

TROUSSE À OUTILS

Le maternage et les opioïdes

S'attaquer à la stigmatisation
– Agir en collaboration



AUTEURES

Préparé par le Centre of Excellence for Women's Health

Rose Schmidt, Lindsay Wolfson, Julie Stinson,
Nancy Poole et Lorraine Greaves

PARTENAIRES DE COLLABORATION

Dorothy Badry, Kelly Harding, et Sheena Taha

EXAMINATRICES ET CONSEILLÈRES

Denise Bradshaw, Heather Cameron, Janet Christie, Kirsten
Ellingson, Ginny Gonneau, Deborah Goodman,
Lisa Lawley, Lenora Marcellus, Nadine Santin,
Amanda Seymour, Karen Urbanoski et les membres
du groupe consultatif de femmes de l'organisme
HerWay Home.

CITATION

Schmidt, R., Wolfson, L., Stinson, J., Poole, N.,
et Greaves, L. (2019). *Le maternage et les opioïdes :
S'attaquer à la stigmatisation – Agir en collaboration.*
Vancouver (C.-B.) : Centre of Excellence for Women's Health.

TÉLÉCHARGEMENT DU DOCUMENT

www.bcewh.bc.ca

ISBN

978-1-894356-85-5

Réimprimé en mars 2020

L'aide financière a été fournie par le Programme sur l'usage et les dépendances aux substances de Santé Canada.
Les opinions exprimées dans le rapport ne représentent pas nécessairement celles de Santé Canada.

Table des matières

Introduction	04		
Comment utiliser cette trousse à outils	04		
État de la situation passée	05		
État de la situation actuelle	05		
Approche centrée sur les besoins et les points de vue des femmes	06		
Glossaire	07		
SECTION 1			
S'attaquer à la stigmatisation dans la pratique	08		
Comprendre la stigmatisation	09		
Adopter des pratiques non stigmatisantes	10		
 OUTIL : Autoévaluation – Attitudes et comportement des praticiens	11		
 OUTIL : Examiner notre utilisation du langage	13		
 OUTIL : Scénarios RSES pour lutter contre les comportements stigmatisants des collègues	14		
 FICHE D'INFORMATION : 10 choses que les femmes enceintes et les mères consommatrices de substances aimeraient que les praticiens sachent	16		
 FICHE D'INFORMATION : Rôle du prestataire de traitement pour la guérison des femmes autochtones	17		
SECTION 2			
Améliorer les programmes et les services	18		
Comprendre les obstacles auxquels les programmes et les services font face	19		
Possibilités d'améliorer les programmes et les services	20		
 OUTIL : Réfléchir aux obstacles et à ce que nous pouvons faire pour les réduire	22		
 OUTIL : Femmes qui ont consommé des opioïdes durant la grossesse – Trois scénarios à discuter	24		
 OUTIL : Intégrer des approches éprouvées basées sur certaines valeurs dans notre travail	26		
 OUTIL : Intégrer des principes tenant compte des traumatismes dans notre travail	28		
 FICHE D'INFORMATION : Exemples d'approches prometteuses relativement à la prestation de services	30		
 FICHE D'INFORMATION : Approches autochtones par rapport à la protection de l'enfance et au traitement de la consommation de substances	32		
SECTION 3			
Possibilités de collaboration intersystèmes et de mesures conjointes	34		
 OUTIL : Déterminer les services offerts dans votre communauté pour soutenir les mères, les enfants et l'unité mère-enfant	36		
 OUTIL : Principes et approches pour une collaboration intersystèmes	37		
 OUTIL : Conseils pour une collaboration intersystèmes	38		
 OUTIL : Liste de vérification pour la sécurité conjointe et la planification du traitement avec les familles	39		
SECTION 4			
Valeurs sous-jacentes aux politiques	40		
 OUTIL : Repenser les valeurs des politiques qui ont un impact sur les femmes enceintes et les mères consommatrices de substances	42		
Conclusion	43		

Introduction

Les domaines de la consommation de substances et des services de protection de l'enfance connaissent un grand nombre de changements, en vue de mettre en place des approches culturellement sûres, axées sur les traumatismes, orientées vers la réduction des méfaits et centrées sur les participants et participantes. Cette trousse à outils met en lumière ces progrès et invite les personnes travaillant dans les deux systèmes à réfléchir à la façon dont nous pouvons continuer à améliorer notre travail, en partenariat avec les femmes qui utilisent ces services.

Comment utiliser cette trousse à outils

Cette trousse à outils est principalement destinée aux praticiens de la consommation de substances et des services de protection de l'enfance, ainsi qu'à d'autres prestataires de services et planificateurs des systèmes de santé qui offrent des services aux femmes enceintes et aux nouvelles mères consommatrices de substances, ou qui conçoivent des services avec ces femmes.

La trousse à outils est divisée en quatre sections.

- 1 **S'attaquer à la stigmatisation dans la pratique**
- 2 **Améliorer les programmes et les services**
- 3 **Collaboration intersystèmes et mesures conjointes**
- 4 **Valeurs sous-jacentes aux politiques**

- La **première section** examine la manière dont les femmes qui consomment des opioïdes sont stigmatisées et comprend des outils pour évaluer les pratiques potentiellement stigmatisantes. Cette section comprend également des scénarios pour répondre de manière constructive au comportement stigmatisant des collègues de travail, ainsi qu'une fiche d'information à l'intention des praticiens, élaborée par des femmes ayant une expérience vécue.
- La **deuxième section** décrit la relation entre la stigmatisation et les obstacles auxquels les femmes sont aux prises. Elle présente les pratiques et les politiques prometteuses qui règlent les problèmes de stigmatisation et de santé, de consommation de substances et avec les services de protection de l'enfance. Elle comprend également des outils, pour faciliter l'intégration d'approches prometteuses dans nos interventions et pour déterminer les moyens de surmonter les obstacles.
- La **troisième section** comprend de l'information et des outils destinés à faciliter la collaboration entre les différents systèmes. Les outils aident à déterminer comment les secteurs du traitement de la consommation de substances et des services de protection de l'enfance peuvent collaborer efficacement, tout en répondant à leurs mandats et rôles respectifs en matière de soutien aux femmes et aux enfants. De cette façon, les soins et services englobent les familles.
- La **dernière section** traite des politiques et de la manière dont la définition et l'affirmation des valeurs politiques peuvent clarifier notre travail dans les deux systèmes de soins. Elle fait ressortir que le fait de considérer les mères et les enfants comme une unité lors de l'élaboration de politiques et de programmes facilite l'objectif de garder les mères et les enfants ensemble.

État de la situation passée

Pour les femmes, la stigmatisation, la peur de l'incarcération et la perte de la garde des enfants ont constitué des obstacles très importants, pour ce qui est de divulguer leur consommation de substances et de faire des démarches pour avoir de l'aide.

Pour les femmes autochtones, la discrimination, le racisme, la violence structurelle et coloniale et les traumatismes intergénérationnels continuent d'être des obstacles supplémentaires à la discussion sur la consommation de substances et à la recherche de services de soutien en cas de consommation problématique.

Généralement, en tant que systèmes :

- Nous avons considéré les besoins des mères et des enfants comme étant conflictuels, plutôt que comme étant interreliés.
- Nous avons séparé des enfants et des mères, lors de situations de consommation de substances de la part des parents.
- Nous n'avons pas travaillé ensemble, en tant que secteurs, pour soutenir le bien-être des parents et des enfants.
- À cause de leur problème de consommation de substances, nous avons stigmatisé et retraumatisé les mères.
- Nous avons mis l'accent sur les services pour la consommation de substances, plutôt que sur d'autres préoccupations pour lesquelles un soutien est nécessaire.
- Nous avons mis l'accent sur l'abstinence de la consommation de substances par les mères plutôt que de soutenir des approches de réduction des méfaits.

De nombreuses femmes se voient prescrire ou utilisent des opioïdes avant de devenir enceintes et en prendront pendant leur grossesse. Les opioïdes peuvent augmenter le risque qu'un bébé naisse prématurément ou présente des symptômes de sevrage. Mais les bébés qui présentent des symptômes de sevrage ne subiront pas nécessairement des effets à long terme sur leur santé et leur développement.

Cette trousse à outils met en lumière certains de ces progrès et encourage des changements aux pratiques et aux politiques visant à mieux répondre aux besoins des femmes enceintes et des nouvelles mères qui consomment des opioïdes.

État de la situation actuelle

Des approches prometteuses dans chaque secteur, ainsi que des approches de pratique collaborative entre les secteurs de la protection de l'enfance et du traitement de la consommation de substances, sont essentielles. Au Canada, ces approches **sont** en cours d'adoption et d'évaluation, mais il reste encore beaucoup à faire.

Des projets comme le « Provincial Perinatal Substance Use », un projet provincial sur la consommation périnatale de substances de l'Hôpital des femmes de la C.-B. et du BC Centre of Excellence for Women's Health, font participer des femmes ayant une expérience vécue, des prestataires de services, des planificateurs du système de santé et des chercheurs, à la co-création d'un plan directeur pour un continuum de services de réduction des méfaits et de rétablissement respectueux, axé sur les traumatismes et culturellement sûrs pour les femmes enceintes et les nouvelles mères consommatrices de substances. Des recherches prometteuses sont en cours, dans le cadre de projets comme le « Projet d'évaluation de la co-création de preuves » (voir www.fasd-evaluation.ca/home-francais/), qui vise à déterminer les problèmes de consommation de substances et de protection de l'enfance auxquels les femmes sont confrontées.

Pourtant, il reste beaucoup à faire pour faire progresser les pratiques prometteuses et éprouvées. Nous avons besoin de plus de recherche sur la réduction des méfaits, sur les pratiques de traitement de la consommation de substances, ainsi que sur des approches de décolonisation de la réduction des méfaits qui peuvent être adoptées par les secteurs du traitement de la consommation de substances et de la protection de l'enfance. Nous devons continuer à créer des possibilités d'implication des femmes ayant une expérience vécue pour qu'elles définissent ce qui fonctionne pour elles.

Approche centrée sur les besoins et les points de vue des femmes

Pour améliorer la pratique et intégrer des approches prometteuses, il est essentiel de comprendre les expériences des femmes lorsqu'elles font appel aux services de protection de l'enfance et de traitement de la consommation de substances. Les cartes de cheminement permettent aux praticiens de comprendre comment la stigmatisation et d'autres obstacles affectent les femmes et les familles.

Une autre façon d'inclure les expériences vécues des femmes consiste à élaborer des récits et des vidéos numériques de femmes qui consomment des substances. Ces vidéos peuvent aider les personnes qui travaillent dans les systèmes de soins à mieux comprendre comment les pratiques et les politiques peuvent soutenir les femmes qui consomment des opioïdes et leur famille.

« ... on vous traite comme si vous étiez une ordure. Prescrit ou pas, aucune importance... Comme si, selon eux, c'était notre faute... ils m'ont pratiquement traitée comme si je n'étais pas sa mère. »

(Howard, 2015, p. 431)

Exemples de récits numériques

Projet sur le maternage à Winnipeg :

Vidéo sur la façon dont un programme communautaire rencontre des femmes consommatrices de substances, où elles en sont dans leur cheminement de découverte de soi, de guérison et d'appartenance (en anglais).

<https://youtu.be/c2YBb0gF7TA>



Lettre de Jane :

Récits de femmes ayant participé au programme Herway Home à Victoria, sous forme de lettres décrivant leur expérience et lues à voix haute (en anglais).

<https://youtu.be/wXC6LmNXrDE?t=129>



Glossaire

Les approches d'aide à la santé mentale et à la consommation de substances qui sont **axées sur le rétablissement reconnaissent** le droit de chaque personne à déterminer son propre cheminement vers la santé, et se concentrent sur les forces, l'espoir, la dignité, la résilience, le lien social et le bien-être holistique.

La **cohabitation** est un modèle de soins interdisciplinaire qui encourage les mères et les nouveau-nés à rester ensemble dans la même pièce immédiatement après l'accouchement. Cet arrangement se traduit par des taux d'attachement et d'allaitement plus élevés, et entraîne un retrait moins aigu pour le bébé. En outre, les nourrissons sont plus susceptibles de rentrer à la maison avec leur mère, d'être moins souvent admis à l'unité de soins intensifs néonataux et de rester à l'hôpital moins longtemps.

La **coordination des soins**, également appelée « gestion des cas », désigne les approches selon lesquelles les gestionnaires de cas établissent une relation individuelle avec les femmes, pour faciliter la satisfaction de leurs besoins. En travaillant avec les femmes et les familles dans tous les aspects de leur relation avec les services et le soutien, la coordination des soins peut offrir une expérience en continu lors des transitions comme le passage de l'hôpital à la communauté.

La **décolonisation** est le processus de l'examen critique de la façon dont les pratiques coloniales ont opprimé les peuples autochtones et de leur élimination là où ces pratiques sont toujours présentes, tout en honorant la résilience des peuples, la culture et les pratiques traditionnelles autochtones dans le processus.

Le **dépistage** désigne les questions posées en personne par les professionnels de la santé sur la quantité, la fréquence et le type de consommation de substances. Le dépistage est souvent accompagné d'une brève intervention, au cours de laquelle la consommation de substances et les

problèmes de santé qui y sont liés sont abordés de manière sûre et respectueuse, et pendant laquelle les risques et les avantages de la consommation de substances et les solutions pour améliorer la santé peuvent être discutés. Selon le concept « dépistage, brève intervention et aiguillage vers un traitement (DBIAT) », les **brèves interventions** peuvent avoir lieu avant et après le dépistage, et peuvent être suivies d'un aiguillage vers un traitement et des services d'aide.

L'**expérience vécue passée ou présente** est la perspective de première main de la vie en tant que membre d'un groupe. Dans cette trousse à outils, l'expression « expérience vécue passée ou présente » désigne l'expérience des femmes qui consomment des substances et qui utilisent des services de traitement de la consommation de substances et/ou qui sont dans le système des services de protection de l'enfance.

Les **opioïdes** sont un type d'analgésique. Les opioïdes comme l'oxycodone et la morphine sont prescrits pour traiter la douleur aiguë et chronique. Certaines drogues illicites, dont l'héroïne, sont également des opioïdes. La méthadone et la buprénorphine sont prescrites pour aider les personnes souffrant de troubles liés à l'utilisation d'opioïdes à réduire les méfaits. Elles peuvent faire partie du traitement et de la guérison de la dépendance.

La **pratique axée sur les traumatismes** désigne une approche de la prestation de services qui tient compte de la prévalence et des effets des traumatismes dans tous les aspects de la prestation de services, et qui accorde la priorité à la sécurité de l'individu, au choix de la collaboration, à la relation et à l'autonomisation.

La **réduction des méfaits** désigne l'ensemble des politiques, des programmes et des pratiques qui visent à réduire les conséquences négatives de la consommation de substances et les méfaits qui y sont associés. La réduction des

méfaits comprend la gamme complète des services d'aide et des stratégies qui aident les femmes à réduire les méfaits, à favoriser le bien-être et à s'attaquer aux déterminants de la santé sans exiger l'abstinence. Le terme est également utilisé pour désigner les traitements pharmacologiques qui favorisent la stabilisation (p. ex., la méthadone) et les sites de consommation supervisés qui facilitent une utilisation plus sûre.

La **sécurité culturelle** a pour but de permettre aux gens de se sentir respectés lorsqu'ils utilisent le système de santé, en minimisant les déséquilibres de pouvoir entre les clients, les clientes et les prestataires de soins. La sécurité culturelle signifie que les prestataires de services sont conscients de l'histoire culturelle des personnes qui utilisent les services, et qu'on encourage les gens à intégrer leur identité, leur culture et leur communauté dans leurs décisions et leurs interactions en matière de soins.

