Simoneau, S. (2009). *Concepts liés à l'approche motivationnelle*. Québec : Centre Dollard-Cormier – Institut universitaire sur les dépendances.
- Stocco, P. (2007). Les femmes toxicomanes et la dimension familiale : traitement et questions éthiques. *Psychotropes*, 13(3-4), 251-265.
- Tay, L. (2005). *Attachment & Recovery : Caring for Substance Affected Families*. Connecticut : The Connecticut Center for Effective Practice of the Child Health and Development Institute, Inc. 50 p.

Tremblay, G. A. (2005). Approche motivationnelle des troubles de la personnalité. Communication présentée au colloque interétablissements. Montréal : Hôpital Douglas.

Trocmé, N., Fallon, B., MacLaurin, B., Sinha, V., Black, T., Fast, E., Felstiner, C. Hélie, S. Turcotte, D. Weightman, P., Douglas, J. & Holroyd, J. (2010). *Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants - 2008*, Agence de la santé publique du Canada, Ottawa, ON : 128 pages.

UK Drug Policy Commission. (2010). *Getting Serious About Stigma : The Problem With Stigmatising Drug Users. An Overview*. Récupéré du site : [http://www.ukdpc.org.uk/resources/Getting\\_serious\\_about\\_stigma\\_overview.pdf](http://www.ukdpc.org.uk/resources/Getting_serious_about_stigma_overview.pdf)

Université Libre de Bruxelles. (2003). *L'approche motivationnelle*. Récupéré du site: <http://homepages.vub.ac.be/~phcorten/CliniqueStress/DocumentsStress/Benzo/CH4MotivationnelMG.doc>

Vitaro, F., Carbonneau, R. & Assaad, J.-M. (2006). *Les enfants de parents affectés d'une dépendance : problèmes et résilience*. Québec : Presse de l'Université du Québec. 164p.

# QUAND L'IMPLICATION PARENTALE SE CONJUGUE AU MASCULIN

## Saviez-vous que...

... l'intervenant doit porter une attention particulière à ses propres représentations et croyances concernant les rôles et les responsabilités qu'il attribue à la paternité, afin d'éviter d'adopter une attitude biaisée par des stéréotypes sociaux (Brown et al., 2008) ?



**Vanessa Fournier, étudiante en psychologie à l'Université Laval**

### Avec la collaboration de :

- Eve Pouliot, professeure au département des Sciences humaines de l'Université du Québec à Chicoutimi (UQAC)
- Nancy Viel, spécialiste en activités cliniques (application des mesures) au Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire

Depuis plus de trente ans, de nombreux travaux de recherche ont permis de mettre en évidence l'importance particulière de l'implication du père dans le développement social, cognitif et émotif de l'enfant (Ferland & Lacharité, 2004 ; Wilson & Prior, 2011; Côté & Lacharité, 2013). L'engagement paternel pourrait également contribuer à assurer une certaine sécurité financière à l'enfant, le protéger contre l'abus et la maltraitance, favoriser une réunification dans les situations de placement, de même qu'une diminution de l'abus de substances et de contacts avec le milieu criminalisé (Turcotte, 2014). Or, les pères sont encore peu visibles dans les services de protection, même si certaines études démontrent qu'ils sont plus présents qu'on ne le pense dans la vie des jeunes suivis en centre jeunesse et souhaitent souvent contribuer à leur bien-être. Que sa présence soit un atout ou un facteur de risque, il serait rarement dans l'intérêt de l'enfant de l'exclure du processus d'intervention (Turcotte, 2014).

Les auteurs qui se sont intéressés spécifiquement à la place du père dans les interventions familiales soulignent aussi d'autres avantages à leur implication, dont une plus grande efficacité de l'intervention et une diminution d'abandon du traitement par les autres membres de la famille (Dulac, 2001). De plus, la présence du père permettrait de soulager le fardeau de la mère qui, bien souvent, doit assumer plusieurs rôles en plus d'agir comme médiatrice entre le père et l'intervenant (Brown et al., 2008 ; Davies, Mulcahy, Mehan & Deslauriers, 2009 ; Featherstone, 2001). Que ce soit au plan instrumental ou émotif, le père représente donc une ressource avec laquelle les intervenants gagneraient à collaborer davantage (Brown et al., 2008; Turcotte, 2014).

