



# Stratégies visant à améliorer le traitement de la toxicomanie des parents qui ont recours aux services de bien-être de l'enfance<sup>1</sup>

*Della Knoke*

Ce feuillet d'information décrit les préoccupations relatives au bien-être des enfants dont les parents ont un problème d'abus d'alcool et d'autres drogues et examine certaines initiatives qui ont été mises en œuvre aux États-Unis en vue d'améliorer la prestation des services de traitement aux parents qui ont perdu la garde de leurs enfants en raison de problèmes liés à la toxicomanie.

## Relation entre la toxicomanie parentale et le bien-être des enfants

La toxicomanie parentale augmente le risque de mauvais traitement envers les enfants. Les enfants dont les parents ont des problèmes d'abus d'alcool ou de drogues sont trois à quatre fois plus susceptibles d'être maltraités ou négligés, comparativement à ceux dont les parents ne consomment pas ces substances de façon abusive.<sup>2,3</sup>

## De quelle façon la toxicomanie augmente-t-elle le risque de mauvais traitement envers les enfants?

La toxicomanie peut affecter les habiletés parentales de différentes façons. L'incidence de la toxicomanie sur les habiletés parentales varie selon la substance consommée (par ex. alcool, marijuana, ou héroïne) et la gravité du problème (abus par rapport à dépendance). Généralement, l'abus d'alcool ou de drogues peut rendre les parents non disponibles physiquement et

émotionnellement pour leurs enfants et influence la façon dont les parents réagissent à leurs enfants et répondent à leurs besoins.

La toxicomanie parentale peut :

- produire ou augmenter les sentiments négatifs tels que la dépression, l'anxiété ou l'irritabilité;
- perturber la maîtrise des réactions émotionnelles du parent;
- affaiblir le fonctionnement de l'esprit, la résolution de problèmes et l'esprit de jugement du parent;
- affecter la capacité des parents de fournir une supervision et des soins adéquats (par ex. les ressources familiales limitées pourraient être dépensées pour acheter de l'alcool et des drogues plutôt que de la nourriture et des vêtements);
- être associée à des styles de vie néfastes pour les enfants. Les parents pourraient adopter des comportements illicites ou très risqués afin d'obtenir des substances, et ils pourraient exposer leurs enfants à des activités criminelles qui compromettent leur sécurité et leur bien-être; et
- augmenter la tension au sein de la famille, de telle sorte que les parents éprouvent de la difficulté à gérer efficacement les défis que pose l'éducation de leurs enfants (par ex, contribue à une instabilité économique et domestique ainsi qu'à la violence familiale).

**CENTRES D'EXCELLENCE POUR LE BIEN-ÊTRE DES ENFANTS**

La protection et le bien-être des enfants

Les recherches indiquent que la toxicomanie affecte une importante proportion des familles qui ont recours aux services de bien-être de l'enfance. Des études menées aux États-Unis ont indiqué que près d'un quart à deux tiers des familles qui ont recours aux services de bien-être de l'enfance éprouvent des problèmes de toxicomanie qui ont été identifiés comme étant un facteur ayant contribué au mauvais traitement de l'enfant ou à sa négligence.<sup>4,5,6</sup>

Ces chiffres tendent à être plus élevés lorsqu'il est question d'échantillons d'enfants qui ont été placés en foyer d'accueil. À la suite de l'étude des facteurs de risque des parents associés aux cas corroborés de mauvais traitements, *l'Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants* de 2003 a constaté que l'abus d'alcool a été identifié comme étant un problème de fonctionnement chez près du tiers des hommes s'occupant d'un enfant et chez un cinquième des femmes s'occupant d'un enfant.<sup>7</sup> L'abus de drogues ou de solvants a été identifié comme étant une préoccupation chez 17 % des hommes, comparativement à 14 % des femmes. De plus, *l'Étude sur l'incidence et les caractéristiques des situations d'abus, de négligence, d'abandon et de troubles de comportement sérieux signalés à la Direction de la protection de la jeunesse du Québec* a révélé que près de la moitié de l'ensemble des cas de négligence envers les enfants impliquaient une consommation excessive d'alcool ou de drogues illicites.<sup>8</sup>