La **stigmatisation** est une vision négative au sujet d'un groupe de personnes en fonction d'une qualité, d'un comportement ou d'une situation particulière, par exemple le fait de considérer les femmes qui consomment des substances comme étant de « mauvaises mères ». La **discrimination** est le traitement injuste infligé à des personnes selon une étiquette qu'on leur attribue. Ces deux concepts sont examinés plus en détail dans la Section 1.

Le **traitement en résidence** est un type de traitement de la consommation de substance selon lequel les personnes vivent en groupe, souvent dans un cadre hospitalier, tout en bénéficiant de conseils et d'autres traitements. Souvent axé sur l'abstinence, ce type de traitement est suivi par des personnes qui ont de graves problèmes de consommation de substances, qui sont passées par une gestion du sevrage et qui doivent se remettre de graves problèmes de santé, financiers, familiaux et d'un autre ordre liés à leur consommation.

S'attaquer à la stigmatisation dans la pratique

- ①
- ②
- ③
- ④

Comprendre la stigmatisation

La stigmatisation est un ensemble d'attitudes ou de croyances négatives à l'égard d'une personne ou d'un groupe de personnes¹. Elle renforce les dynamiques de pouvoir inégales et a un impact direct sur la qualité de vie des personnes ou des groupes subissant ces attitudes².

Les femmes enceintes qui consomment des opioïdes sont souvent jugées et stigmatisées pour cela³. La discrimination est le traitement injuste subi par des personnes en raison de la stigmatisation⁴. Les femmes enceintes sont souvent victimes de discrimination lorsqu'elles cherchent à se faire soigner^{1,5-7}. Par exemple, en raison de leur consommation de substances, les femmes peuvent être inutilement séparées de leurs nourrissons à la naissance, ou ne pas recevoir le traitement holistique dont elles ont besoin (traitement de la consommation de substances, aide pour les enfants, logement et ressources financières)⁸. Il est prouvé que le public et les médias jettent souvent le blâme sur les femmes pour leurs troubles liés à la consommation de substances, mais font preuve de plus de compassion envers les femmes souffrant de maladies mentales⁹.

➔ **Voir l'outil** : Autoévaluation – Attitudes et comportement des praticiens, p. 11

Les femmes peuvent intérioriser ces attitudes négatives. Les femmes enceintes et les mères qui consomment des opioïdes ont décrit avoir vécu des expériences de jugement, de surveillance, de menaces de perdre leur enfant et de restriction d'un organisme décisionnel pendant leurs conversations avec les prestataires de services. Cela peut entraîner de l'embarras, de la culpabilité et l'autoaccusation. Ces sentiments peuvent nuire à la confiance des femmes par rapport à leur aptitude de maternage. Ils peuvent également les empêcher de chercher à se faire soigner^{1,5-7,10-14}.

« Ma sœur me traite toujours de parent inapte. Parce que je n'ai élevé aucun de mes enfants... Mais je ne comprenais pas comment tu pouvais me juger quand tu bois de l'alcool tous les jours alors que je planais. Comme je m'injectais de l'héroïne et que j'ai perdu mes enfants, ils pensent que j'étais pire, incontrôlable. »

(Gunn et Canada, 2015, p. 285)

Adopter des pratiques non stigmatisantes

Le jugement des prestataires de services est un obstacle important à l'accès des femmes aux services^{13,14}. Souvent, les prestataires de services ne sont pas conscients que leurs propres comportements et attitudes peuvent contribuer à la stigmatisation. Certains prestataires de services peuvent manquer de connaissances sur la consommation de substances, ce qui conduit à des stéréotypes, à la stigmatisation et à des attitudes empreintes de jugement qui peuvent créer un environnement dangereux pour certaines femmes.

➔ **Voir l'outil** : Examiner notre utilisation du langage sur les femmes enceintes et les mères qui consomment des substances, p. 13

Voir l'outil: Scénarios RSES pour lutter contre les comportements stigmatisants des collègues à l'égard des femmes enceintes et des mères qui consomment des substances, p. 14

La stigmatisation associée à la consommation de substances pendant la grossesse a conduit certains praticiens à adopter des approches punitives pour travailler avec les femmes^{1,7,13}. Sur le plan historique, au Canada, les femmes autochtones, les autres femmes racialisées et les femmes handicapées ont été particulièrement stigmatisées par les secteurs de la santé génésique et de la protection de l'enfance, ce qui a entraîné la stérilisation forcée, la séparation de la mère, de l'enfant, de la famille et de la communauté, une surveillance accrue et des exigences de conformité plus strictes¹⁵.

De par leur pratique, les prestataires de services ont la possibilité de rester réceptifs aux expériences des femmes et de soutenir l'estime de soi, l'efficacité, l'autodétermination et le rétablissement.

➔ **Voir la fiche d'information** : 10 choses que les femmes enceintes et les mères consommatrices de substances aimeraient que les praticiens sachent, p. 16

et la fiche d'information : Rôle du prestataire de traitement pour la guérison des femmes autochtones, p. 17

« ... elle me l'a enfoncé dans la tête : tu es mère, et cela ne change pas quand tu es sur la méthadone. Elle s'est plus occupée de mes problèmes que de ceux de mon bébé, et elle m'a dit "Tu es mère, tu fais du beau travail". Ce genre d'appui, simplement, peut suffire à vraiment vous aider. »

(Harvey, Schmeid, Nicholls et Dahlen, 2015, p. 295)

- Howard, H. (2015). Reducing stigma: Lessons from opioid-dependent women. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 15(4), 418-438.
- Gueta, K., et Addad, M. (2013). Moulding an emancipatory discourse: How mothers recovering from addiction build their own discourse. *Addiction Research & Theory*, 21(1), 33-42.
- Fonti, S., Davis, D., et Ferguson, S. (2016). The attitudes of healthcare professionals towards women using illicit substances in pregnancy: A cross-sectional study. *Women And Birth: Journal Of The Australian College Of Midwives*, 29(4), 330-335.
- Association canadienne de la santé mentale. 2019. *Stigma and Discrimination*. Extrait de : <https://ontario.cmha.ca/documents/stigma-and-discrimination/>
- Mattocks, K. M., Clark, R., et Weinreb, L. (2017). Initiation and engagement with methadone treatment among pregnant and postpartum women. *Women's Health Issues*, 27(6), 646-651.
- Silva, S. A., Pires, A. P., Guerreiro, C., et Cardoso, A. (2013). Balancing motherhood and drug addiction: The transition to parenthood of addicted mothers. *Journal of Addiction Medicine*, 18(3), 359-367.
- Harvey, S., Schmeid, V., Nicholls, D., et Dahlen, H. (2015). Hope amidst judgement: the meaning mothers accessing opioid treatment programmes ascribe to interactions with health services in the perinatal period. *Journal of Family Studies*, 21(3), 282-304.
- Laudet, A.B. (2007). What does recovery mean to you? Lessons from the recovery experience for research and practice. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 33(3), 243-256.
- Corrigan, P. W., Lara, J. L., Shah, B. B., Mitchell, K. T., Simmes, D., et Jones, K. L. (2017). The public stigma of birth mothers of children with Fetal Alcohol Spectrum Disorders. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 41(6), 1166-1173.
- Chandler, A., Whittaker, A., Williams, N., McGorm, K., Cunningham-Burley, S., et Mathews, G. (2014). Mother's little helper? Contrasting accounts of benzodiazepine and methadone use among drug-dependent parents in the UK. *Drugs: Education, Prevention & Policy*, 21(6), 470-475.
- Howard, H. (2016). Experiences of opioid-dependent women in their prenatal and postpartum care: Implications for social workers in health care. *Soc Work Health Care*, 55(1), 61-85.
- Radcliffe, P. (2009). Drug use and motherhood: strategies for managing identity. *Drugs & Alcohol Today*, 9(3), 17-21.
- Huizink, A. C. (2014). The risk of being 'too honest': drug use, stigma and pregnancy. *Health, Risk & Society*, 16(1), 36-50.
- Kenny, K. S., et Barrington, C. (2018). People just don't look at you the same way: Public stigma, private suffering and unmet social support needs among mothers who use drugs in the aftermath of child removal. *Children And Youth Services Review*, 86, 209-216.
- Aguilar, W., et Halseth, R. (2015). *Aboriginal Peoples and Historic Trauma: The Processes of Intergenerational Transmission*. Prince George (C.-B.) : National Collaborating Centre for Aboriginal Health.
- Gunn, A. J., et Canada, K. E. (2015). Intra-group stigma: Examining peer relationships among women in recovery for addictions. *Drugs: Education, Prevention & Policy*, 22(3), 281-292.

Autoévaluation

Attitudes et comportement des praticiens

Le jugement des professionnels de la santé pose un obstacle important à l'accès des femmes aux services. Parfois, les prestataires de services ne sont pas conscients de la manière dont leurs propres comportements et attitudes peuvent contribuer à la stigmatisation. Les énoncés ci-dessous doivent être utilisés comme exercice d'autoréflexion pour aider les prestataires de services à comprendre comment ils peuvent contribuer à la stigmatisation.

Dans quelle mesure êtes-vous d'accord avec les énoncés suivants?

1. Je crois que les femmes qui consomment des opioïdes peuvent être de bonnes mères.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
TOUT À FAIT EN DÉSACCORD					TOUT À FAIT D'ACCORD				

2. Je crois que les femmes qui consomment des opioïdes pendant la grossesse sont responsables des aspects négatifs de leur vie.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
TOUT À FAIT EN DÉSACCORD					TOUT À FAIT D'ACCORD				

3. Je pense que les femmes qui utilisent des médicaments pour traiter des troubles liés à la consommation d'opioïdes (p. ex., de la méthadone ou de la buprénorphine) devraient essayer de réduire leur dose pendant leur grossesse.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
TOUT À FAIT EN DÉSACCORD					TOUT À FAIT D'ACCORD				

4. J'estime que la grossesse ou la naissance d'un enfant devrait être une raison suffisante pour arrêter la consommation de substances.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
TOUT À FAIT EN DÉSACCORD					TOUT À FAIT D'ACCORD				

5. Je crois que les rechutes sont un élément normal du processus de rétablissement.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
TOUT À FAIT EN DÉSACCORD					STRONGLY AGREE				

6. Je crois qu'une rechute indique un manque d'engagement envers le rétablissement et le parentage/maternage.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
TOUT À FAIT EN DÉSACCORD					TOUT À FAIT D'ACCORD				

7. Rien qu'en la regardant, je peux dire qu'une femme a des antécédents de consommation de substances.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
TOUT À FAIT EN DÉSACCORD					TOUT À FAIT D'ACCORD				

8. Je connais les effets de la consommation des opioïdes, de l'alcool et d'autres substances sur un fœtus pendant la grossesse.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
TOUT À FAIT EN DÉSAccORD					TOUT À FAIT D'AccORD				

9. Je sais à quoi ressemble la réduction des méfaits pendant la grossesse.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
TOUT À FAIT EN DÉSAccORD					STRONGLY AGREE				

10. Je suis capable de soutenir les pratiques de réduction des méfaits pendant la grossesse et le parentage/maternage.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
TOUT À FAIT EN DÉSAccORD					TOUT À FAIT D'AccORD				

11. Je suis capable de poser des questions à une femme sur ses antécédents de consommation problématique de substances.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
TOUT À FAIT EN DÉSAccORD					TOUT À FAIT D'AccORD				

12. J'ai la certitude de pouvoir donner des soins semblables aux personnes qui consomment des opioïdes et à celles qui n'en consomment pas.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
TOUT À FAIT EN DÉSAccORD					TOUT À FAIT D'AccORD				

13. Je suis capable de travailler avec une femme qui consomme des opioïdes.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
TOUT À FAIT EN DÉSAccORD					TOUT À FAIT D'AccORD				

14. Je me sentirais capable de parler à une mère au sujet de mes inquiétudes par rapport à son attachement à son bébé.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
TOUT À FAIT EN DÉSAccORD					TOUT À FAIT D'AccORD				

15. Je sais comment trouver des ressources pour aider une femme enceinte ou une mère qui a un problème de consommation problématique de substances.

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
TOUT À FAIT EN DÉSAccORD					TOUT À FAIT D'AccORD				

Après avoir réfléchi aux énoncés ci-dessus, considérez les points suivants :

- Qu'avez-vous ressenti en répondant à ces énoncés?
- Y a-t-il des énoncés qui vous ont troublé ou auxquels vous avez trouvé difficile de répondre?
- Comment votre attitude, vos connaissances, vos hypothèses ou votre approche pourraient-elles avoir un impact sur la façon dont vous travaillez avec les femmes qui consomment des opioïdes?

Adaptation de :

- « Comfort Scales » (ND), BC Association of Pregnancy Outreach Program.
- Winkelstein, E. (2012). *Understanding Drug-Related Stigma Tools for Better Practice and Social Change: Curriculum Outline for Trainers*. New York, NY : Harm Reduction Coalition for the New York State Department of Health AIDS Institute.

Resources :

- Harm Reduction and Pregnancy: Community-based Approaches to Prenatal Substance Use in Western Canada: bccwh.bc.ca/2015/02/harm-reduction-and-pregnancy-community-based-approaches-to-prenatal-substance-use-in-western-canada/
- Portes ouvertes aux conversations : Brèves interventions auprès des filles et des femmes sur la consommation de substances : bccwh.bc.ca/2018/06/doorways-to-conversation-brief-intervention-on-substance-use-with-girls-and-women/

Examiner notre utilisation du langage sur les femmes enceintes et les mères qui consomment des substances

En tant que prestataires de services et décideurs politiques, nous avons la responsabilité d'utiliser un langage précis et exempt de jugement. Le langage que nous utilisons peut contribuer à la stigmatisation ou la réduire, et peut influencer sur l'opinion publique. Quelle terminologie utilisez-vous au travail, à l'heure actuelle? Pour déterminer si vous devez améliorer votre langage, vérifiez chaque élément de la colonne Recommandation.

Au lieu de...	Recommandation	<input checked="" type="checkbox"/> En quoi cela aide
Drogue, toxicomanie, dépendance	Consommation régulière ou problématique de substances. Ou demandez aux femmes quel langage leur convient	<input type="checkbox"/> Décrit la consommation de substances comme étant liée à la santé et pouvant changer, et non pas comme une habitude ou une situation irrémédiable. Cela reconnaît que la consommation de substances découle de nombreux facteurs et ne renforce pas la notion d'un déficit voulant qu'une dépendance soit un échec moral, un problème de personnalité ou un trouble de santé mentale.
Accro, dépendante, droguée, junkie, toxicomane (ou ancienne...)	Personne qui consomme des substances (ou personne en rétablissement/rétablissement à long terme)	<input type="checkbox"/> Le langage axé sur la personne fait passer la personne avant son problème ou son comportement. Cela reconnaît que l'état, la maladie ou le comportement d'une personne n'est qu'un aspect de son identité et non une caractéristique déterminante.
Propre (clean)	Personne en rétablissement	<input type="checkbox"/> Des termes comme « propre » et « sale » renforcent les stéréotypes négatifs sur les personnes qui consomment des substances. Un mot comme « propre » porte seulement sur l'abstinence, et ne reconnaît pas les avantages des traitements pharmacologiques et des efforts de réduction des méfaits.
Souffre de..., victime de...	A des antécédents..., expérience de..., tente de se rétablir de..., vit avec...	<input type="checkbox"/> Le langage axé sur le rétablissement exprime l'espoir, l'optimisme, soutient le rétablissement et s'éloigne de la notion voulant que la consommation de substances n'est que négative et sans avantage.
Thérapie de remplacement ou traitement de substitution	Thérapie ou traitement d'entretien des opioïdes (TEO), traitement par agonistes opioïdes (TAO), traitement ou médicament pour troubles de consommation d'opioïdes	<input type="checkbox"/> Les termes médicaux précis reconnaissent ces protocoles comme un traitement ou comme composante d'un traitement, et évitent de laisser entendre que cette utilisation de médicaments permet ou remplace « une dépendance par une autre ».
N'est pas motivée, ne se conforme pas, résiste	En désaccord avec le plan de traitement, a choisi de ne pas...	<input type="checkbox"/> Met l'accent sur les forces, la capacité d'agir, l'autonomie, l'autodétermination et les préférences en matière de traitement, au lieu de se concentrer sur le respect d'un plan de traitement prescrit qui n'a peut-être pas été co-créé.
Bébé né dépendant à l'héroïne, bébé dépendant, bébé toxicomane	A vécu des symptômes de sevrage à la naissance, exposé à des substances dans l'utérus, en sevrage néonatal	<input type="checkbox"/> Les nouveau-nés peuvent être physiquement dépendants des opioïdes, mais ne sont pas capables de montrer les signes d'une dépendance ou d'un trouble lié à la consommation de substances. Pour la plupart des bébés, un sevrage n'aura pas d'effets à long terme sur la santé et le développement. Des étiquettes inexactes comme « dépendant » peuvent suivre les femmes et les bébés tout au long de leur vie, accroître la stigmatisation et dissuader les changements positifs ou ne pas les reconnaître.