De plus, les intervenants en centre jeunesse tendent à offrir des activités qui répondent surtout aux besoins des mères (Pouliot & Saint-Jacques, 2005). Cela s'explique en partie par les représentations stéréotypées que l'on retrouve dans la société en

général, mais aussi chez les intervenants qui travaillent auprès des familles en difficulté. La mère est souvent considérée comme le premier parent de l'enfant (Dulac, 2001), c'est-à-dire comme la première responsable de son bien-être, de sa sécurité et de ses soins (Strega et al., 2008). Cette tendance à la centration sur la mère se traduit, entre autres, par le fait qu'on lui accorde une certaine « supériorité » de parent, raison pour laquelle elle est souvent la première, voire la seule, à être visée par l'intervention (Davies et al., 2009). Il importe toutefois de spécifier que dans la plupart des situations en protection de la jeunesse, c'est la mère qui détient la garde légale de l'enfant. Dès lors, les intervenants peuvent avoir développé le réflexe de travailler davantage auprès d'elle, ne cherchant pas toujours à entrer en contact avec le père (Pouliot & Saint-Jacques, 2005). À cela s'ajoute la croyance que lorsqu'un parent est impliqué, il n'est pas nécessaire d'impliquer le deuxième (Brown et al., 2008).

Rappelons également qu'au Québec, le réseau d'aide formel est majoritairement constitué d'intervenantes qui ont développé une expertise pour intervenir auprès des clientèles féminines. Ce faisant, ces intervenantes peuvent se sentir moins bien outillées pour répondre aux besoins des pères et se montrer réticentes à les impliquer dans le processus d'aide (Brown et al., 2008 ; Pouliot & Saint-Jacques, 2005). Plusieurs acteurs se sont donc mobilisés au cours des dernières années pour valoriser l'engagement paternel et ses particularités (voir entre autres, le Regroupement pour la valorisation de la paternité : [www.rvpaternite.org](http://www.rvpaternite.org)).

## Comment favoriser l'implication des pères dans l'intervention ?

Les intervenants qui souhaitent impliquer significativement les pères dans l'intervention font face à plusieurs défis : la diversité des situations (monoparentalité, recomposition familiale), l'attitude de mères réticentes à impliquer le père, la difficulté des hommes à communiquer leurs émotions, le manque d'intérêt de certains pères qui ne reconnaissent pas leur rôle auprès de l'enfant ou encore le cumul de difficultés particulières comme la toxicomanie, la pauvreté et les contraintes légales (Ferland & Lacharité, 2004).

Dans beaucoup d'organisations, les méthodes d'intervention ne diffèrent pas, qu'elles s'adressent aux hommes ou aux femmes (Dulac, 2001). Or, les stratégies visant l'implication des pères devraient être adaptées aux particularités et aux besoins de ceux-ci. Par exemple, il est reconnu que les hommes ont tendance à ne pas demander d'aide ou à tarder à le faire. Il importe donc d'être proactifs, d'innover, d'aller vers eux, d'établir des contacts directs et verbaux et de leur proposer des stratégies adaptées à leurs besoins. Ferland et Lacharité (2004) mettent également de l'avant l'importance pour l'intervenant d'être attentif à la présence des pères, de croire en leur potentiel, de se montrer disponible, à l'écoute et sensible à leur vécu, tout en faisant preuve d'ouverture, d'intérêt et de motivation. Un climat de confiance pourra être créé en impliquant les pères dès le début de l'intervention, en prenant le temps de leur vulgariser l'information transmise et en leur accordant des temps de rencontre en individuel (Ferland & Lacharité, 2004). Il est aussi essentiel que l'intervenant porte une attention particulière à ses propres représentations et croyances concernant les rôles et les responsabilités qu'il attribue à la paternité, afin d'éviter d'adopter une attitude biaisée par des stéréotypes sociaux (Brown et al., 2008).