## La toxicomanie parentale et les foyers d'accueil

La toxicomanie parentale augmente la probabilité du retrait de l'enfant de son foyer familial pour être placé dans un foyer d'accueil.<sup>9</sup> Par souci pour leur sécurité et leur bien-être, beaucoup d'enfants sont placés en foyer d'accueil comme arrangement temporaire en attendant que leurs parents règlent leur problème de toxicomanie. Lorsque la décision de placer un enfant en foyer d'accueil survient en raison d'un problème de toxicomanie parentale, la cour doit décider si et sous quelles conditions cet enfant peut retourner vivre avec ses parents. La réunification dépend souvent des progrès faits par les parents dans le cadre de leur traitement. La cour pourrait se tourner vers d'autres options pour fournir aux enfants un foyer stable et sûr (par ex. l'adoption ou la tutelle légale), au cas où les parents refuseraient de suivre un traitement de désintoxication ou si les tentatives de traitements échouaient.

Les enfants en foyer d'accueil qui ont un parent qui souffre de problèmes de toxicomanie ont tendance à passer plus de temps en foyer d'accueil que les

enfants placés dans ces milieux pour d'autres raisons.<sup>10,11</sup> Les arrangements temporaires sont souvent prolongés et les enfants peuvent passer des années en foyer d'accueil en attendant que les problèmes de toxicomanie de leurs parents soient résolus. Par exemple, selon les résultats d'une étude, les enfants placés en foyers d'accueils pour des raisons reliées à un problème de toxicomanie passent près de trois ans en moyenne en foyer d'accueil.<sup>12</sup> Durant cette période, les enfants vivent « en attente », ne sachant pas s'ils retourneront à la maison, s'ils resteront au foyer d'accueil ou s'ils seront placés dans un milieu offrant des conditions de vie plus permanentes. Les enfants peuvent vivre dans différents foyers d'accueil durant cette période, ce qui peut perturber le développement de liens stables envers d'autres parents-substituts adultes. Il est également moins probable pour les enfants ayant un parent qui souffre de problèmes de toxicomanie de retourner vivre avec leurs parents, comparativement aux enfants maltraités dont les parents ne souffrent pas de problèmes de toxicomanie, et ils sont plus susceptibles de se retrouver de nouveau en foyer d'accueil.<sup>13,14</sup>

## Barrières empêchant le rétablissement

Des séjours prolongés en foyer d'accueil ont été attribués :

- aux difficultés à traiter la toxicomanie; et
- à des problèmes avec la prestation de services de traitement de la toxicomanie aux parents qui ont recours aux services de bien-être de l'enfance.

Beaucoup de parents ne terminent pas le traitement de toxicomanie. Les études indiquent que jusqu'à trois quarts des parents qui commencent un traitement de toxicomanie abandonnent le traitement avant sa fin.<sup>15,16</sup> De plus, environ la moitié de ceux qui terminent le traitement recommencent à consommer des drogues (récidive) dans un délai d'un an. Les faibles taux de personnes qui terminent le traitement et les taux élevés de personnes qui récidivent ne sont pas spécifiques aux adultes qui ont recours aux services de bien-être de l'enfance. La toxicomanie est généralement chronique et récurrente par nature. Plusieurs tentatives de traitement peuvent être requises avant de parvenir à un rétablissement.

Plusieurs problèmes relatifs à la prestation de services de traitement de la toxicomanie ont également contribué aux séjours prolongés dans les foyers d'accueil. Premièrement, certaines études menées aux États-Unis estiment que seulement du tiers à la moitié des parents qui ont recours aux services de bien-être de l'enfance et qui sont référés pour

des traitements de toxicomanie reçoivent en réalité ces traitements.<sup>17,18</sup> Les parents qui ont accès au traitement peuvent attendre plusieurs mois et même parfois un an avant de commencer le traitement. L'accès aux services conçus pour satisfaire aux besoins des femmes qui ont des enfants et aux services adaptés aux différences culturelles sont particulièrement limités. Au Canada, le niveau d'accès aux traitements de toxicomanie pour les parents qui ont recours aux services de bien-être de l'enfance n'est pas systématiquement signalé; toutefois, les références à l'insuffisance de fonds pour les services de toxicomanie et les disparités régionales quant à l'accès indiquent que les services offerts sont insuffisants pour accommoder le nombre d'adultes ayant besoin de traitement.