Adaptation de :

- Broyles, L. M., Binswanger, I. A., Jenkins, J. A., Finnell, D. S., Faseru, B., Cavaiaola, A., et coll. 2014. Confronting inadvertent stigma and pejorative language in addiction scholarship: A Recognition and response. *Substance Abuse*, 35(3), 217-221.
- Gouvernement du Canada. 2019. *Changer la façon dont nous parlons de l'utilisation de substances*. Ottawa (Ontario) : Gouvernement du Canada.
- PHSA, BCCDC, et Toward the Heart. 2017. *Respectful Language and Stigma: Regarding People Who Use Substances*. Vancouver (C.-B.) : PHSA.

Scénarios RSES pour lutter contre les comportements stigmatisants des collègues

à l'égard des femmes enceintes et des mères qui consomment des substances

Les scénarios ou les cadres de communication structurés peuvent aider les équipes au sujet des conversations difficiles.

Les scénarios **RSES** (Reconnaître, Susciter la réflexion, Enseigner et Soutenir) ont été élaborés pour lutter contre certaines attitudes des collègues et la stigmatisation liée à la consommation de substances pendant la grossesse. Un scénario peut vous aider à réagir de manière respectueuse et constructive lors de situations où vous constatez que vos collègues stigmatisent ou jugent les clientes. Par exemple, vous pourriez entendre un collègue lancer « Comment peut-elle faire cela à son bébé? » ou « Si elle tenait vraiment à son bébé, elle... (arrêterait de consommer, laisserait le gars) ».

Les exemples suivants montrent comment réorienter les conversations pour encourager l'exploration des hypothèses sous-jacentes, des possibilités positives et le renforcement des capacités, intégrant ainsi une vision plus compatissante de la femme.

RECONNAÎTRE

**Créez la sécurité en ne critiquant pas directement.
Amorcez plutôt une possibilité de dialogue :**

- « Je sais, je ressentais la même chose, puis j'ai rencontré une mère qui... »
- « Je trouve cela très difficile aussi, mais je n'arrête pas de penser à sa situation et à ce qui s'est passé dans sa vie. »

SUSCITER LA RÉFLEXION

Il est difficile de remettre en question les valeurs ou les jugements d'un collègue de travail sur une cliente. Au lieu de créer une confrontation, faites un commentaire qui peut aider l'autre personne à réfléchir sur sa pratique :

- Posez des questions ou faites des réflexions à voix haute – « Je me demande si elle a subi de la violence dans sa vie? Je me demande ce qui a bien pu lui arriver pour en arriver à faire ce choix? »
- « Nous devrions probablement réfléchir à différentes façons de parler de cette femme/mère, car je me sens mal à l'aise avec la façon dont nous parlons d'elle. »
- « C'est difficile, je sais. D'un côté, le fait qu'elle consomme de la drogue/ qu'elle reste avec son agresseur me fruste et me déconcerte. D'un autre côté, elle est très douce avec son bébé et elle essaie d'apprendre à s'en occuper... elle pose les mêmes questions que n'importe quelle autre mère. »

ENSEIGNER

Il existe bien des possibilités de partager ces informations avec votre équipe :

- Choisissez un article pratique et de qualité sur la consommation de substances et la grossesse qui traite des attitudes et de la stigmatisation. Laissez-en des copies à plusieurs endroits dans l'unité.
- Demandez la permission : « Puis-je partager avec vous ce que j'ai appris dans un atelier? » (Partagez un peu d'information à la fois.)
- « J'ai entendu quelque chose qui m'a fait penser de manière différente sur les mères et sur ce que je pourrais faire différemment pour qu'elles se sentent mieux et que je me sente mieux. »
- « J'ai appris que bien des femmes ont beaucoup de vécu avant que je les rencontre et qu'elles ont appris à se débrouiller d'une manière que je n'approuve pas nécessairement ou avec laquelle je ne suis pas d'accord. J'essaie de garder cela à l'esprit lorsque je travaille avec elles. Cela m'aide à prendre mon temps et à essayer de construire des ponts plutôt que de dresser des murs entre nous. »
- Utilisez un scénario clinique récent pour « faire un bilan » sur ce qui s'est passé, ce qui a fonctionné et ce qui n'a pas fonctionné. Par exemple, vous pouvez discuter de la manière dont une femme a pu consommer des substances comme mécanisme d'adaptation à des abus et à de la violence, par le passé ou présentement... Au départ, cela peut être une décision rationnelle pour elle... et, en soutenant la femme et l'enfant sans la juger, on obtient de meilleurs résultats pour les deux.

SOUTENIR

Apportez un soutien immédiat et continu à vos collègues lorsqu'ils expérimentent de nouvelles approches :

- Aidez-les à faire un bilan :
« Comment cela a-t-il fonctionné par rapport à ce que tu faisais avant? »
- Indiquez ce que vous avez constaté chez la cliente, sa réaction à la nouvelle approche, et aussi ce que vous avez constaté chez votre collègue :
« Elle souriait beaucoup quand elle te parlait, c'est nouveau... elle avait l'air beaucoup plus détendue, et je l'ai entendue te poser des questions sur son bébé... tu avais l'air plus détendue quand tu étais avec elle. »
- Lors des réunions du personnel, parlez des changements positifs que vous observez; demandez comment nous pouvons faire cela en tant qu'équipe entière.
- Reconnaissez et célébrez les succès. Qu'est-ce qui a bien marché? Comment pouvons-nous faire cela plus souvent?

Adaptation de :

- Marcellus, L., et Poag, E. (2016). « Adding to our practice toolkit: Using the ACTS script to address stigmatizing peer behaviors in the context of maternal substance use ». *Neonatal Network*, 35(5).



10 choses que les femmes enceintes et les mères consommatrices de substances aimeraient que les praticiens sachent

HerWay Home, un organisme de Victoria (Colombie-Britannique), offre aux femmes enceintes et aux parents qui ont consommé des substances et ont d'autres problèmes de santé ou d'ordre social, un soutien exempt de jugement. Le comité consultatif des femmes de HerWay Home a examiné une des sections de cette trousse à outils à l'état d'ébauche en septembre 2019, et a suggéré de la retravailler! Après cette rétroaction, nous avons consulté l'organisme en octobre 2019 et avons demandé de manière plus informelle l'avis de femmes sur « ce que vous aimeriez que les travailleurs sociaux sachent pour les aider à comprendre comment améliorer leur pratique ». Voici les 10 idées que les femmes ont proposées :

- 1 Les mères veulent réussir.
Ne supposez pas que nous n'essayons pas, ou que nous avons choisi les difficultés que nous vivons.
- 2 Le langage est important. Dites plutôt « J'ai vu que cela aidait les autres, peut-être que cela marchera pour vous », plutôt que « Vous devriez... ».
- 3 Montrez de l'empathie, pas de la pitié.
- 4 Montrez plus de compassion, moins de condescendance.
- 5 Appuyez-nous, épauliez-nous.
- 6 Soyez à l'écoute, ayez la curiosité de savoir ce qui pourrait fonctionner pour chacune d'entre nous.
- 7 Renseignez-vous. En matière de consommation de substances, de nombreux facteurs entrent en jeu.
- 8 Le fait de continuer à consommer ne fait pas de nous de mauvaises mères.
- 9 Chaque femme emprunte un cheminement différent vers la guérison.
Soyez à l'écoute, pour trouver où en est la femme dans son cheminement et ce qui fonctionnera pour elle.
- 10 Ne nous jugez pas. Souciez-vous de nous.



Nous remercions le comité consultatif des femmes de HerWay Home pour son concours à l'élaboration de cette fiche d'information.



Rôle du prestataire de traitement pour la guérison des femmes autochtones

Les pratiques « **RE-CLAIM** » ci-dessous ont été identifiées par des prestataires de traitement des dépendances et par des femmes qui ont vécu une expérience dans le cadre d'un projet de recherche communautaire en collaboration. Le projet a examiné le rôle de l'identité et de la stigmatisation dans le cheminement de guérison des femmes autochtones suivant un traitement pour consommation de drogues illicites dans des centres de traitement à travers le Canada. Les pratiques RE-CLAIM sont des compétences et des caractéristiques importantes que les prestataires de traitement offrent lorsqu'ils travaillent avec des femmes en traitement. Financée par les Instituts de recherche en santé du Canada, l'étude a été dirigée par Colleen Dell (Ph. D.) de l'Université de la Saskatchewan, ainsi que par des représentants de la Thunderbird Partnership Foundation et du Centre canadien sur les dépendances et l'usage de substances.

R

RECONNAISSANCE

Reconnaître l'impact des **traumatismes** sur la guérison des femmes (allant des effets intergénérationnels du colonialisme aux taux disproportionnés de violence interpersonnelle subie par les femmes autochtones).

E

EMPATHIE

Faire montre de **démpathie** à légard des difficultés que vivent les femmes en raison de leur consommation problématique de substances (p. ex., la perte de la garde de leurs enfants).

-

COMMUNICATION

Lignes de **communication** ouvertes, pour un dialogue bidirectionnel et non hiérarchique avec les femmes.

C

COMPASSION

Faire montre de **compassion** envers les femmes et de passion à légard de son propre rôle de prestataire de traitement.

L

LIEN À LA SPIRITUALITÉ

Soutenir le **lien avec la spiritualité** dans la guérison des femmes, à l'aide de la culture autochtone, ainsi que toute autre tradition et tout autre enseignement auxquels les femmes s'identifient.

A

ACCEPTATION/ATTITUDE EXEMPTÉ DE JUGEMENT

Faire montre de **acceptation et ne pas porter de jugement** sur les comportements passés des femmes en raison de leur consommation problématique de substances (p. ex., leur participation au commerce du sexe pour survivre).

I

INSPIRATION

Inspirer en servant de modèle (p. ex., lorsque cela est approprié, en parlant de votre propre cheminement de guérison pour montrer qu'il est possible de poursuivre ses études à l'âge adulte et de décrocher un emploi intéressant).

M

MOMENTUM

Promouvoir le **momentum** dans le cheminement de guérison des femmes; ce qui consiste à les aider à se **tourner vers** l'avenir après avoir **reconnu le passé** (promouvoir la responsabilité). P. ex., aider les femmes à développer des relations plus saines et des compétences parentales. En favorisant les liens des femmes avec leur communauté, on contribue à briser les cycles générationnels.

Adaptation de :

- Dell, C. (2005). *The Role of the Treatment Provider in Aboriginal Women's Healing from Illicit Drug use*. Extrait de : <http://www.addictionresearchchair.ca/creating-knowledge/national/aboriginal-women-drug-users-in-conflict-with-the-law/view-our-findings-through-posters/>

Améliorer les
programmes
et les services

①

②

③

④

Comprendre les obstacles auxquels les programmes et les services font face

La stigmatisation est liée à de nombreux obstacles auxquels les services de traitement de consommation de substances et de protection de l'enfance font face.

La crainte très réelle des femmes de se faire enlever leur enfant peut les empêcher d'accéder à des services durant leur grossesse et leur maternage. La peur de se faire juger et d'être victime de discrimination peut avoir une incidence sur la volonté des femmes de recourir à un traitement de la consommation de substances, à des services de counseling ou d'un autre type qui peuvent améliorer leurs résultats auprès des services de protection de l'enfance^{1,2}.

Les services de traitement de consommation de substances et de protection de l'enfance ont souvent des attentes considérables par rapport aux femmes^{3,4}. Ces exigences émanant de multiples systèmes et services peuvent empêcher les femmes de se concentrer pleinement sur le traitement de leur consommation de substances et réduire leur confiance à l'égard de leur maternage. Malgré l'attente que les femmes qui recourent à des services de protection de l'enfance et qui consomment des substances suivent un traitement, la plupart des programmes de traitement de la consommation de substances n'offrent pas de programmes familiaux ou de services de garde d'enfants^{3,5}. Par conséquent, de nombreuses femmes n'arrivent pas à trouver des services qui les acceptent comme clientes. Il est primordial d'éliminer les obstacles majeurs à la participation aux services de protection de l'enfance et aux traitements de la consommation de substances pour aider les femmes, les enfants et leurs familles.

➔ **Voir l'outil** : Réfléchir aux obstacles et à ce que nous pouvons faire pour les réduire, p. 22.

En plus de craintes liées aux services de traitement de la consommation de substances et de protection de l'enfance, les femmes qui consomment des substances pendant leur grossesse vivent souvent un ensemble complexe de facteurs sociaux et relatifs à la santé connexes (p. ex., hébergement, violence, etc.).

➔ **Voir l'outil** : Femmes qui ont consommé des opioïdes durant la grossesse – trois scénarios pour discussion, p. 24

« J'ai été traitée comme de la merde à l'hôpital... au point où je n'y allais plus. C'était trop! »

(Howard, 2011, p. 431)

[Les services de protection de l'enfance] « m'ont fait sentir comme si j'étais seulement une toxicomane et que je ne pouvais pas être une mère pour mon enfant... chaque fois qu'ils venaient, cette stigmatisation semblait se transformer en quelque chose qui planait toujours au-dessus de nos conversations. »

(Kenny et Barrington, 2018, p. 214)

Possibilités d'améliorer les programmes et les services

Une gamme de mesures pour les mères qui ont des problèmes de consommation de substances reconnaît qu'il n'y a pas d'approche qui fonctionnera pour tout le monde et qu'il se peut que chaque femme doive accéder à différents services ou être prête à le faire à différents moments.

- ➔ **Voir l'outil** : Intégrer des approches éprouvées fondées sur certaines valeurs dans notre travail avec les femmes enceintes et les mères consommatrices de substances, p. 26
- Voir l'outil** : Exemples d'approches prometteuses relativement à la prestation de services pour aider les femmes enceintes et les mères consommatrices de substances, p. 30

Le traitement axé sur la famille s'annonce comme étant une approche prometteuse dans le secteur du traitement de la consommation des substances. Le traitement axé sur la famille offre des services à chaque membre de la famille et peut comprendre un traitement en résidence permettant aux mères et aux enfants d'être ensemble^{6,7}. Ces programmes éliminent les obstacles relatifs aux services de garde d'enfants et la crainte de se faire enlever son enfant, et reconnaissent l'importance du maternage dans le processus de guérison et de rétablissement.