Comme les hommes sont davantage socialisés de manière à être mis en action et qu'ils aiment généralement comprendre explicitement les gains qu'ils feront, il est recommandé d'établir avec eux un « plan de match » bien défini en leur expliquant les différentes étapes et les tâches

Le père, c'est bien important de l'impliquer dans des actions concrètes. Souvent, je vais essayer de faire des bouts de rencontres psychosociales, mais à l'intérieur d'une activité qu'il va faire avec l'enfant.

**Nancy Viel**

Spécialiste en activités cliniques  
(application des mesures), CJQ-IU

concrètes qu'ils devront entreprendre, tout en faisant ressortir les bénéfices à court terme qu'ils pourront en retirer. S'ils se perçoivent comme étant actifs, les pères pourront ressentir un sentiment d'accomplissement, ce qui est susceptible d'influencer positivement leur niveau d'implication (Dulac, 2001 ; Tremblay, 1996).

Allard et Rainville (2005) ajoutent que la confiance des pères en leur capacité à être parent constitue un facteur déterminant de leur implication. Il est donc important de travailler l'image négative que les pères peuvent avoir d'eux-mêmes. Pour ce faire, l'intervenant peut les valoriser dans leurs actions et mettre l'accent sur leurs forces plutôt que sur leurs difficultés (Davies et al., 2009 ; Pouliot & Saint-Jacques, 2005). L'idée n'est pas nécessairement de les impliquer de la même manière que les mères, mais bien de reconnaître leurs forces et leurs compétences complémentaires à celles des mères (Dubeau, Turcotte & Coutu, 1999).

Multiplier les sources de référence visant à identifier et localiser les pères vulnérables, aller à leur rencontre et adopter une attitude de proximité (prendre le temps de faire connaissance, accueillir le père comme il est sans porter de jugement, être à l'écoute de ses besoins, mettre l'accent sur ses forces, être disponible, constant et prévisible, impliquer le père dans le « plan de match » et si possible, lui donner accès à un intervenant masculin) sont des stratégies proactives suggérées pour rejoindre les pères en protection de la jeunesse. Il est également recommandé d'amorcer l'intervention par une réponse au besoin concret immédiat, de choisir des modes d'action adaptés à leurs intérêts et à leur réalité spécifique, de viser des cibles et des modes d'actions multiples (ex. les mettre en action de différentes façons, les amener à se projeter positivement plutôt que de revenir constamment dans le passé, privilégier des stratégies de résolution de problèmes, etc.), de travailler en réseau, de leur offrir un milieu d'intervention accueillant (ex. horaires flexibles, photos de pères sur les murs, suivi systématique auprès d'eux) et d'offrir des activités de sensibilisation et de la formation au personnel (Turcotte, 2014).

Au cours des dernières années, plusieurs projets et programmes ont été mis en place pour impliquer les pères dans les services destinés à l'enfance et à la famille (de Montigny et al., 2013), dont quelques-uns en centre jeunesse (ex. Relais-Pères et Supernova). Les programmes les plus prometteurs en protection de la jeunesse adoptent une approche globale, proposant un travail sur plusieurs dimensions de la vie du père : paternelle, individuelle, coparentale, sociale, en fonction de sa trajectoire de vie et de ses expériences (Turcotte, 2014). Ce qui signifie, en somme, qu'ils prévoient des actions visant non seulement à favoriser l'amélioration de la relation père-enfant, mais aussi le développement de soi, le renforcement des liens sociaux (par des actions consistant à connaître les ressources du quartier, à renforcer les réseaux de soutien et à favoriser l'apprentissage de l'entraide et de la solidarité) et les expériences de participation et d'implication sociales (Turcotte, 2014).

S'il est vrai qu'une grande proportion des enfants pris en charge par les services de protection de la jeunesse n'habitent pas avec leur père biologique, les études démontrent par ailleurs que plusieurs d'entre eux côtoient de près une figure masculine qui exerce un rôle similaire à celui du père (Bellamy, 2009; Parent *et al.*, 2006). Il peut donc être avantageux d'identifier le plus tôt possible cette personne et de tenter de l'impliquer dans les services.