Deuxièmement, les services requis pour soutenir le rétablissement des parents peuvent ne pas être accessibles. Une gamme de services auxiliaires, outre les traitements cliniques, est nécessaire afin d'aider les parents à se rétablir à la suite du problème de toxicomanie ou d'autres problèmes reliés à la toxicomanie et à améliorer les circonstances familiales.<sup>20,21</sup> La toxicomanie peut nuire à l'établissement d'une relation saine parent-enfant et peut affecter les habiletés parentales. De plus, les parents qui éprouvent des problèmes de toxicomanie sont souvent confrontés à d'autres difficultés, telles que des problèmes de santé mentale, des problèmes avec la justice, un manque de soutien social et des insécurités au niveau économique ou du logement.<sup>22,23</sup> Des difficultés persistantes dans ces autres domaines peuvent contribuer aux difficultés éprouvées par les parents et empêcher leurs progrès, relativement au traitement.

Troisièmement, une mauvaise communication et une mauvaise coordination entre les tribunaux de la famille, les fournisseurs de traitement et les organismes de protection des enfants ont été citées comme étant des barrières empêchant une prise de décision rapide concernant la garde des enfants. Les décisions du tribunal sont retardées par des processus astreignants requis pour obtenir de l'information de la part des fournisseurs de traitement sur le progrès des parents.<sup>24</sup> De plus, les plans et objectifs de traitement de l'organisme de protection de l'enfance et des services de traitement de la toxicomanie peuvent être incongrus. Par exemple, les tribunaux peuvent exiger que les parents s'abstiennent complètement de consommer de l'alcool ou des drogues, bien que cela puisse aller à l'encontre des approches utilisées dans les programmes de désintoxication (par ex, la réduction des préjudices). En outre, les fournisseurs de traitement de toxicomanie peuvent interpréter une « récidive »

comme étant un recul temporaire et commun faisant partie du processus de rétablissement à long terme, alors que les tribunaux et les professionnels responsables de la protection des enfants peuvent répondre aux risques que présentent des récidives vis-à-vis de la sécurité et du bien-être des enfants.

### **Stratégies visant à améliorer la prestation des traitements de toxicomanie aux clients qui ont recours aux services de bien-être de l'enfance**

Les préoccupations concernant les enfants vivant dans des foyers d'accueils pendant de longues périodes et les coûts élevés de leurs soins ont contribué à l'élaboration de stratégies destinées à mieux traiter les problèmes de toxicomanie parentale. Bon nombre des initiatives décrites proviennent des É.-U, où la loi sur l'adoption et la sécurité des familles (*Adoption and Safe Families Act*) a réduit les délais pour trouver des foyers permanents aux enfants. Ces nouvelles politiques donnent aux parents moins de temps pour traiter les problèmes tels que la toxicomanie qui place les enfants à risque, avant que les tribunaux prennent des arrangements de vie stable tels que l'adoption ou une tutelle légale. Généralement, ces stratégies visent à améliorer l'accès au traitement et à soutenir la prise de décision rapide en améliorant la coordination des services et la supervision du traitement.