Les pratiques et les politiques en matière de protection de l'enfance évoluent également pour convenir davantage aux familles touchées par la consommation de substances des parents. Une tendance importante est en train de se dessiner : l'idée que ce n'est pas la consommation de substances des parents qui peut poser problème en soi, mais plutôt son effet sur leur capacité à assumer leur rôle qui doit être pris en considération. On constate aussi une prise de conscience de plus en plus marquée de la façon dont des problèmes comme l'isolement social, la pauvreté, la précarité du logement et la violence sexiste pourraient contribuer à la fois à la nécessité d'une intervention des services de protection de l'enfance et à la consommation de substances des parents elle-même. Les soins familiaux partagés constituent un exemple d'approche prometteuse dans le secteur du traitement de la protection de l'enfance. Dans le cadre de soins familiaux partagés, les parents et les enfants sont placés ensemble dans la maison d'une famille d'accueil. La famille d'accueil est formée pour encadrer et soutenir les parents, alors qu'ils acquièrent les compétences et les appuis nécessaires pour prendre soin de leurs enfants seuls. Les mentors et les familles collaborent avec des prestataires de services pertinents pour aider les parents à acquérir les compétences et les appuis nécessaires pour éviter le placement des enfants à l'extérieur du domicile familial et/ou pour offrir un milieu sécuritaire pour la réunification avec leurs enfants⁸.

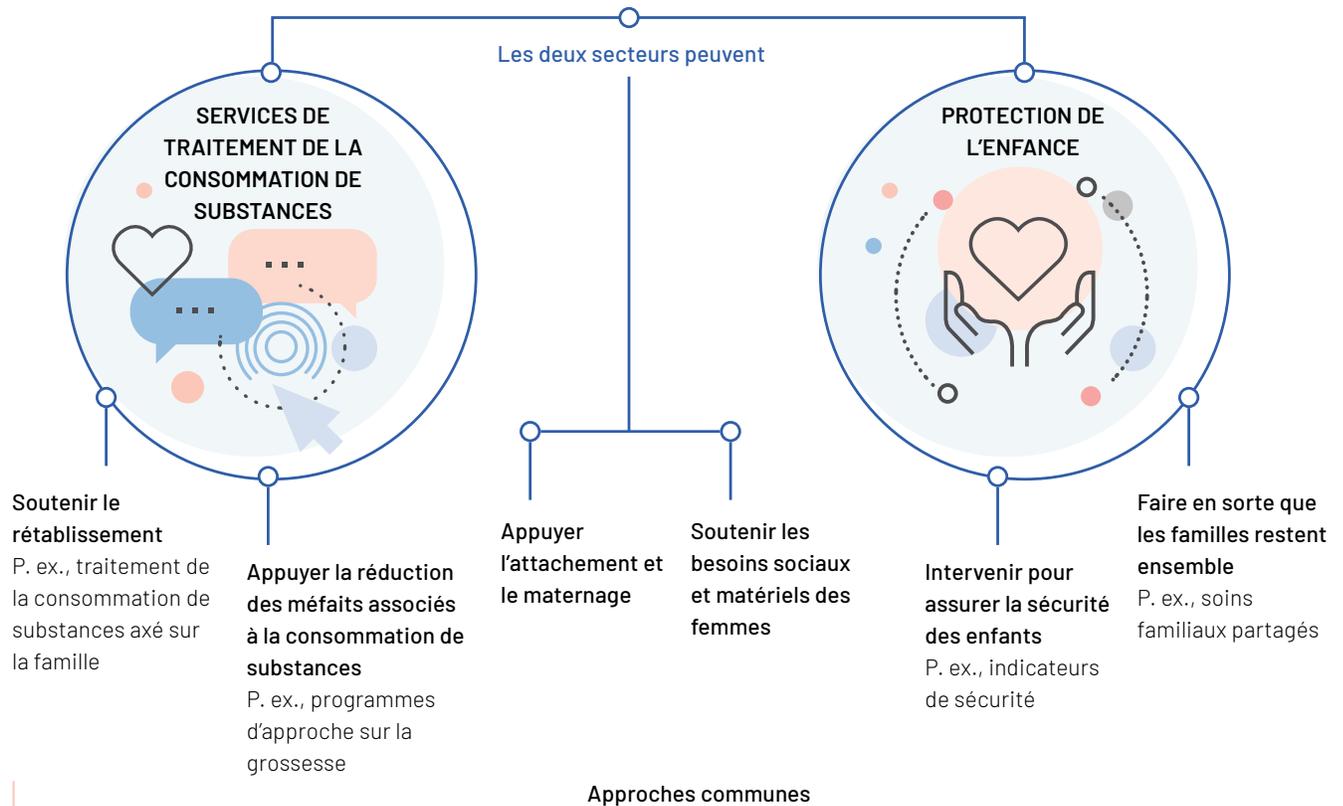
On constate une reconnaissance accrue d'approches prometteuses pour améliorer les services et les programmes à l'intention des mères et de leurs enfants dans ces deux secteurs. Des principes comme considérer la mère et l'enfant comme constituant une unité et offrir des services holistiques globaux tenant compte des traumatismes et de la violence subis peuvent ancrer la prestation de services dans les secteurs du traitement de la consommation de substances et de la protection de l'enfance⁹.

- ➔ **Voir l'outil** : Intégrer des principes tenant compte des traumatismes dans notre travail avec les femmes enceintes et les mères consommatrices de substances, p. 28

Il existe également des approches novatrices relatives à la prestation de services qui s'appliquent aux deux secteurs, comme des services holistiques « globaux » et l'encadrement par les pairs⁹. La relation entre la consommation de substances, la protection de l'enfance et les peuples autochtones est extrêmement complexe. Au cours des dernières années, il s'est produit un changement dans les approches autochtones par rapport au bien-être et à la guérison qui reconnaît l'influence des traumatismes anciens et intergénérationnels, des politiques et des pratiques coloniales ainsi que du racisme systémique et institutionnel par rapport à l'intervention des services de protection de l'enfance et à la consommation de substances des parents¹⁰.

- ➔ **Voir la fiche d'information** : Approches autochtones par rapport à la protection de l'enfance et au traitement de la consommation de substances, p. 32

COLLABORATION



- Accent sur l'unité mère-enfant/la famille
- Participation des mères
- Accent sur la réduction des méfaits
- Collaboration
- Prise en compte des traumatismes et de la violence subis
- Approches holistiques
- Adaptations culturelles
- Approche optimiste et de reconnaissance
- Préoccupations relatives à l'accès, à la participation et à la rétention

Référence :

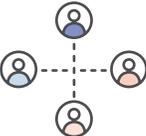
- Kenny, K. S., et Barrington, C. (2018). 'People just don't look at you the same way': Public stigma, private suffering and unmet social support needs among mothers who use drugs in the aftermath of child removal. *Children And Youth Services Review*, 86, 209-216.
- Racine, N., Motz, M., Leslie, M., et Pepler, D. (2009). Breaking the Cycle Pregnancy Outreach Program. *Journal of the Association for Research on Mothering*, 11(1), 279-290.
- Carlson, B. E. (2006). Best practices in the treatment of substance-abusing women in the Child Welfare System. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 6(3), 97-115.
- Sun, A.-P. (2000). Helping substance-abusing mothers in the child-welfare system: Turning crisis into opportunity. *Families in Society*, 81(2), 142-151.
- Kruk, E., et Banga, P. S. (2011). Engagement of substance-using pregnant women in addiction recovery. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 30(1), 79-91.
- Lietz, C. A. (2011). Theoretical adherence to family centered practice: Are strengths-based principles illustrated in families' descriptions of child welfare services? *Children and Youth Services Review*, 33(6), 888-893.
- Clark, H. W. (2001). Residential substance abuse treatment for pregnant and postpartum women and their children: Treatment and policy implications. *Child Welfare: Journal of Policy, Practice, and Program*, 80(2), 179-198.
- Price, A., et Wichterman, L. (2003). Shared Family Care: Fostering the whole family to promote safety and stability. *Journal of Family Social Work*, 7(2), 35-54.
- Grant, T. M., Ernst, C. C., Streissguth, A., et Stark, K. (2005). Preventing alcohol and drug exposed births in Washington state: Intervention findings from three Parent-Child Assistance Program sites. *The American Journal Of Drug And Alcohol Abuse*, 31(3), 471-490.
- Wolfson, L., Poole, N., Morton Ninomiya, M., Rutman, D., Letendre, S., Winterhoff, T., et coll. (2019). Collaborative action on Fetal Alcohol Spectrum Disorder prevention: Principles for enacting the Truth and Reconciliation Commission Call to Action #33. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(9).
- Howard, H. (2015). Reducing stigma: Lessons from opioid-dependent women. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 15(4), 418-438.

Réfléchir aux obstacles et à ce que nous pouvons faire pour les réduire

Il y a d'importants obstacles empêchant les femmes d'accéder à des services de traitement de la consommation de substances ou de recourir à des services de protection de l'enfance durant leur grossesse et leur maternage.

L'outil suivant répertorie plusieurs obstacles importants, présente des idées par rapport à la façon dont les programmes peuvent les surmonter et dont les services peuvent aider. La troisième colonne donne la possibilité de réfléchir à la manière dont ces obstacles peuvent être surmontés où nous travaillons.

Obstacles importants	Comment les programmes peuvent-ils surmonter ces obstacles? (Exemples)	Quelles approches et quels services sont offerts pour surmonter ces obstacles?
 <p>Stigmatisation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Empêche les femmes d'accéder à des soins prénataux ou à un traitement de la consommation de substances • Accroît la surveillance et la discrimination des prestataires de services 	<p>Utiliser des approches exemptes de jugement axées sur la réduction des méfaits et tenant compte des traumatismes</p>	
 <p>Crainte de se faire enlever son enfant</p> <ul style="list-style-type: none"> • Empêche les femmes de chercher un traitement de la consommation de substances • Exacerbe les antécédents de traumatisme • Peut faire augmenter la consommation de substances en raison de mécanismes d'adaptation limités 	<p>Participer à la détection précoce et à la planification durant la grossesse pour mieux soutenir les femmes pour qu'elles réussissent à prendre soin de leurs bébés ou qu'elles participent à la planification de leurs soins</p>	
 <p>Absence de programmes axés sur les femmes et la famille</p> <ul style="list-style-type: none"> • Empêche les femmes de poursuivre leur traitement en raison de la crainte de se faire enlever leur enfant ou de l'absence de services de garde d'enfants • Est moins apte à répondre aux questions ou aux préoccupations sexospécifiques 	<p>Intégrer le maternage ou des possibilités de services de garde dans des programmes de traitement de la consommation de substances existants</p>	
 <p>Défiance</p> <ul style="list-style-type: none"> • Limite la capacité d'établir une relation entre la cliente et le prestataire de services • Empêche les femmes de discuter de questions liées à leur consommation de substances et à l'intervention des services de protection de l'enfance 	<p>Élaborer des lignes directrices relatives à la transparence et à la confidentialité qui sont claires pour les femmes qui participent au programme</p>	

Obstacles importants	Comment les programmes peuvent-ils surmonter ces obstacles? (Exemples)	Quelles approches et quels services sont offerts pour surmonter ces obstacles?
 <p>Échéanciers de réunification</p> <ul style="list-style-type: none"> • Accroît la pression d'établir/de rétablir des relations dans un intervalle de temps donné • Force la mère à être prête à assumer son rôle 	<p>Examiner et actualiser les politiques de réunification qui dictent la durée pendant laquelle les enfants peuvent être pris en charge</p>	
 <p>Attentes élevées par rapport aux femmes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Augmente le stress des femmes, qui doivent être de « bonnes » mères • Incite les femmes à réaliser un nombre irréaliste de tâches, y compris prouver qu'elles ont terminé leur traitement, et ont un emploi et un logement sûr • Démontre un manque de coordination lorsque les tâches sont dictées par des sources multiples 	<p>Travailler avec les femmes pour déterminer et prioriser des attentes qui correspondent à leurs objectifs</p>	
 <p>Échéanciers de réunification</p> <ul style="list-style-type: none"> • Limite la communication, la formation réciproque et la sensibilisation dans les secteurs du traitement de la consommation de substances et de la protection de l'enfance • Oblige les femmes à agir comme des intermédiaires et à devoir répondre à tous les besoins des prestataires de services 	<p>Offrir une formation réciproque aux intervenants en protection de l'enfance et en traitement de la consommation de substances pour permettre une compréhension mutuelle des systèmes, des objectifs, des approches et des intérêts communs des uns et des autres</p>	

Références :

- Carlson, B. E., Smith, C., Matto, H., et Eversman, M. (2008). Reunification with children in the context of maternal recovery from drug abuse. *Families in Society*, 89(2), 253-263.
- Howell, E. M., et Chasnoff, I. J. (1999). Perinatal substance abuse treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 17(1-2), 139-148.
- Hines, L. (2013). The treatment views and recommendations of substance abusing women: A meta-synthesis. *Qualitative Social Work*, 12(4), 473-489.
- Kenny, K. S., et Barrington, C. (2018). "People just don't look at you the same way": Public stigma, private suffering and unmet social support needs among mothers who use drugs in the aftermath of child removal. *Children and Youth Services Review*, 86, 209.
- Kovalesky, A. (2001). Factors affecting mother-child visiting identified by women with histories of substance abuse and child custody loss. *Child Welfare*, 80(6), 749.
- Kruk, E., et Banga, P. S. (2011). Engagement of substance-using pregnant women in addiction recovery. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 30(1), 79-91.
- Smith, B. D., et Testa, M. F. (2002). The risk of subsequent maltreatment allegations in families with substance-exposed infants. *Child Abuse & Neglect*, 26(1), 97-114.
- Sun, A.-P. (2000). Helping substance-abusing mothers in the child-welfare system: Turning crisis into opportunity. *Families in Society*, 81(2), 142-151.
- Taplin, S., et Mattick, R. P. (2015). The nature and extent of child protection involvement among heroin-using mothers in treatment: High rates of reports, removals at birth and children in care. *Drug and Alcohol Review*, 34(1), 31-37.

Femmes qui ont consommé des opioïdes durant la grossesse

Trois scénarios à discuter

Les scénarios suivants décrivent trois femmes qui ont consommé des opioïdes durant leur grossesse. Lisez chaque scénario et examinez les questions de réflexion.



SCÉNARIO 1 : Kimberly

Kimberly est au début de la vingtaine. Elle a commencé à travailler comme caissière à une épicerie locale après avoir abandonné l'école secondaire. L'année dernière, Kimberly s'est fait frapper par une voiture et s'est blessée au dos, nécessitant une intervention chirurgicale. Elle ressentait toujours une vive douleur après l'opération; son médecin lui a donc prescrit un analgésique opioïde. Trois mois plus tard, elle avait encore beaucoup de douleur; son médecin lui a alors prescrit une dose plus élevée du médicament. Pour contrôler la douleur, Kimberly a commencé à prendre plus de comprimés et à en manquer avant son renouvellement suivant. Lorsqu'elle en manquait, elle se sentait anxieuse, transpirait et avait des nausées ainsi que de la difficulté à dormir. Son médecin ayant refusé d'augmenter davantage sa dose, Kimberly prenait donc parfois l'autobus pour se rendre dans d'autres secteurs de la ville pour se procurer des comprimés auprès de vendeurs de drogue dans la rue. Sa famille et ses amis ont remarqué que son comportement avait changé et qu'elle empruntait de l'argent qu'elle ne remboursait pas. Lorsque la famille de Kimberly a découvert qu'elle était enceinte, elle l'a exhortée à obtenir de l'aide. Kimberly a pris les préoccupations de sa famille à cœur, et son médecin a recommandé qu'elle commence à prendre de la méthadone, un traitement médical pour la dépendance aux opioïdes, tous les jours. Elle s'est inscrite à un programme de traitement à la méthadone près de chez elle, et avec l'aide de ce programme et en travaillant avec un conseiller, elle a eu une grossesse saine. Son traitement s'est poursuivi avec succès, et elle n'a pas consommé d'analgésiques sur ordonnance depuis plus de deux ans.