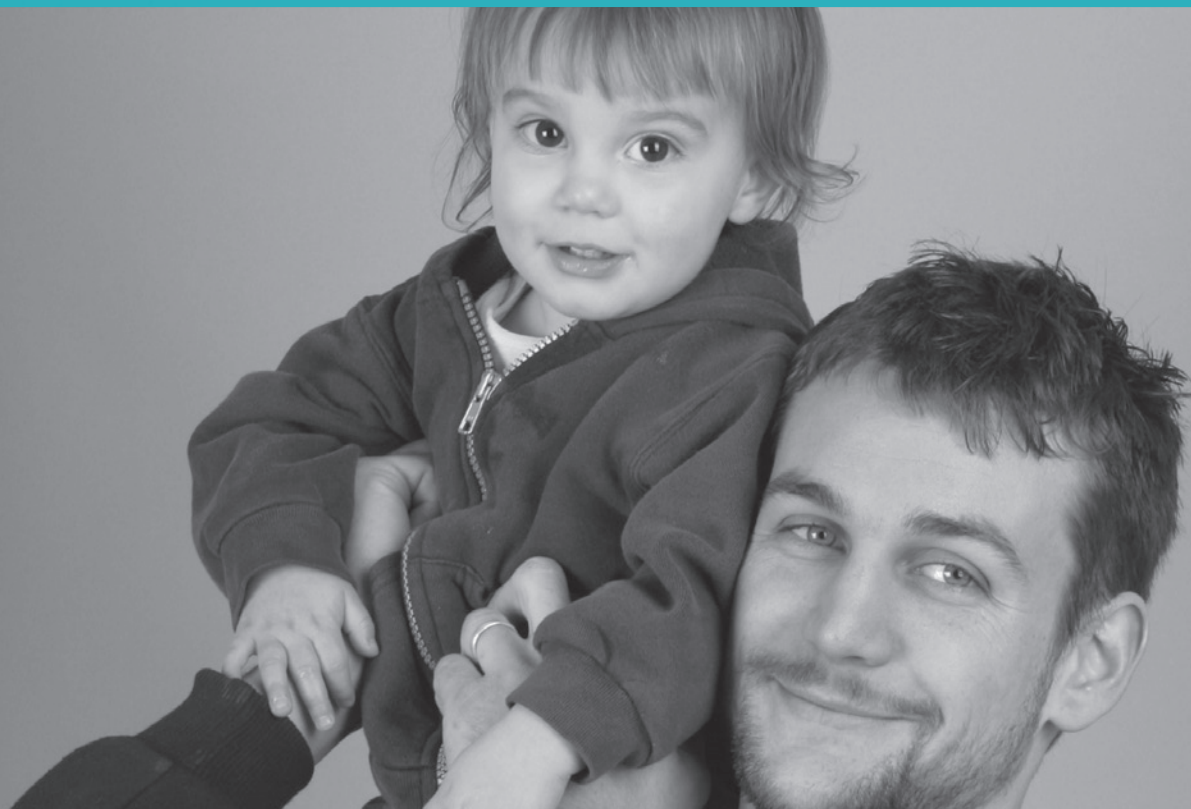
## Pour en savoir plus...

- Regroupement pour la valorisation de la paternité : <http://www.rvpaternite.org/>
- Turcotte, G. (2014). Faire place aux pères dans l'intervention en protection de la jeunesse : enjeux, défis et pistes d'action. Récupéré sur [http://observatoiremaltraitance.ca/Pages/Coup\\_d'oeil\\_sur\\_l'engagement\\_paternel.aspx](http://observatoiremaltraitance.ca/Pages/Coup_d'oeil_sur_l'engagement_paternel.aspx)
- Consultez également le site Internet du Centre de recherche JEFAR pour en savoir davantage sur le colloque « Services aux pères et intervention : Un rendez-vous à ne pas manquer » : <http://www.jefar.ulaval.ca/centreJefar/>.

