



Gouvernement du Québec  
Comité permanent de lutte à la toxicomanie

**Recension critique des  
programmes de prévention des  
toxicomanies axés sur la famille**

CPLT

**Recension critique des  
programmes de prévention des  
toxicomanies axés sur la famille**

# **Recension critique des programmes de prévention des toxicomanies axés sur la famille**

par Magali H. Dufour

Comité permanent de lutte à la toxicomanie

Décembre 1996

# Tables des matières

<b>Avant-propos</b> .....	iv
<b>Introduction</b> .....	v
<b>Chapitre 1 - Les facteurs de protection et de risque</b> .....	1
1.1 Les facteurs contextuels .....	1
1.2 Les facteurs intra-individuels .....	2
1.3 Les facteurs liés aux relations interpersonnelles et à la famille .....	2
<b>Chapitre 2 - Les programmes de prévention</b> .....	4
2.1 Les programmes de prévention utilisant la stratégie de l'information .....	4
2.2 Les programmes de prévention aux stratégies multiples .....	7
2.2.1 Le programme <i>Child and Family Options Project</i> .....	7
2.2.2 Le programme <i>Preparing Parentsfor Teenagers</i> .....	7
2.2.4 Le programme de Jason et ses collaborateurs .....	8
2.2.5 Un programme Québécois: <i>Partons du bon pied</i> .....	9
2.2.6 Synthèse des résultats des programmes aux stratégies multiples .....	9
2.3 Les programmes de prévention pour des populations cibles .....	10
2.3.1 Le programme <i>CODA</i> .....	10
2.3.2 Le programme <i>Liens Familiaux</i> .....	11
2.3.3 Le programme <i>Family Matter</i> .....	11
2.3.4 Le programme <i>Super II</i> .....	12
2.3.5 Synthèse des résultats des programmes de prévention pour des populations cibles .....	13
<b>Chapitre 3 - Synthèse et critiques méthodologiques</b> .....	14
3.1 Synthèse des résultats de l'ensemble des programmes .....	14
3.2 Critiques méthodologiques .....	14
3.2.1 L'évaluation de l'efficacité des programmes de prévention .....	14
3.2.2 Les problèmes de recrutement et d'attrition .....	15
3.2.3 Le biais de sélection .....	16
<b>Chapitre 4 Conclusions et recommandations</b> .....	17
<b>Bibliographie</b> .....	20

## Avant-propos

Au terme de la consultation menée par le Comité permanent de lutte à la toxicomanie de novembre 1995 à juin 1996, l'une des préoccupations apparues comme déterminantes avait pour objet l'implication des familles dans les différents programmes visant la prévention et le traitement de la toxicomanie.

Dans le but d'approfondir les connaissances sur ce thème et d'alimenter sa propre réflexion, le Comité a jugé utile de faire le point, de façon plus spécifique, sur les divers programmes de prévention des toxicomanies axés sur la famille.

Le contenu du rapport qui suit a servi à la préparation du rapport au ministre de la Santé et des Services sociaux intitulé *La toxicomanie au Québec: des inquiétudes à l'action*.

De fait, le mandat du Comité permanent de lutte à la toxicomanie est principalement de conseiller le ministre de la Santé et des Services sociaux sur les grandes orientations qui devraient être retenues en matière de lutte à la toxicomanie et de lui proposer les priorités d'actions ou les domaines d'intervention à privilégier. Pour mener à bien son mandat, le Comité scrute l'évolution des déterminants et des méfaits de la toxicomanie au Québec. Ses préoccupations portent autant sur les problèmes liés à l'usage et à l'abus de psychotropes que sur les actions à entreprendre pour trouver des solutions à ces problèmes. Le Comité permanent s'intéresse à la fois aux données issues de la recherche, aux opinions des intervenants et des experts des divers milieux concernés et à celles de la population de l'ensemble du Québec. Depuis sa création, en 1991, il a produit plusieurs avis et rapports relatifs à la toxicomanie.

Madame Magali H. Dufour a procédé à ce travail de recherche, sous la supervision de madame Louise Nadeau, présidente du Comité et professeure agrégée au département de Psychologie de l'Université de Montréal. La révision du rapport a été effectuée par madame Jocelyne Forget, directrice générale du Comité, et la mise en page a été complétée par madame Françoise Jeannette, secrétaire de direction du Comité.

## **Introduction**

Cette recension des écrits a été effectuée à partir des recherches sur les banques de données Psycinfo et Eric. Les descripteurs «drug abuse prevention and family», «prevention program and family or parent» ont été utilisés pour chacune des banques de données. Des quatre-vingts articles inscrits sous ces descripteurs, près de trente ont été sélectionnés en raison de leur pertinence. Cette recension découle donc de ces recherches.

L'objectif principal de cette recension des écrits consiste à faire le point sur les divers programmes de prévention de la consommation abusive des psychotropes ayant été effectués auprès des familles et de leurs enfants. Afin de pouvoir saisir de façon critique le contenu des programmes de prévention, il apparaît opportun de débiter cette recension en discutant brièvement des facteurs de risque et de protection qui sont généralement associés à la consommation de substances psychoactives (SPA). Dans un deuxième temps, une revue critique des divers programmes de prévention réalisés auprès des familles sera effectuée. Cette recension ne sera toutefois pas exhaustive, ne serait-ce qu'en raison de la publication continuelle de nouvelles recherches, ainsi qu'en raison des difficultés de trouver l'information qui souvent n'est pas diffusée ou encore, l'est uniquement dans les milieux informels. Finalement, des recommandations pour l'élaboration de programmes de prévention futurs seront effectuées.