Questions de réflexion :

- Croyez-vous que Kimberly était à blâmer pour sa dépendance aux opioïdes?
- Si Kimberly entrait dans votre bureau alors qu'elle était enceinte, comment pourriez-vous l'aider?
- En plus des services relatifs à sa dépendance aux opioïdes, de quels autres types de soutien pourrait-elle avoir besoin?



SCÉNARIO 2 : Michelle

Michelle est à la mi-trentaine. Elle a commencé à travailler comme directrice régionale d'une chaîne d'épiceries locale après avoir obtenu une maîtrise en administration des affaires. L'année dernière, Michelle s'est fait frapper par une voiture et s'est blessée au dos, nécessitant une intervention chirurgicale. Elle ressentait toujours une vive douleur après l'opération; son médecin lui a donc prescrit un analgésique opioïde. Trois mois plus tard, elle avait encore beaucoup de douleur; son médecin lui a alors prescrit une dose plus élevée du médicament. Pour contrôler la douleur, Michelle a commencé à prendre plus de comprimés et à en manquer avant son renouvellement suivant. Lorsqu'elle en manquait, elle se sentait anxieuse, transpirait et avait des nausées ainsi que de la difficulté à dormir. Son médecin ayant refusé d'augmenter davantage sa dose; Michelle conduisait donc parfois jusqu'à d'autres secteurs de la ville pour se procurer des comprimés auprès de différents médecins. Sa famille et ses amis ont remarqué que son comportement avait changé et qu'elle empruntait de l'argent qu'elle ne remboursait pas. Lorsque la famille de Michelle a découvert qu'elle était enceinte, elle l'a exhortée à obtenir de l'aide. Michelle a pris les préoccupations de sa famille à cœur, et son médecin a recommandé qu'elle commence à prendre de la méthadone, un traitement médical pour la dépendance aux opioïdes, tous les jours. Elle s'est inscrite à un programme de traitement à la méthadone près de chez elle, et avec l'aide de ce programme et en travaillant avec un conseiller, elle a eu une grossesse saine. Son traitement s'est poursuivi avec succès, et elle n'a pas consommé d'analgésiques sur ordonnance depuis plus de deux ans.

Questions de réflexion :

- Croyez-vous que Michelle était à blâmer pour sa dépendance aux opioïdes?
- Si Michelle entrait dans votre bureau alors qu'elle était enceinte, comment pourriez-vous l'aider?
- En plus des services relatifs à sa dépendance aux opioïdes, de quels autres types de soutien pourrait-elle avoir besoin?



SCÉNARIO 3 :

Sarah

Sarah est au début de la vingtaine. Elle a commencé à travailler comme caissière à une épicerie locale après avoir abandonné l'école secondaire. Sarah a subi de la violence sexuelle durant son enfance et, l'année dernière, elle a été agressée sexuellement alors qu'elle rentrait du travail. Après cet incident, elle a souffert de dépression et a eu des pensées récurrentes par rapport à l'agression. Lors d'une fête, un ami lui a offert de fumer de l'héroïne pour l'aider à « décrocher ». Trois mois plus tard, elle ressentait toujours une grande douleur émotionnelle et a commencé à consommer de l'héroïne de son propre chef. Sarah s'est sentie accablée par les émotions négatives et a commencé à consommer souvent. Lorsqu'elle en manquait, elle se sentait anxieuse, transpirait et avait des nausées ainsi que de la difficulté à dormir. Sarah devait souvent prendre l'autobus pour se rendre dans d'autres secteurs de la ville pour se procurer de la drogue de vendeurs dans la rue. Sa famille et ses amis ont remarqué que son comportement avait changé et qu'elle empruntait de l'argent qu'elle ne remboursait pas. Lorsque la famille de Sarah a découvert qu'elle était enceinte, elle l'a exhortée à obtenir de l'aide. Sarah a pris les préoccupations de sa famille à cœur, et son médecin a recommandé qu'elle commence à prendre de la méthadone, un traitement médical pour la dépendance aux opioïdes, tous les jours. Elle s'est inscrite à un programme de traitement à la méthadone près de chez elle, et avec l'aide de ce programme et en travaillant avec un conseiller, elle a eu une grossesse saine. Son traitement pour sa consommation de substances et les traumatismes qu'elle a vécus s'est poursuivi avec succès, et elle n'a pas consommé d'héroïne depuis plus de deux ans.

Avez-vous répondu différemment aux questions sur Kimberly, Michelle ou Sarah?

Questions de réflexion :

- Croyez-vous que Sarah était à blâmer pour sa dépendance aux opioïdes?
- Si Sarah entrait dans votre bureau alors qu'elle était enceinte, comment pourriez-vous l'aider?
- En plus des services relatifs à sa dépendance aux opioïdes, de quels autres types de soutien pourrait-elle avoir besoin?

Adaptation de :

- Kennedy-Hendricks, A., McGinty, E. E., et Barry, C. L. (2016). Effects of competing narratives on public perceptions of opioid pain reliever addiction during pregnancy. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 41(5), 873-916.

Intégrer des approches éprouvées basées sur certaines valeurs dans notre travail avec les femmes enceintes et les mères consommatrices de substances

Cet outil décrit des approches courantes éprouvées et basées sur certaines valeurs qui ont été étudiées dans les secteurs du traitement de la consommation de substances et de la protection de l'enfance. Utilisez l'outil pour réfléchir à la façon dont votre organisme intègre actuellement ces approches et dont vous pourriez les intégrer davantage dans votre travail.

Valeur	Description	Comment l'organisme intègre-t-il ces approches?	De quelles façons pouvons-nous étoffer ces approches dans notre organisme?
Unité mère-enfant	Valorise l'unité familiale, non seulement par rapport à la garde des enfants, mais aussi par l'entremise de la protection de la maternité en cohabitation, du traitement intégré des dépendances et de la sensibilisation de la communauté.		
Participation des mères	Reconnaît les forces, les droits, l'autonomie et l'autodétermination des femmes et comprend des processus de planification avec elles dans le cadre desquels ces forces et droits sont amplifiés.		
Collaboration	<p>Vise à soutenir le bien-être, la résilience et le rétablissement de la mère et de l'enfant/des enfants grâce à un travail interdisciplinaire et intersectoriel.</p> <p>Comprend une collaboration entre les prestataires de services et les familles, ainsi que dans l'ensemble des systèmes.</p>		
Accent sur la réduction des méfaits	N'exige pas l'abstinence et offre un continuum de soins qui comprend un traitement axé sur l'abstinence et un soutien au bien-être holistique pour répondre à différents besoins en matière de rétablissement.		
Approche holistique globale	<p>Fournit un soutien par rapport au maternage et à l'éventail des besoins associés à tous les déterminants sociaux de la santé (c.-à-d., soutien économique ainsi qu'au logement et à l'éducation).</p> <p>Ne priorise pas seulement la modification de la consommation de substances.</p>		

Valeur	Description	Comment l'organisme intègre-t-il ces approches?	De quelles façons pouvons-nous étoffer ces approches dans notre organisme?
<p>Prise en compte des traumatismes et de la violence subis</p>	<p>Reconnaît que les approches relatives à une prestation de services qui tient compte des expériences de traumatisme et de violence et qui évite de nouveaux traumatismes sont importantes.</p> <p>Offre des programmes qui appuient un attachement précoce et vise à prévenir les expériences négatives durant l'enfance.</p>		
<p>Accès, engagement et rétention</p>	<p>Facilite l'accès au traitement par l'entremise de services d'approche et de mentorat, de programmes de traitement de jour et de processus d'admission accueillants.</p> <p>Cela appuie l'engagement et l'utilisation continue des services. Des transitions entre différents niveaux de soutien sont encouragées. Les familles élargies sont honorées comme étant des sources de soutien.</p>		
<p>Préoccupations relatives au bien-être et à la sécurité culturelle des Autochtones</p>	<p>Remédie à la surreprésentation des femmes et des enfants autochtones dans les systèmes de traitement de la consommation de substances et de la protection de l'enfance, à l'aide de pratiques de réconciliation axées sur le bien-être, propres et adaptées à la culture.</p>		
<p>Approche optimiste et de reconnaissance</p>	<p>Soulève des questions comme « Qu'est-ce qui fonctionne bien? » lors de la planification des services pour éviter que l'accent soit uniquement mis sur les problèmes et les déficits.</p>		

Intégrer des principes tenant compte des traumatismes dans notre travail avec les femmes enceintes et les mères consommatrices de substances

Les praticiens en traitement de la consommation de substances et en protection de l'enfance travaillent souvent en partenariat avec des prestataires de services de protection de la maternité. Cette fiche pratique illustre comment les principes des approches tenant compte des traumatismes peuvent être mis en œuvre, en utilisant le milieu des services de protection de la maternité comme exemple de la façon de soutenir les femmes qui consomment des opioïdes.

Les femmes enceintes qui ont vécu des traumatismes sont plus susceptibles d'être de nouveau traumatisées durant le travail et l'accouchement¹⁻³. Cela peut avoir une incidence sur leur santé et sur leur attachement à leur bébé¹⁻⁴. Dans les secteurs de la protection de l'enfance, de la santé mentale et du traitement de la consommation de substances, il existe des approches éprouvées qui évitent un nouveau traumatisme. Lorsque ces approches sont appliquées aux soins de santé périnataux et prénataux, elles peuvent contribuer à ce que les mères et leurs bébés vivent des expériences de soins de santé positives⁴.

En Colombie-Britannique, des directives relatives à la mise en œuvre de pratiques tenant compte des traumatismes, selon les principes de la sécurité et de la fiabilité, du choix et de la collaboration, des relations et de l'acquisition de compétences, ont été rédigées dans les secteurs du traitement de la consommation de substances⁵ et de la protection de l'enfance⁶. Le tableau ci-dessous donne des idées de la façon dont ces principes clés de pratiques tenant compte des traumatismes peuvent être appliqués dans le milieu des services de protection de la maternité.

SÉCURITÉ ET FIABILITÉ

- Avant le travail et la naissance, discutez de ce que signifie la sécurité pour chaque femme, y compris des options que l'équipe des naissances peut offrir pour répondre à toute préoccupation en la matière.
- Au préalable, parlez aux femmes au sujet des signes indiquant qu'elles se sentent accablées (sont-elles agitées ou paralysées), de ce qui les aide à se recentrer (p. ex., exercices de méditation, marche, expression de soi, présence d'un aîné), et aidez-les à utiliser ces stratégies durant le travail et l'accouchement, au besoin.
- Expliquez toutes les procédures avant de les effectuer et demandez aux femmes leur consentement au fur et à mesure pour qu'elles voient que vous êtes digne de confiance et que le processus est aussi prévisible que possible.

CHOIX ET COLLABORATION

- Soyez à l'écoute des idées des femmes par rapport à la façon dont elles peuvent faire des choix et avoir du contrôle dans la mesure du possible lors de l'accouchement, de l'allaitement et de la cohabitation, et consignez ces idées.
- Si possible, offrez-leur des choix — par rapport aux plans de naissance ou au contrôle de la douleur, à l'allaitement naturel ou au biberon, au sexe du praticien et aux positions pendant le travail et l'accouchement — pour que les femmes aient la capacité d'agir et de l'autodétermination, et se sentent habilitées, tout en restant dans les paramètres de l'expérience de la protection de la maternité.
- Soyez à l'écoute de l'ambivalence par rapport à l'établissement du lien avec le nourrisson. Assurez les femmes que cela est courant après avoir vécu un traumatisme et déterminez avec elles la meilleure façon de les aider.

RELATIONS

- Les pratiques tenant compte des traumatismes sont des pratiques relationnelles qui visent à réparer les souvenirs d'expériences dangereuses accablantes. Facilitez l'établissement d'une relation en créant un milieu respectueux et sécuritaire pour les femmes.
- Planifiez un soutien qui sera agréable pour les femmes durant le travail et la naissance, y compris des membres de leur famille, des amis ou des doulas, le cas échéant.
- L'unité de la maternité peut être un endroit positif qui modélise des relations respectueuses entre les prestataires de services de protection de la maternité, avec d'autres professionnels et avec les mères. C'est ce qu'on appelle une intelligence émotionnelle dans l'ensemble de l'organisation.

ACQUISITION DE COMPÉTENCES

- Offrez des possibilités d'apprendre des compétences d'autoapaisement dans l'unité.
- Encouragez les femmes à communiquer avec des services communautaires qui offrent des groupes de marche, de la méditation, du yoga, des cercles de tambours et d'autres pratiques axées sur le bien-être post-partum.
- Incitez les femmes à consulter des services de lutte contre la violence et des groupes de soutien locaux pour qu'elles puissent y recourir, au besoin.
- Confirmez les forces et la résilience des femmes, les techniques de survie qu'elles possèdent et les compétences qu'elles pourraient développer.
- Rappelez aux femmes qu'elles n'ont pas à être des mères parfaites; le maternage est un processus d'apprentissage au fil du temps. Poussez-les à communiquer avec des services ou des groupes liés au maternage qui leur semblent accueillants.

Question de réflexion

Est-ce que des principes de la pratique tenant compte des traumatismes sont intégrés dans votre travail?

Réfléchissez à la mesure dans laquelle votre programme ou votre service applique déjà des principes et des pratiques tenant compte des traumatismes et notez-les dans la deuxième colonne. La troisième colonne est réservée aux idées sur lesquelles d'autres mesures pourraient être axées.

Principes	Ce que nous faisons déjà	Engagements à l'avenir
Offrir de la sécurité (physique, émotionnelle et sociale)		
Offrir des possibilités de choix et de collaboration		
Offrir des possibilités d'établir des relations		
Offrir des possibilités d'acquisition de compétences, d'autorégulation et de prise de conscience de l'ici-maintenant		

Références :

- Halvorsen, L., Nerum, H., Øian, P., et Sørli, T. (2013). Giving Birth with Rape in One's Past: A Qualitative Study. *Birth*, 40(3), 182-191.
- Klaus, P. (2010). The impact of childhood sexual abuse on childbearing and breastfeeding: the role of maternity caregivers. *Breastfeeding medicine: the official journal of the Academy of Breastfeeding Medicine*, 5(4), 141-145.
- Mezey, G., Bacchus, L., Bewley, S., et White, S. (2005). Domestic violence, lifetime trauma and psychological health of childbearing women. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 112(2), 197-204.
- O'Brien-Abel, N. (2005). When survivors give birth: Understanding and healing the effects of early sexual abuse on childbearing women. *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 19(1), 82-83.
- Poole, N., Urquhart, C., Jasiura, F., Smylie, D., Schmidt, R.A., Trauma Informed Practice Project Group, et Trauma Informed Practice Advisory Committee. (2013). *Trauma Informed Practice Guide*. Victoria (C.-B.): Centre of Excellence for Women's Health et BC Ministry of Health.
- Poole, N., Talbot, C., et Nathoo. (2016). *Healing Families, Helping Systems: A Trauma-informed Practice Guide for Working with Children, Youth and Families*. Victoria (C.-B.): Ministry of Children and Family Development.