#### **Meilleur accès**

Afin d'améliorer l'accès, de nombreuses juridictions accordent la priorité aux recommandations de traitement pour les familles ayant recours aux services de bien-être de l'enfance, ou aux femmes ayant des enfants, ou affectent des fonds pour améliorer les programmes qui ciblent ces populations (par ex. les fonds fédéraux pour les foyers d'accueil). Un accès plus rapide aux foyers d'accueil présente deux avantages potentiels : premièrement, la période durant laquelle les enfants attendent en foyer d'accueil peut ainsi être réduite. Deuxièmement, on a observé que les personnes souffrant de problèmes de toxicomanie sont plus réceptives aux changements lorsque ceux-ci ont lieu dans des « moments de crise », comme lorsqu'un enfant est placé en foyer d'accueil. Le fait de faciliter l'accès au traitement à ces moments clés peut favoriser la motivation des parents à suivre un traitement. Par exemple, les résultats d'une étude ont indiqué que les mères qui suivaient rapidement un traitement avaient plus de chance de le terminer, comparativement aux mères dont la participation au traitement était retardée.<sup>25</sup> Les enfants dont la mère avait terminé le traitement passaient moins de temps en foyer d'accueil, et la

réunification familiale était plus susceptible de se concrétiser que dans le cas des enfants dont la mère n'avait pas terminé le traitement.

### Coordination améliorée des services

Plusieurs approches ont été employées pour améliorer la coordination et la communication au sein des organismes de protection de l'enfance, des tribunaux et des services de traitement de la toxicomanie. Par exemple, au milieu de 2006, 43 États américains avaient mis en œuvre des tribunaux spécialisés, de « résolution de problèmes » destinés à traiter les problèmes de toxicomanie qui placent les enfants à risque de subir de mauvais traitements. Ces tribunaux sont désignés sous le nom de *tribunaux de toxicomanie familiale* ou *tribunaux pour le traitement de la toxicomanie familiale*. Ces tribunaux sont similaires aux tribunaux consacrés aux drogues, lesquels sont utilisés dans le système de justice pénale des États-Unis et du Canada, et qui sont destinés à traiter de façon plus efficace les facteurs sous-jacents du comportement criminel, y compris la toxicomanie.

Certaines études ont révélé que les parents dont les problèmes de toxicomanie avaient été traités par l'entremise des tribunaux de toxicomanie familiale étaient plus susceptibles de terminer le traitement de toxicomanie et connaissaient des taux plus élevés de réunification. Leurs enfants passaient également moins de temps en foyers d'accueil, comparativement aux parents éprouvant de problèmes de toxicomanie et qui avaient reçu un traitement standard.<sup>26</sup>

Les tribunaux de toxicomanie familiale fournissent une approche intégrée, intensive et multidisciplinaire pour traiter la toxicomanie. La collaboration entre les différents systèmes facilite le partage d'information et l'accès à une gamme de services. La supervision judiciaire intensive est fournie au moyen de la gestion de cas et des comparutions régulières devant le tribunal (par ex. audiences hebdomadaires sur l'état de l'instance). Le dépistage des drogues est obligatoire, et des incitatifs et des sanctions juridiques sont appliqués. Des sanctions, lesquelles peuvent comprendre une réprimande, des amendes ou un emprisonnement, peuvent être imposées en cas de non-conformité (à savoir une récidive), afin de renforcer l'importance du respect des plans de traitement. Le tribunal se sert de l'information sur les progrès des parents concernant le traitement lorsque des décisions doivent être prises, relativement à l'endroit où les enfants doivent vivre.

Le besoin d'une meilleure coordination des services a également été pris en compte par l'intégration des services de protection de l'enfance et de traitement

de la toxicomanie. Certaines juridictions (par ex. le Delaware et le Maryland) ont mis en place des équipes multidisciplinaires de soutien composées d'intervenants en services d'aide sociale à l'enfance et de conseillers en alcoolisme, en toxicomanie et en dépendance au jeu, afin de fournir des services coordonnés aux clients ayant recours aux services de bien-être de l'enfance et qui éprouvent des problèmes de toxicomanie. On a également installé des conseillers en alcoolisme, en toxicomanie et en dépendance au jeu dans les bureaux des organismes de protection de l'enfance, pour mieux reconnaître les parents souffrant de problèmes de toxicomanie et pour faciliter l'élaboration de plans de services coordonnés (par ex. New Hampshire, New Jersey, Louisville, Kentucky).