## Références

- Allard, F. & Rainville, M. (2005). *Soutenir les jeunes pères à s'engager envers leurs enfants*. Québec : Direction régionale de santé publique de la Capitale nationale.
- Bélanger, S. (2007). *L'inclusion du père : réflexion pour une intervention centrée sur les besoins de l'enfant*. Québec : Pro-Gam – Centre d'intervention et de recherche en violence conjugale et familiale, 17 p.
- Bellamy, J. L. (2009). A national study of male involvement among families in contact with the child welfare system. *Child Maltreatment*, 14(3), 255-262.
- Brown, L., Callahan, M., Strega, S., Walmsley, C. & Dominelli, L. (2008). Manufacturing ghost fathers : the paradox of father presence and absence in child welfare. *Child and Family Social Work*, 14, 25-34.
- Côté, D. & Lacharité, C. (2013). *Les aspects positifs dans la relation père-enfant perçus par les pères, une contribution pour l'intervention en négligence*. Récupéré sur : < <http://observatoiremaltraitance.ca>
- Davies, L., Mulcahy, M., Mehan, K. & Deslauriers, J.-M. (2009). Perspective et place des pères dans les services de protection de l'enfance et de la jeunesse. *Reflét : revue d'intervention sociale et communautaire*, 15(1), 38-59.
- De Montigny, F., Devault, A., Lacharité, C., Brodeur, N., Parent, C., Saint-Jacques, M.-C., Tremblay, G., Turcotte, G., Besnard, T., Paquette, D., Puentes-Neuman, G. & Roy, B. (2013). Soutenir les pères en contexte de vulnérabilité et leurs enfants : des services au rendez-vous, adéquats et efficaces. Rapport de recherche, 49 p.
- Dubeau, D., Turcotte, G. & Coutu, S. (1999). L'intégration des pères dans les pratiques d'intervention auprès des jeunes enfants et de leur famille. *Revue canadienne de psycho-éducation*, 28(2), 265-278.
- Dulac, G. (2001). Les stéréotypes sociaux sur les rôles et l'implication des pères dans les services à la famille. *Défi Jeunesse*, 26-32.
- Featherstone, B. (2001). Putting fathers on the child welfare agenda. *Child and Family Social Work*, 6(2), 179-186.
- Ferland, L. & Lacharité, C. (2004). Intervenir auprès des pères...Préoccupations et enjeux d'intervenants. CLSC-CHSLD d'Autray, St-Gabriel-de-Brandon, 27 p.

- Forget, G., Devault, A. & Bizot, D. (2009). Des pratiques exemplaires pour soutenir l'engagement paternel. Dans D. Dubeau, A. Devault & G. Forget (Dir.), *La paternité au XXI<sup>e</sup> siècle* (pp. 221-235). Québec : Les Presses de l'Université Laval.
- Parent, C., Saint-Jacques, M.-C., Beaudry, M., Robitaille, C. & Charbonneau, C. (2006). *L'implication du beau-père dans l'intervention sociale auprès des familles recomposées en protection de la jeunesse*. Québec : Centre de recherche JEFAR (collection Phare), 4 p.
- Pouliot, E. & Saint-Jacques, M.-C. (2005). L'implication des pères dans l'intervention en protection de la jeunesse : un discours et une pratique qui s'opposent. *Enfances, Familles, Génération*, 3, 146-162.
- Tremblay, G. (1996). L'intervention sociale auprès des hommes : vers un modèle d'intervention s'adressant à des hommes plus traditionnels. *Service Social*, 45(2), 21-30.
- Scott, K. & Crooks, C. (2004). Effecting change in maltreating fathers : critical principles for intervention planning. *Clinical Psychology : Science and Practice*, 11, 95-111.
- Strega, S., Fleet, C., Brown, L., Dominelli, L., Callahan, M. & Walmsley, C. (2008). Connecting father absence and mother blame in child welfare policies and practice. *Child and Youth Services Review*, 30(7), 705-716.
- Turcotte, G., Forget, G., Dubeau, D., Ouellet, F. et Sanchez, I. (2012). Relais-Pères. Une pratique de proximité pour rejoindre et soutenir les pères en situation de vulnérabilité socio-économique. *Intervention*, 135, 84-96.
- Turcotte, G. (2014). Faire place aux pères dans l'intervention en protection de la jeunesse : enjeux, défis et pistes d'action. Récupéré sur <http://observatoiremaltraitance.ca>
- Wilson, K. R. & Prior, M. (2011). Father involvement and child well-being. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 47(7), 405-407.





Centre jeunesse  
de Québec

Institut universitaire