Exemples d'approches prometteuses en matière de prestation de services pour soutenir les femmes enceintes et les mères consommatrices de substances

Cette fiche d'information donne un aperçu de trois exemples de modèles de prestation de services prometteurs pour soutenir les femmes enceintes et les mères consommatrices de substances. Ces modèles de prestation comportent des éléments d'approches éprouvées basées sur certaines valeurs, y compris l'unité mère-enfant et la collaboration.

➔ **Voir l'outil** : Intégrer des approches prometteuses dans le travail des organismes, p. 28

Des exemples de programme sont fournis pour démontrer comment ces approches peuvent être mises en pratique.

Les programmes multiservices holistiques

Des modèles multiservices holistiques communautaires qui sont axés sur la réduction des méfaits pour les femmes enceintes ainsi que les nouvelles mères et leurs enfants facilitent l'accès à des soins prénataux et de santé, à un soutien social, à une défense de leurs intérêts et à des services de garde¹. En regroupant ces services, ce modèle permet de réduire les obstacles et d'accroître l'accès aux services pour les femmes. Au Canada, des services holistiques à seuil minimal ont été créés pour répondre aux besoins uniques des femmes enceintes ou des mères consommatrices de substances².

EXEMPLE :

Sheway, à Vancouver, en Colombie-Britannique, offre un large éventail de services médicaux, sociaux et de santé sur place, ainsi que du soutien, aux femmes enceintes ou aux mères de jeunes enfants qui ont ou qui ont eu des problèmes de consommation de substances. Des services sont offerts par les membres du personnel du programme et dans le cadre de partenariats. Un service d'hébergement, géré par le YMCA, par l'entremise du programme Crabtree, est offert aux clientes dans le bâtiment². Sheway dispose également d'une clinique de santé. Des services de protection de l'enfance sont offerts sur une base volontaire sur place, grâce à une entente de partenariat avec le ministère provincial. La durée de la participation des femmes à Sheway est variable et n'est pas déterminée par l'âge de l'enfant².

Pour en savoir plus ➔

Harm Reduction and Pregnancy Community-based Approaches to Prenatal Substance Use in Western Canada [bccewh.bc.ca/2015/02/harm-reduction-and-pregnancy-community-based-approaches-to-prenatal-substance-use-in-western-canada/](http://www.bccewh.bc.ca/2015/02/harm-reduction-and-pregnancy-community-based-approaches-to-prenatal-substance-use-in-western-canada/) (en anglais)

Projet d'évaluation de la co-création de preuves de huit services canadiens <http://www.fasd-evaluation.ca/fr/> (en anglais)

Modèles de mentorat et de soutien par les pairs

Des modèles de mentorat et de soutien par les pairs sont offerts par des paraprofessionnels ou des pairs qui établissent des liens avec les femmes, grâce à une compréhension commune de leur cheminement vers le rétablissement³ et des renseignements sur le soutien offert dans la communauté. L'aspect central des programmes de mentorat est de mettre en relation les femmes et les ressources communautaires et d'établir conjointement des objectifs individualisés^{4,5}.

EXEMPLE :

Le **Parent-Child Assistance Program (PCAP)** est un programme volontaire pour les femmes enceintes ou qui ont eu un enfant récemment et qui sont consommatrices de substances. Les mentors aident les femmes pendant trois ans en établissant des liens avec leurs systèmes de soutien personnels ainsi qu'avec des services communautaires et en tirant profit de ceux-ci⁶. Certaines des compétences que les femmes acquièrent comprennent la budgétisation, le maternage, la planification des naissances, ainsi que des compétences sociales et le respect du plan de rétablissement. Le modèle du PCAP a été reproduit et évalué partout en Amérique du Nord et s'est avéré être efficace de nombreuses façons, y compris pour prévenir les grossesses durant lesquelles des substances sont consommées et réduire le nombre d'enfants placés. Le programme a été adapté avec succès pour et avec des communautés autochtones dans des régions urbaines et rurales, tant sur des réserves qu'à l'extérieur de celles-ci.

Pour en savoir plus ➔

Alberta Parent-Child Assistance Program Council
www.alberta-pcap.ca (en anglais)

Parent-Child Assistance Program
www.depts.washington.edu/pcapu (en anglais)

EXEMPLE :

Le **programme Nouveau regard** à Winnipeg, au Manitoba, est un programme d'approche qui est axé sur l'établissement de relations directes à long terme, d'une durée maximale de trois ans, avec des femmes et leurs familles. Il appuie la santé et le bien-être grâce à des pratiques de réduction des méfaits et tenant compte des traumatismes. Cela peut comprendre une méthode de planification des naissances, de contacts au sein des services communautaires et de traitement de la consommation de substances, de l'aide pour les déplacements et une prise en compte des préoccupations relatives à la violence familiale. On ne demande pas aux femmes de quitter le programme si elles font une rechute ou subissent des revers. Les mentors soutiennent la mère et son enfant, peu importe les dispositions prises concernant la garde de ce dernier.

Pour en savoir plus ➔

Programme Nouveau regard
<https://www.gov.mb.ca/healthychild/fasd/insight.fr.html> (en anglais)

Coordination des soins

Une coordination des soins peut être offerte dans différents milieux et avec une intensité pouvant varier⁸⁻¹⁰. Elle permet de déterminer les besoins uniques des mères et des nourrissons et si les services offerts répondent à ces besoins. La coordination des soins peut établir des liens entre les soins communautaires et les soins intensifs pour qu'il soit plus facile d'aider les mères et les nouveau-nés dans leur transition de l'hôpital à la communauté¹¹⁻¹³. Les approches actuelles par rapport à la coordination des soins s'éloignent intentionnellement de la notion traditionnelle de « gestion des cas » et font participer les mères et les prestataires de services communautaires, ainsi que des intervenants en consommation de substances et en protection de l'enfance, à une discussion portant sur les options d'accès aux services qui correspondent aux besoins individualisés des femmes et de leurs familles, tout en mettant les femmes au centre de la planification.

EXEMPLE :

Le **Vulnerable Infants Program of Rhode Island (VIP-RI)** est un programme de coordination des soins qui travaille de près avec les parents et les organismes de services sociaux, comme la protection de l'enfance, les tribunaux et les prestataires de traitements de la consommation de substances¹¹. Il vise à optimiser les possibilités de réunification des parents et à accroître l'efficacité des systèmes de services sociaux utilisés pour des familles aux prises avec une consommation de substances durant la période périnatale. Un an après leur naissance, la majorité des nourrissons (>70 %) sont placés chez leurs parents biologiques ou des membres de leur famille¹³. Lorsqu'elles quittent le programme, 76 % des femmes ont signalé ne pas avoir consommé de substances récemment, et 98 % sont abstinentes depuis au moins six mois¹². Ce programme est en anglais.

Pour en savoir plus ➔

Au Canada, la coordination des soins fait l'objet de discussions par des fournisseurs communautaires et est réalisée avec la participation de ceux-ci, dans le cadre de séances de Family Centred Conferencing
www.torontocas.ca/index.php/media/family-centered-conferencing-fcc (en anglais)

Références :

- Racine, N., Motz, M., Leslie, M., et Pepler, D. (2009). Breaking the Cycle Pregnancy Outreach Program. *Journal of the Association for Research on Mothering*, 11(1), 279-290.
- Rutman, D., et Hubersty, C. (2019). National evaluation of Canadian multi-service FASD prevention programs: Interim findings from the Co-Creating Evidence Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17.
- Sears, J. S., Hall, M. T., Harris, L. M., Mount, S., Willauer, T., Posze, L., et Smead, E. (2017). "Like a marriage": Partnering with peer mentors in child welfare. *Children And Youth Services Review*, 74, 80-86.
- Rockhill, A., Furrer, C. J., et Duong, T. M. (2015). Peer Mentoring in Child Welfare: A Motivational Framework. *Child Welfare*, 94(5), 125-144.
- Twomey, J. E., Caldwell, D., Soave, R., Fontaine, L. A., et Lester, B. M. (2011). A care coordination program for substance-exposed newborns. *Child Welfare*, 90(5), 115-133.
- Grant, T. M., Ernst, C. C., Streissguth, A., et Stark, K. (2005). Preventing alcohol and drug exposed births in Washington state: Intervention findings from three Parent-Child Assistance Program sites. *The American Journal Of Drug And Alcohol Abuse*, 31(3), 471-490.
- Grant, T., Graham, J. C., Ernst, C. C., Peavy, K. M., et Brown, N. N. (2014). Improving pregnancy outcomes among high-risk mothers who abuse alcohol and drugs: Factors associated with subsequent exposed births. *Children And Youth Services Review*, 46, 11-18.
- Saldana, L. (2015). An integrated intervention to address the comorbid needs of families referred to Child Welfare for substance use disorders and child neglect: FAIR pilot outcomes. *Child Welfare*, 94(5), 167-186.
- Boukydis, C. F., et Lester, B. M. (2008). Mother-infant consultation during drug treatment: research and innovative clinical practice. *Harm Reduction Journal*, 5, 6.
- Morgenstern, J., Neighbors, C. J., Kuerbis, A., Riordan, A., Blanchard, K. A., McVeigh, K. H., et coll. (2009). Improving 24-month abstinence and employment outcomes for substance-dependent women receiving temporary assistance for needy families with intensive case management. *American Journal of Public Health*, 99(2), 328-333.
- McCann, K. J., Twomey, J. E., Caldwell, D., Soave, R., Fontaine, L. A., et Lester, B. M. (2010). Services used by perinatal substance-users with child welfare involvement: a descriptive study. *Harm Reduction Journal*, 7, 19-25.
- Twomey, J. E., Caldwell, D., Soave, R., Fontaine, L. A., et Lester, B. M. (2010). Vulnerable Infants Program of Rhode Island: promoting permanency for substance-exposed infants. *Child Welfare*, 89(3), 121-142.
- Twomey, J. E., Caldwell, D., Soave, R., Fontaine, L. A., et Lester, B. M. (2011). A care coordination program for substance-exposed newborns. *Child Welfare*, 90(5), 115-133.



Approches autochtones par rapport à la protection de l'enfance et au traitement de la consommation de substances

À la suite de la violence coloniale et structurelle, les enfants autochtones continuent d'être séparés de leurs parents, de leurs familles élargies et de leurs cultures de manière disproportionnée.

Les approches autochtones par rapport à la protection de l'enfance et au traitement de la consommation de substances intègrent les notions de *terre*, de *lignage* et de *langue* pour donner aux personnes et à leurs familles de l'espoir, un sens, un but et un sentiment d'appartenance, qui font tous partie intégrante du bien-être des Autochtones.

Le parcours de vie

Le parcours de vie reconnaît les rôles historiques importants de la grossesse, de l'accouchement et de l'éducation des enfants comme des éléments sacrés du cycle de la vie¹. L'adoption d'une approche fondée sur le parcours de vie favorise la parentalité positive. Il renforce également les rôles familiaux et communautaires dans l'éducation des enfants, en tenant compte des identités culturelles communautaires et individuelles. Cela peut empêcher qu'un traumatisme découle de la violence structurelle, de la colonisation et de bouleversements.

Les approches axées sur la communauté

Les peuples autochtones sont distincts et diversifiés avec des histoires, des langues, des pratiques culturelles et des croyances spirituelles uniques. La prestation des services devrait être basée sur les forces et les besoins des communautés et des nations, et être guidée par ceux-ci. Cela garantit que la prestation de services est axée sur les concepts locaux de santé, de bien-être et de guérison, et que le soutien et les services correspondent à la géographie, à l'infrastructure, à la langue, à la culture et à la capacité des ressources locales².

Les approches axées sur la culture

Axer la prestation de services sur la terre, le lignage et la langue peuvent aider les personnes et les familles à atteindre un équilibre entre le corps, le mental, l'esprit et l'émotion. Les efforts pour recentrer le savoir autochtone appuient l'autodétermination et peut donner aux gens de l'espoir, un sentiment d'appartenance et une meilleure compréhension du sens de la vie, fondé sur un but; le tout faisant partie intégrante du bien-être autochtone^{3,4}.

Pour en savoir plus ➔

Cadre du continuum du mieux-être mental des Premières Nations, thunderbirdpf.org (en anglais)

Les approches axées sur les forces

Des approches axées sur les forces qui reconnaissent que la culture autochtone sont fondamentales. Ces approches soutiennent le bien-être et l'autodétermination des femmes autochtones et de leurs familles et évitent les attitudes et les comportements selon l'optique de la stigmatisation et des déficits⁵. Les approches axées sur les forces appuient les droits des femmes et de leurs familles élargies d'exercer leur rôle parental ainsi que l'unité mère-enfant, et encouragent les familles à prendre conscience de leurs propres forces et ressources^{1,6}.



Le soutien global pour les femmes, les familles et les communautés

Le soutien global pour les femmes, les familles et les communautés coordonne les services professionnels et communautaires pour répondre aux besoins physiques, émotionnels, mentaux et spirituels. Des soins sont offerts aux femmes, aux familles et aux communautés en utilisant les services et le soutien naturel existants dans la culture et la famille élargie⁶.



Les déterminants structurels et sociaux de la santé

Les modèles de prestation de services doivent examiner les influences sociales et structurelles sur la consommation de substances, y compris, mais sans s'y limiter, les effets continus de la violence coloniale et des iniquités structurelles qui continuent à avoir une incidence sur les peuples autochtones. Offrir des services tenant compte des déterminants structurels et sociaux de la santé permet de passer de la stigmatisation et du blâme de la personne à une redirection des conversations sur la consommation de substances pour mieux aider les mères, les familles et les communautés^{7,8}.



Adaptation de :

- Wolfson, L., Poole, N., Morton Ninomiya, M., Rutman, D., Letendre, S., Winterhoff, T., et coll. (2019). Collaborative action on Fetal Alcohol Spectrum Disorder Prevention: Principles for Enacting the Truth and Reconciliation Commission Call to Action #33. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(9).

Références :

- Best Start Resource Centre. (2012). *Supporting the Sacred Journey from Preconception to Parenting for First Nations Families in Ontario*. Extrait de : https://www.beststart.org/resources/rep_health/pdf/SupportingtheSacredJourney.pdf
- Gerlach, A. (2008). "Circle of caring": A First Nations worldview of child rearing. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 75(1), 18 - 25.
- Santé Canada et Assemblée des Premières Nations. (2015). *Cadre du continuum du mieux-être mental des Premières Nations*. Ottawa (Ontario).
- Ministère de la Santé. (2011). *Honorer nos forces : Cadre renouvelé du programme de lutte contre les toxicomanies chez les Premières Nations du Canada*. Ottawa (Ontario).
- Aguilar, W., et Halseth, R. (2015). *Aboriginal Peoples and Historic Trauma: The Processes of Intergenerational Transmission*. Prince George (C.-B.) : National Collaborating Centre for Aboriginal Health.
- Huizink, A. C. (2010). Aboriginal midwifery: A model for change. *Journal for Aboriginal Health*, 6(1), 28 - 37.
- McKenzie, H. A., Dell, C. A., et Fornssler, B. (2016). Understanding addictions among Indigenous people through social determinants of health frameworks and strengths-based approaches: A review of the research literature from 2013 to 2016. *Current Addiction Reports*, 3, 378 - 386.
- Shahram, S. Z. (2017). Understanding the life histories of pregnant-involved young Aboriginal women with substance use experiences in three Canadian cities. *Qualitative Health Research*, 27(2), 249 - 259.

Collaboration intersystèmes et mesures conjointes

- ①
- ②
- ③
- ④

Possibilités de collaboration intersystèmes et de mesures conjointes

La collaboration intersystèmes présente la possibilité, pour les secteurs de la protection de l'enfance et du traitement de la consommation de substances, de travailler ensemble et avec des femmes et des familles, pour créer des services qui englobent les femmes, les enfants et les familles dans leurs communautés.