Dans d'autres juridictions, les parents se voient attribuer des gestionnaires de cas spécialisés ou des accompagnateurs de rétablissement qui fournissent du soutien, suivent le progrès du traitement et coordonnent ou assurent une gamme de services de soutien destinés à traiter les facteurs qui font obstacle au progrès du traitement et contribuent à une rechute (par ex. logement instable, problèmes de transport, violence familiale, manque d'aide à l'enfance, problèmes de santé mentale non traités.) Les accompagnateurs de rétablissement peuvent également fournir des services d'approche pour réveiller la motivation des parents qui abandonnent le traitement (par ex. en Illinois). Une formation intersectorielle et des ententes et protocoles interorganismes offrent d'autres méthodes destinées à promouvoir les pratiques en collaboration. Des exemples d'initiatives relatives à la toxicomanie et la protection de l'enfance sont décrits à [http://www.ncsacw.samhsa.gov/files/Virginia\\_Compendum.pdf](http://www.ncsacw.samhsa.gov/files/Virginia_Compendum.pdf).

### Résumé

La toxicomanie parentale augmente les risques de mauvais traitements envers les enfants et leur placement dans des foyers d'accueil. Avant qu'une réunification ne soit possible, les tribunaux exigent des preuves qui démontrent que les parents ont réglé leurs problèmes de toxicomanie qui faisaient courir des risques à leurs enfants. De nombreuses juridictions aux É.-U ont modifié les manières dont les traitements de toxicomanie sont dispensés aux parents ayant recours aux services de bien-être de l'enfance, et ce, pour surmonter les difficultés d'accès aux traitements, améliorer la coordination des services et favoriser la prise de décision rapide quant à la permanence de la garde de l'enfant. Dans le but d'améliorer l'accès, certaines juridictions accordent la priorité à certains clients ayant recours aux services de bien-être de l'enfance. D'autres ont affecté des fonds pour les services de protection de

l'enfance, afin d'améliorer les services de traitement de la toxicomanie. Une meilleure coordination entre les tribunaux, les organismes de protection de l'enfance et les services de traitement de la toxicomanie est favorisée par l'entremise de tribunaux spécialisés de toxicomanie familiale, lesquels offrent une supervision intensive et un suivi du traitement de la toxicomanie des parents, de gestionnaires de cas spécialisés ou d'accompagnateurs de rétablissement, lesquels sont attribués aux parents pour faciliter et soutenir leur rétablissement, ou encore d'équipes multidisciplinaires de soutien, lesquelles fournissent des services coordonnés qui s'occupent des questions relatives à la toxicomanie et à la protection de l'enfance.

Des approches plus accessibles, plus complètes et mieux coordonnées offrent la possibilité d'un meilleur soutien pour les parents qui se remettent de problèmes de toxicomanie. Elles reconnaissent aussi bien les besoins complexes des familles ayant recours aux services de bien-être de l'enfance que l'importance de la sécurité des enfants. Les études indiquent que certaines de ces améliorations peuvent augmenter la possibilité que les parents terminent leur traitement de toxicomanie, ce qui entraîne de meilleurs taux de réunification et des séjours plus courts pour les enfants dans les foyers d'accueil. Ces constatations sont prometteuses, mais l'amélioration des conditions des enfants demeure incertaine. Par exemple, certaines évaluations des tribunaux de toxicomanie familiale n'ont révélé aucune différence dans les cas de mauvais traitements subséquents ou la probabilité de voir les enfants retourner dans les foyers d'accueil.<sup>27,28</sup> De plus, bien que ces approches novatrices aient pu améliorer les taux d'achèvement des traitements, les taux d'abandon de traitement continuent d'être élevés. Afin de prévenir et de traiter adéquatement les conséquences de la toxicomanie parentale, il est nécessaire d'effectuer davantage de recherches en vue de trouver les moyens permettant d'améliorer la motivation des parents et leur poursuite du traitement et de favoriser des résultats positifs à long terme.