Soutenir les femmes enceintes et les mères qui consomment des substances va bien au-delà d'interagir avec les services de protection de l'enfance et de traitement de la consommation de substances, pour comprendre une collaboration intersystèmes qui inclut l'hébergement, les soins de santé et les services de lutte contre la violence, entre autres.

➔ **Voir l'outil** : Déterminer les services offerts dans votre communauté pour soutenir les mères, les enfants et l'unité mère-enfant, p. 36

Des modèles de collaboration peuvent mener à : plus de clientes des services de protection de l'enfance aiguillées vers des services de traitement de la consommation de substances et bénéficiant de ces services; une meilleure réalisation des objectifs de traitement de la consommation de substances; et un plus haut taux de rétention de garde d'enfants et de réunification si la garde a été perdue^{1,8-10}. Les pratiques et services de collaboration peuvent être appuyés par un leadership solide, l'établissement de relations, des protocoles d'intégration et de la formation réciproque^{1,2}.

➔ **Voir l'outil** : Principes et approches pour une collaboration intersystèmes, p. 37

Voir l'outil : Conseils pour une collaboration intersystèmes, p. 38

Dans les secteurs du traitement de la consommation de substances et de la protection de l'enfance, la stigmatisation peut avoir une incidence sur la façon dont les prestataires de services interagissent avec les femmes et sur la qualité des services qu'ils offrent. Offrir des services de traitement de la consommation de substances et de protection de l'enfance de manière collaborative et avec des femmes peut permettre une éducation intersectorielle et l'établissement de relations de pairs entre des personnes ayant une expérience vécue passée et des prestataires de services³⁻⁶. Une collaboration accrue entre les secteurs, et avec les femmes enceintes et les mères qui consomment des substances, peut accroître l'empathie et la compréhension des prestataires de services par rapport aux enjeux ayant une incidence sur la vie des femmes. Cette meilleure compréhension des expériences des femmes peut réduire la stigmatisation³⁻⁷ et aider à surmonter des obstacles; elle est essentielle à l'autonomisation et à l'autodétermination des femmes³⁻⁵.

➔ **Voir l'outil** : Liste de vérification pour la sécurité conjointe et la planification du traitement avec les familles, p. 39

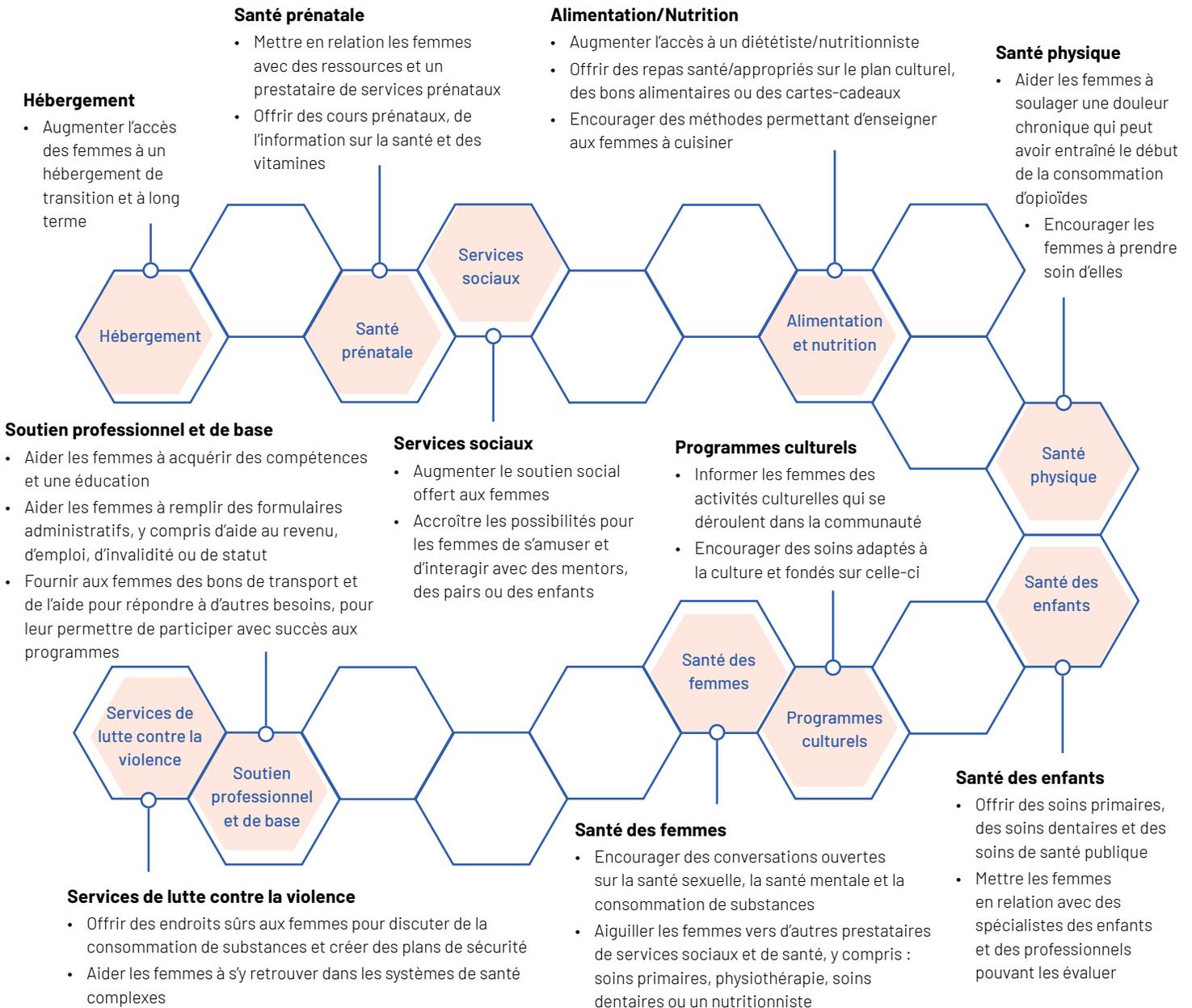
Le regroupement est un modèle de collaboration dans le cadre duquel les prestataires de services de protection de l'enfance et de traitement de la consommation de substances travaillent au même endroit ou en équipe. Il peut favoriser de meilleures communications et améliorer la compréhension commune de ce qui est requis pour des approches de traitement holistiques réussies entre les secteurs de la protection de l'enfance et du traitement de la consommation de substances^{11,12}.

Références :

- Drabble, L., et Poole, N. (2011). Collaboration between addiction treatment and child welfare fields: Opportunities in a Canadian context. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 11(2), 124-149.
- Hooks, C. (2019). Attitudes toward substance misusing pregnant women following a specialist education programme: An exploratory case study. *Midwifery*, 76, 45-53.
- Corrigan, P. W., Lara, J. L., Shah, B. B., Mitchell, K. T., Simmes, D., et Jones, K. L. (2017). The public stigma of birth mothers of children with Fetal Alcohol Spectrum Disorders. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 41(6), 1166-1173.
- Seybold, D., Calhoun, B., Burgess, D., Lewis, T., Gilbert, K., et Casto, A. (2014). Evaluation of a training to reduce provider bias toward pregnant patients with substance abuse. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 14(3), 239-249.
- Corrigan, P. W. (2017). Making the most of contact to erase stigma. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 24(3), 324-326.
- Corrigan, P. W., Morris, S. B., Michaels, P. J., Rafacz, J. D., et Rüschi, N. (2012). Challenging the public stigma of mental illness: A meta-analysis of outcome studies. *Psychiatric Services*, 63(10), 963-973.
- Hooks, C. (2015). Paranoid or persecuted? The stigmatisation of pregnant drug users: a literature review. *The Practising Midwife*, 18(1), 14-18.
- Drabble, L. (2010). Advancing collaborative practice between substance abuse treatment and child welfare fields: What helps and hinders the process? *Administration in Social Work*, 35(1), 88-106.
- He, A.S. (2017). Interagency collaboration and receipt of substance abuse treatment services for child welfare-involved caregivers. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 79, 20-28.
- Huebner, R.A., et coll. (2015). Application of the evaluation framework for program improvement. *Journal of Public Child Welfare*, 9(1), 42-64.
- Green, B.L., A. Rockhill, et S. Burrus. (2008). The role of interagency collaboration for substance-abusing families involved with child welfare. *Harm Reduction*, 8(1), 29-61.
- L'Esperance, N., K. Bertrand, et M. Perreault. (2017). Cross-training to work better together with women in Quebec who use substances: care providers' perceptions. *Health and Social Care in the Community*, 25(2), 505-513.

Déterminer les services offerts dans votre communauté pour soutenir les mères, les enfants et l'unité mère-enfant

Soutenir les femmes enceintes et les mères consommatrices de substances va au-delà de l'interaction avec les services de protection de l'enfance et de traitement de la consommation de substances. Cet outil cible d'autres types de services et de prestataires qui peuvent appuyer les mères, les enfants et l'unité mère-enfant. Utilisez cet outil pour réfléchir à l'éventail de prestataires de services qui peuvent se trouver dans votre communauté, en tenant compte de votre région géographique et de votre capacité en ressources humaines uniques.



Resources:

- Hubberstey, C., Rutman, D., Schmidt, R. A., Van Bibber, M. et Paole, N. (2019). Multiservice programs for pregnant and parenting women with substance use concerns: Women's perspective on why they seek help and their significant changes. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(18).
- Nathoo, T., Paole, N., Wolfson, L., Schmidt, R., Hemsing, N. et Gelb, K. (2018). *Portes ouvertes aux conversations : Brèves interventions auprès des filles et des femmes sur la consommation de substances*. Vancouver (C.-B.): Centre of Excellence for Women's Health.
- Tarasoff, L., Milligan, K., Le, T., Usher, A. et Urbanowski, K. (2018). Integrated treatment programs for pregnant and parenting women with problematic substance use: Service descriptions and client perceptions of care. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 90, 9-18.

Principes et approches pour une collaboration intersystèmes

Les neuf approches et principes suivants s'avèrent propices à la collaboration. Discutez de ces approches et principes relatifs à la collaboration lors d'une réunion du personnel. Utilisez les questions suivantes pour entamer la discussion.

1

Respect et compréhension mutuels des rôles et des responsabilités de chacun et confiance mutuelle en ceux-ci

2

Attentes et objectifs communs, fixés en collaboration avec les femmes, leurs familles et réseaux de soutien

3

Comprendre que les valeurs et les mandats différents n'empêchent pas la collaboration

Questions:

1. Comment mon organisation ou mon unité met-elle en pratique chacun de ces principes/chacune de ces approches lorsqu'elle travaille avec d'autres services, organismes ou secteurs?
2. Comment pourrions-nous améliorer notre travail en matière de collaboration?

4

Être conscient qu'une approche universelle par rapport à la consommation de substances par des femmes enceintes et des mères ne sera probablement pas efficace

5

Communications ouvertes et fréquentes en portant attention à la confidentialité, au consentement et à la transparence pour les familles

6

Considérer la dyade mère-enfant ou la famille comme un « client »
(au lieu de deux clients ayant des intérêts opposés et par rapport auxquels les prestataires de services doivent « prendre parti »)

7

Soutien de la direction

8

Partage des ressources et des infrastructures

9

Volonté d'essayer des choses d'une nouvelle façon

References:

- Baskin, C., Strike, C., McPherson, B., Smylie, D., Angecomb, T., Sauve, A., et coll. (2012). *Developing Collaboration Between Pregnant/Parenting Aboriginal Women With Substance Misuse Problems, Substance Misuse Treatment Counsellors, And Child Welfare Workers*. Rapport de projet final.
- Blakey, J. (2014). We're All in This Together: Moving Toward an Interdisciplinary Model of Practice Between Child Protection and Substance Abuse Treatment Professionals. *Journal of Public Child Welfare*, 8, 491-513.
- Breshears, E. M., Yeh, S., et Young, N. K. (2004). *Understanding Substance Abuse and Facilitating Recovery: A Guide for Child Welfare Workers U.S.* Department of Health and Human Services. Rockville, MD.
- Crowe-Salazar, N. (2012). "Substance Use During Pregnancy And A Woman-Centred Harm-Reduction Approach: Challenging The Mother And Father Divide To Support Family Well-Being." Dans D. Fuchs, S. McKay, et I. Brown (dir.), *Awakening the Spirit: Moving Forward in Child Welfare: Voices from the Prairies* (pp. 249- 272). Regina, Saskatchewan : Canadian Plains Research Center.
- Drabble, L., et Poole, N. (2011). Collaboration between addiction treatment and child welfare fields: Opportunities in a Canadian context. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 11(2), 124-149.
- Chaim, G., Biocchi, R., Gates, J., Hill, K., Hurwitz, H., et coll. (2005). *Practice Guidelines Between Toronto Substance Abuse Treatment Agencies and Children's Aid Societies*.
Extrait de : <http://jeantweed.com/wp-content/themes/JTC/pdfs/Knowledge.pdf>

Conseils pour une collaboration intersystèmes

La collaboration entre les secteurs de la protection de l'enfance et du traitement de la consommation de substances donne la possibilité d'accroître la sécurité de l'enfant et d'appuyer le rétablissement des parents. Des relations de travail cohésives entre ces secteurs peuvent favoriser la défense des intérêts, la consultation, l'orientation dans le système, la planification de sécurité et la simplification des aiguillages.

Vous trouverez ci-dessous un résumé d'une collaboration intersystèmes éprouvée qui peut être pertinent pour votre pratique. Ces mesures ne doivent pas être prises de manière unidirectionnelle, mais il est toujours important de garder à l'esprit la façon dont nous autonomisons les femmes et les familles pour qu'elles co-déterminent leurs objectifs de traitement.

- 1 Établir une liste des services de traitement de la consommation de substances et de protection de l'enfance offerts dans votre communauté, y compris les services globaux.
➔ **Voir l'outil** : Exemples d'approches prometteuses relativement à la prestation de services pour aider les femmes enceintes et les mères consommatrices de substances, p. 30
- 2 Créer une liste des services qui pourraient être des partenaires potentiels. Établir des relations avec les intervenants de ces services et encourager tout le monde à travailler de manière à réduire les méfaits et en tenant compte des traumatismes.
➔ **Voir l'outil** : Déterminer les services offerts dans votre communauté pour soutenir les mères, les enfants et l'unité mère-enfant, p. 36
- 3 Transmettre de l'information sur vos rôles et responsabilités et inviter des personnes d'autres secteurs à en faire de même lorsque vous les rencontrez.
- 4 En apprendre davantage sur les politiques et les protocoles utilisés en collaboration par les secteurs de la protection de l'enfance et du traitement de la consommation de substances. Même s'ils ne sont pas efficaces dans votre région, ils peuvent alimenter la discussion.
- 5 Travailler ensemble lors de l'établissement des objectifs de traitement avec les femmes et les familles.
- 6 Discuter de la façon dont vous pouvez être de confiance lorsque vous donnez de l'information sur la pratique de chacun. Travailler ensemble pour déterminer comment présenter les limites des protocoles de confidentialité et de consentement aux femmes et aux familles.
- 7 Chercher des possibilités de formation réciproque ou en faire la promotion si elles sont inexistantes.
- 8 Trouver des possibilités de regrouper des services de manière provisoire ou permanente.
- 9 Trouver des possibilités de jumelage intersectoriel, qui peuvent être un outil de formation, de co-apprentissage et d'établissement de relations efficace.

Liste de vérification pour la sécurité conjointe et la planification du traitement avec les familles

Cette liste peut appuyer la sécurité et les plans de traitement des familles lorsque la consommation de substances des parents est un problème pour que les intervenants des services de protection de l'enfance et de traitement de la consommation de substances puissent en partager la responsabilité.