- 
- 1 Ce feuillet d'information a été révisé par des experts du domaine de la protection de l'enfance.
  - 2 Child Welfare League of America ( CWLA). (1997). *Alcohol and other drug survey of state child welfare agencies*. Washington, DC : Auteur.
  - 3 National Center on Addiction and Substance Abuse at Columbia University. (1999). *No safe haven: Children of substance abusing parents*. New York, New York : Auteur. Site consulté le 5 janvier 2009 à <http://www.casacolumbia.org/absolutenm/articlefiles/379-No%20Safe%20Haven.pdf>.
  - 4 U.S. Department of Health and Human Services (1999). *Blending perspectives and building common ground: A report to congress on substance abuse and child protection*. Washington, DC. : Auteur.

- 5 Vanderploeg, J.J., Connell, C.M., Caron, C., Saunders, L., Katz, K.H., & Tebes, J.K. (2007). « The Impact of Parental Alcohol or Drug Removals on Foster Care Placement Experiences: A Matched Comparison Group Study ». *Child Maltreatment*, 12 (2), 125–136.
- 6 Young, N.K., Gardner, S.L., Whitaker, B., Yeh, S., & Otero, C. (2005, November). *A review of alcohol and other drug issues in the states' Child and Family Services reviews and program improvement plans*. Site consulté le 5 janvier 2009 à : <http://www.ncsacw.samhsa.gov/files/SummaryofCFSRs.pdf>
- 7 Trocmé, N., Fallon, B., MacLaurin, B., Daciuk, J., Felstiner, C., Black, T. et coll. (2005). *Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants, CIS-2003*. Ottawa : Agence de la santé publique du Canada, Gouvernement du Canada. <http://www.phac-aspc.gc.ca/cm-vee/cscs-ecve/index-fra.php>
- 8 Mayer, M., Lavergne, C., & Baraldi, R. (2004). *Un intrus dans la famille : la consommation abusive de drogue ou d'alcool*. Feuillet d'information n° 14F du CEPB. Montréal (Québec) Canada : Université de Montréal et Institut pour le développement social des jeunes. Feuillet consulté le 29 novembre 2008 à : <http://www.cecw-cepb.ca/files/file/fr/SubsAbuse14F.pdf>
- 9 U.S. Department of Health and Human Services. (1999). *Blending perspectives and building common ground: A report to Congress on substance abuse and child protection*. Washington, D.C. : Auteur. Accessible à : <http://aspe.hhs.gov/HSP/subabuse99/subabuse.htm>
- 10 Choi, S., & Ryan, J.P. (2006). « Completing substance abuse treatment in child welfare: The role of co-occurring problems and primary drug of choice ». *Child Maltreatment*, 11(4), 313–325.
- 11 U.S. Department of Health and Human Services. (1999). Ouvrage déjà cité.
- 12 Children's Bureau, U.S. Department of Health & Human Services. (2004). *The AFCARS Report: Preliminary FY 2002 Estimates as of March 2004*. Accessible à : [http://www.acf.hhs.gov/programs/cb/stats\\_research/index.htm](http://www.acf.hhs.gov/programs/cb/stats_research/index.htm)
- 13 Bronson, D.E. (2005). *Re-entry in Child Protective Services: A Rapid Evidence Assessment*. Site consulté le 13 décembre 2008 à : [www.pcsao.org/PCSAOTools/\\_overlay/OhioReEntryReport102005.pdf](http://www.pcsao.org/PCSAOTools/_overlay/OhioReEntryReport102005.pdf)
- 14 Frame, L, Berrick, J., and Brodowski, M.L. (2000). « Understanding reentry to out of home care for reunited infants ». *Child Welfare*, 79 (4) : 339–369.
- 15 Choi, S., & Ryan, J.P. (2006). «Completing substance abuse treatment in child welfare: the role of co-occurring problems and primary drug of choice ». *Child Maltreatment*, 11(4), 313–325.
- 16 Kerwin, M.L. (2005). « Collaboration between child welfare and substance-abuse fields: Combined treatment programs for mothers ». *Journal of Pediatric Psychology*, 30 (7), 581–597.
- 17 Child Welfare League of America (CWLA). (1997). *Alcohol and other drug survey of state child welfare agencies*. Washington, DC. : Auteur.
- 18 Worcel, S., Green, B., Burrus, S., & Finigan, M. (2004). *A retrospective evaluation of family treatment drug courts: Year two update*. Report submitted to the Center for Substance Abuse Treatment, Substance Abuse and Mental Health Services Administration.
- 19 Green, B.L., Rockhill, A. & Furrer, C. (2007) « Does substance abuse treatment make a difference for child welfare case outcomes? A statewide longitudinal analysis ». *Children and Youth Services Review*, 29, 460–473.
- 20 Choi, S., & Ryan, J.P. (2006). « Completing substance abuse treatment in child welfare: the role of co-occurring problems and primary drug of choice ». *Child Maltreatment*, 11(4), 313–325.