-
- ✓ **Coordination d'une évaluation et d'une planification complètes liées aux besoins des parents et de l'enfant, y compris la détermination des préoccupations relatives à la consommation de substances et concomitantes connexes** (p. ex., santé mentale, violence familiale, santé physique)

 - ✓ **Détermination des services à offrir s'il y a une liste d'attente pour le traitement de la consommation de substances** (p. ex., visites de l'enfant avec le parent, brève intervention et soutien avec le parent, approche ou soutien impromptu)

 - ✓ **Déterminer l'intérêt pour d'autres services d'aide holistiques/globaux liés au traitement de la consommation de substances ou la nécessité de ceux-ci** (p. ex., services d'aide culturels autochtones, groupes de soutien communautaires ou en ligne, accès à une thérapie de remplacement de la nicotine pour arrêter de fumer)

 - ✓ **Offrir du counseling ou du soutien à l'enfant, y compris de l'aide pour comprendre la consommation de substances de ses parents et la sienne**

 - ✓ **Prévoir de donner des nouvelles concernant l'avancement du traitement, de transmettre de l'information et de discuter du devoir de signalement et des limites de la confidentialité**

 - ✓ **Discuter de l'approche ou des approches conjointes pour aider un parent qui manque ses rendez-vous, qui abandonne le traitement, etc.**

 - ✓ **Discuter de la façon de gérer les « écarts » et la possibilité d'une rechute. Déterminer si une rechute peut être considérée comme une possibilité d'intervention et/ou d'amélioration du rétablissement et la façon dont la sécurité de l'enfant peut être assurée si une rechute survient** (p. ex., l'enfant reste chez un ami ou un membre de la famille)

 - ✓ **Planifier comment le rôle de parent peut être inclus dans un plan de suivi si le parent participe à un programme de traitement en résidence** (p. ex., intervenant en soutien familial, groupe d'éducation familiale à porte ouverte, visites régulières de l'enfant, programme de mentorat par les pairs)
-

Valeurs sous-jacentes aux politiques



Valeurs sous-jacentes aux politiques

L'élaboration de politiques qui répondent aux besoins des familles touchées par la consommation de substances peut présenter des difficultés.

Lors de l'examen ou de l'élaboration de nouvelles politiques, il est utile de se demander quelles valeurs sous-tendent ces politiques. La stigmatisation a souvent orienté la manière dont les questions de santé sont discutées, traitées et étudiées, ainsi que la manière dont les politiques sont élaborées¹⁻³. La stigmatisation liée à la consommation de substances pendant la grossesse et la maternité suscite peu de soutien de la part du public, et pousse souvent ce dernier à blâmer et à faire honte aux femmes¹⁻⁷. On peut y remédier en élaborant des politiques fondées sur des valeurs, ainsi qu'en apportant des changements aux pratiques et aux programmes.

➔ **Voir l'outil** : Repenser les valeurs des politiques qui ont un impact sur les femmes enceintes et les mères consommatrices de substances, p. 42

Les secteurs de la protection de l'enfance et du traitement de la toxicomanie ont traditionnellement assumé des responsabilités différentes et fonctionnent selon des paradigmes différents. Par exemple, dans le secteur du traitement de la consommation de substances, la guérison est comprise comme un processus non linéaire, avec des rechutes fréquentes. Toutefois, dans le domaine de la protection de l'enfance, la rechute est souvent considérée comme une indication que les mères sont incapables de changer et que les enfants ont besoin de protection.

Il est clair qu'il existe un besoin urgent de changement, ainsi que de collaboration et de planification mutuelles. Les politiques de collaboration et les systèmes intégrés doivent tenir compte d'un intérêt double : celui de la protection de l'enfance et celui du soutien aux mères consommatrices de substances. Généralement, les intérêts des nourrissons et des enfants ont été dissociés de ceux

des femmes et des mères qui consomment des substances^{5,8-11}. Cette dissociation a souvent entraîné une séparation entre la mère et l'enfant, comportant souvent des conséquences pour la vie, tant pour les femmes que pour les enfants^{5,8-10}. La séparation mère-enfant perturbe également l'entourage de l'unité mère-enfant, y compris les pères, les frères et sœurs, les grands-parents, les familles élargies, les communautés et, dans de nombreux cas, les cultures. Ces conséquences pour la vie contribuent à la permanence du traumatisme et, souvent, à une consommation accrue de substances.

Une approche collaborative reconnaît que les politiques sont fondées sur des valeurs et que celles-ci peuvent être rendues explicites. Les valeurs peuvent changer, et c'est le cas, au fur et à mesure que les sociétés et les cultures évoluent¹². Au lieu de séparer les responsabilités en matière de politiques et de pratiques, un changement prometteur dans les valeurs des politiques consiste à se concentrer sur l'unité mère-enfant ensemble en tant que « client ». Il est clair que les politiques, les stratégies et les conseils pratiques peuvent soutenir l'interaction de multiples systèmes interreliés et recourir à des modèles qui font l'équilibre entre les besoins émotionnels, développementaux et physiques des enfants, d'une part, et le soutien aux mères fondé sur leurs forces et leurs cercles de soutien, d'autre part.

Ces politiques n'existent pas dans le vide¹². En plus de modifier les politiques de protection de l'enfance et de traitement de la consommation de substances, il est essentiel d'examiner les déterminants sociaux de la santé concourant à la consommation de substances par la mère et de réviser les politiques connexes en conséquence. Outre l'amélioration de l'accès à des soins intégrés complets en collaboration, les soins de santé et l'aide au logement, aux victimes de violence conjugale et au revenu doivent également être pris en compte, afin de répondre aux besoins des femmes consommatrices de substances et de leurs enfants.

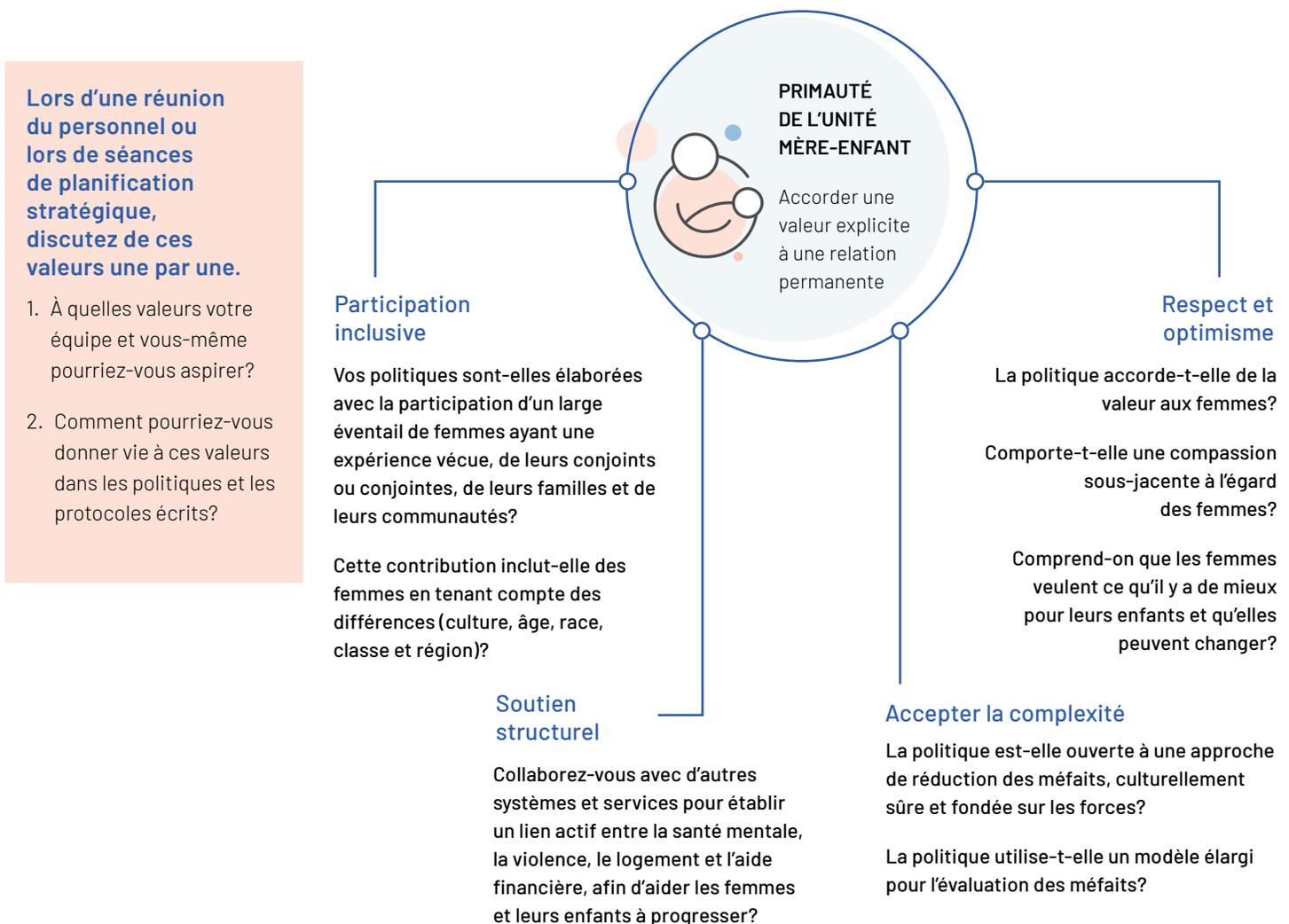
Références :

1. Rockhill, A., Furrer, C. J., et Duong, T. M. (2015). Peer Mentoring in Child Welfare: A Motivational Framework. *Child Welfare*, 94(5), 125-144.
2. Hooks, C. (2019). Attitudes toward substance misusing pregnant women following a specialist education programme: An exploratory case study. *Midwifery*, 76, 45-53.
3. Seybold, D., Calhoun, B., Burgess, D., Lewis, T., Gilbert, K., et Casto, A. (2014). Evaluation of a training to reduce provider bias toward pregnant patients with substance abuse. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 14(3), 239-249.
4. Sears, J. S., Hall, M. T., Harris, L. M., Mount, S., Willauer, T., Posze, L., et Smead, E. (2017). "Like a marriage": Partnering with peer mentors in child welfare. *Children and Youth Services Review*, 74, 80-86.
5. Drabble, L., et Poole, N. (2011). Collaboration between addiction treatment and child welfare fields: Opportunities in a Canadian context. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 11(2), 124-149.
6. Corrigan, P. W. (2017). Making the Most of Contact to Erase Stigma. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 24(3), 324-326.
7. Corrigan, P. W., Morris, S. B., Michaels, P. J., Rafacz, J. D., et Rüsch, N. (2012). Challenging the Public Stigma of Mental Illness: A Meta-Analysis of Outcome Studies. *Psychiatric Services*, 63(10), 963-973.
8. Hooks, C. (2015). Paranoid or persecuted? The stigmatization of pregnant drug users: a literature review. *The Practicing Midwife*, 18(1), 14-18.
9. Adlin Bosk, E., Van Alst, D., et Van Scoyoc, A. (2017). A chronic problem: Competing paradigms for substance abuse in child welfare policy and practice and the need for new approaches. *British Journal of Social Work*, 47(6), 1669-1685.
10. Billingham, J. (1999). Drug-using parents: policy guidelines for inter-agency working. *Child Abuse Review*, 8(1), 29-33.
11. Robertson, A. S., et Haight, W. (2012). Engaging child welfare-involved families impacted by substance misuse: Scottish policies and practices. *Children and Youth Services Review*, 34(10), 1992-2001.
12. Greaves, L., Pederson, A., Varcoe, C., Poole, N., Morrow, M., Johnson, J. L., et Irwin, L. (2004). Mothering under duress: Women caught in a web of discourses. *Journal of the Association for Research on Mothering*, 8(1), 16-27.

Repenser les valeurs des politiques qui ont un impact sur les femmes enceintes et les mères consommatrices de substances

Pour améliorer l'intervention auprès des mères qui consomment des opioïdes ou d'autres substances et auprès de leurs enfants, il faut réaliser des progrès substantiels par rapport aux politiques et aux pratiques. Les politiques peuvent être définies à plusieurs niveaux, à savoir organisationnel, municipal, régional, provincial, territorial ou fédéral.

Une version du diagramme ci-dessous a tout d'abord été publié en 2002, dans *A Motherhood Issue: Discourses on Mothering Under Duress*. Le diagramme illustre quatre valeurs qui peuvent être explicitement adoptées pour contribuer à développer et à mettre en oeuvre des politiques sur le maternage. Lors de la refonte des politiques, de leur évaluation ou de l'élaboration de protocoles au sein d'un organisme ou partagés par des organismes, il est utile de revoir ces valeurs.



Adaptation de :

- Greaves, L., Varcoe, C., Poole, N., Morrow, M., Johnson, J., Pederson, A., et Irwin, L. (2002). *A Motherhood Issue: Discourses on Mothering Under Duress*. Ottawa (Ontario) : Condition féminine Canada. Extrait de : <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.200.1563&rep=rep1&type=pdf>

Conclusion

Le Centre of Excellence for Women's Health (CEWH [Centre d'excellence pour la santé des femmes]) est un centre de recherche et d'échange de connaissances qui oeuvre à jeter des ponts entre la recherche sur le genre et la santé des femmes, d'une part, et les politiques et les pratiques, d'autre part. Depuis les années 1990, les chercheurs du CEWH ont mené des recherches sur des sujets comme les obstacles auxquels les femmes enceintes et les nouvelles mères sont confrontées lorsqu'elles veulent accéder à un traitement et à du soutien pour la toxicomanie. Depuis les années 2000, le CEWH invite les chercheurs, les prestataires de services, les femmes ayant une expérience vécue et les analystes politiques à réfléchir ensemble de manière critique, en tant que membres de communautés virtuelles, à la manière dont nous pouvons améliorer les pratiques et les politiques. Ce projet, axé sur les mères, les opioïdes, la stigmatisation, la réduction des méfaits et les interrelations avec le bien-être des enfants, s'appuie sur ces travaux.

En tant que chercheurs, nous avons commencé ce projet par un examen de la portée de la recherche en utilisant la question suivante : « Comment les femmes qui consomment des opioïdes (et d'autres substances) font-elles face à la stigmatisation, à la grossesse, aux problèmes parentaux et aux inquiétudes par rapport aux services de protection de l'enfance, et comment cela peut-il éclairer les réponses à la réduction des méfaits? Nous avons ensuite présenté une synthèse des résultats aux femmes chevronnées dont le nom figure sur la page titre en tant que partenaires et collaboratrices. Grâce à leurs commentaires et au partage généreux de leur propre travail, nous avons traduit ces informations en outils utiles, pratiques et tournés vers l'avenir. Nous espérons que les outils et les approches proposés dans cette trousse contribueront à l'amélioration des pratiques et à l'élaboration de politiques pour les lecteurs.

Nous éprouvons beaucoup de respect pour le travail des intervenants en toxicomanie et en protection de l'enfance que nous espérons rejoindre avec cette trousse, et nous espérons que les outils d'autoréflexion et d'action qu'elle contient auront un impact immédiat et important sur les politiques et les pratiques actuelles visant à réduire les méfaits associés à la consommation d'opioïdes par les femmes. Les outils sont conçus pour nous aider à continuer à développer notre capacité à placer les besoins et la voix des mères au coeur de notre travail, et à offrir des services et des politiques centrés sur la mère et l'enfant, axés sur les traumatismes, culturellement sûrs et orientés vers la réduction des méfaits.