- 21 Semidei, J., Radel, L. F., & Nolan, C. (2001). « Substance abuse and child welfare: Clear linkages and promising responses ». *Child Welfare*, 80, 109–128.
- 22 Kerwin, M.L. (2005). « Collaboration between child welfare and substance-abuse fields: Combined treatment programs for mothers ». *Journal of Pediatric Psychology*, 30 (7), 581–597.
- 23 Semidei, J., Radel, L. F., & Nolan, C. (2001). « Substance abuse and child welfare: Clear linkages and promising responses ». *Child Welfare*, 80, 109–128.
- 24 Milliken, J.R., & Rippel, G. (2004). « Effective management of parental substance abuse in dependency cases ». *Journal of the Center for Families, Children & the Courts*, 5, 95–107. Site consulté le 5 janvier 2009 à : <http://www.courtinfo.ca.gov/programs/cfcc/pdffiles/JVol5-Milliken.pdf>
- 25 Green, B.L., Rockhill, A. & Furrer, C. (2007). « Does substance abuse treatment make a difference for child welfare case outcomes? A statewide longitudinal analysis ». *Children and Youth Services Review*. 29, 460–473.
- 26 Worcel, S., Green, B., Burrus, S., & Finigan, M. (2007). *Family Treatment Drug Court Evaluation: Final Report*. Report submitted to the Center for Substance Abuse Treatment, Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Site consulté le 5 janvier 2009 à : [http://www.npcresearch.com/Files/FTDC\\_Evaluation\\_Final\\_Report.pdf](http://www.npcresearch.com/Files/FTDC_Evaluation_Final_Report.pdf).
- 27 Boles, S.M., Young, N.K., Moore, T., & DiPirro-Beard, S. (2007). « The Sacramento Dependency Drug Court: Development and outcomes ». *Child Maltreatment*, 12 (2), 161–171.
- 28 Worcel, S., Green, B., Burrus, S., & Finigan, M. (2007). Ouvrage déjà cité.

**L’auteur :** *Della Knoke* détient PhD en travail social et est fonctionnaire.

**Citation proposée :** Knoke, D. (2009). *Stratégies visant à améliorer le traitement de la toxicomanie des parents qui ont recours aux services de bien-être de l’enfance*. Feuillelet d’information #72F du CEPB. Toronto, Ontario : Université de Toronto, Faculté de travail social Factor-Inwentash.

Le Centre d’excellence pour la protection et le bien-être des enfants produit et distribue des feuilles d’information, afin de procurer un accès à des données à jour sur la recherche canadienne en matière de bien-être des enfants.

*Le Centre d’excellence pour la protection et le bien-être des enfants (CEPB) est l’un des centres d’excellence pour la protection et le bien-être des enfants financés par l’Agence de santé publique du Canada. Les opinions exprimées dans le présent document ne reflètent pas nécessairement la politique officielle des bailleurs de fonds des CEPB.*

**Ce feuillelet d’information peut être téléchargé à :**  
[www.cecw-cepb.ca/fr/infosheets](http://www.cecw-cepb.ca/fr/infosheets)

---

**CENTRES D’EXCELLENCE POUR LE BIEN-ÊTRE DES ENFANTS**

**La protection et le bien-être des enfants**