# Chapitre 1 - Les facteurs de protection et de risque

On peut définir les facteurs de risque comme étant «des variables faisant augmenter la vulnérabilité chez l'enfant à développer des problèmes d'inadaptation sociale. À l'inverse, les facteurs de protection qui sont d'ordre individuels, familiaux et environnementaux ont pour effet de diminuer ou d'atténuer la vulnérabilité par une réponse différente ou modifiée à la situation de risque» (Dobkin, Beaudoin, Paré, Daoust et Chiasson, 1996; Rutter, 1985). L'état actuel des connaissances ne nous permet pas encore de discerner quels sont les facteurs de risque ou les combinaisons de facteurs qui sont les plus virulents, quels sont les facteurs que l'on peut modifier, et quels sont les facteurs qui sont spécifiques à l'abus de drogues plutôt que de simples catalyseurs généraux des divers problèmes de comportement (Hawkins, Catalano, et Miller, 1992). Toutefois, malgré le fait que les relations de causalité soient encore nébuleuses, de nombreuses preuves existent indiquant que l'augmentation du nombre de facteurs de risque va de pair avec l'augmentation de la probabilité d'avoir des problèmes de consommation. On observe même une relation multiplicative des facteurs de risque, au lieu d'une simple relation additive, lors de l'estimation de la probabilité d'une psychopathologie chez l'enfant (Rutter, 1980; Newcomb et coll., 1987 cité dans Hawkins et coll., 1992). Ainsi donc, en dépit du fait que les connaissances actuelles au sujet des facteurs de risque n'indiquent pas une formule infaillible pour la prévention des drogues, elles suggèrent néanmoins des cibles potentielles pour élaborer des stratégies de prévention. Plusieurs auteurs ont résumé les facteurs de risque pouvant contribuer à l'abus de drogues (Dobkin et coll., 1996; Hawkins et coll., 1992; Santé Canada, 1996). Dans leur recension exhaustive de la littérature sur les facteurs de risque, Hawkins et ses collaborateurs identifient dix-sept facteurs pouvant être des précurseurs des problèmes de consommation. Ces dix-sept facteurs de risque peuvent toutefois se regrouper sous trois vocables différents: 1) les facteurs contextuels; 2) les facteurs intra-individuels; 3) les facteurs liés aux relations interpersonnelles.

## 1.1 Les facteurs contextuels

L'ensemble des recherches semble indiquer qu'une législation peu restrictive sur l'achat de l'alcool, ainsi que des normes sociales très tolérantes au sujet de la consommation abusive d'alcool, sont associées avec une prévalence plus élevée des abus d'alcool (Hawkins et coll., 1992). Par ailleurs, on remarque qu'une augmentation de la disponibilité de l'alcool s'accompagne aussi d'une augmentation du nombre de personnes abusant de l'alcool (Gorsuch et Bitler, 1976). De plus, il semble que, pour les enfants démontrant des problèmes de comportement, lorsque ces problèmes sont en conjonction avec un milieu socio-économique extrêmement pauvre, on remarque une augmentation du risque pour l'alcoolisme et les problèmes de drogues. Enfin, les auteurs constatent que le fait de vivre dans un quartier où le voisinage est désorganisé, i.e. où il y a une haute densité de population, une détérioration physique des lieux, et un haut taux de crime est significativement relié au fait de devenir délinquant.

## **1.2 Les facteurs intra-individuels**

La recherche de sensations, l'impulsivité, l'esprit de rébellion et la désinhibition sont toutes des caractéristiques qui, lorsque observées chez le jeune, prédisent fréquemment l'apparition de problèmes de consommation de SPA (Cloniger et coll., 1988; Santé Canada, 1996; Shelder et Block, 1990). Par ailleurs, il est plus fréquent d'observer chez des consommateurs problématiques, une faible estime de soi, un sentiment d'auto-efficacité déficient, une faible capacité d'adaptation au stress et un «locus de contrôle» externe (Santé Canada, 1996). De plus, une attitude favorable envers l'utilisation de drogues ainsi qu'une utilisation à un jeune âge sont aussi des indices fréquemment associés avec des problèmes de consommation à l'âge adulte (Hawkins et coll., 1992). Enfin, des problèmes de comportement, des échecs académiques et un faible degré d'intérêt et d'attachement à l'école primaire sont aussi des facteurs de risque importants (Hawkins et coll., 1992).

## **1.3 Les facteurs liés aux relations interpersonnelles et à la famille**

La troisième catégorie des facteurs de risque peut à son tour se subdiviser en deux sous-catégories. Tout d'abord, il semble que l'influence des pairs peut être un facteur pouvant contribuer à la consommation abusive de psychotropes (Dobkin et coll., 1996; Hawkins, 1992; Santé Canada, 1996). Ainsi, le fait d'avoir un réseau d'amis consommant de l'alcool incite souvent l'adolescent à débiter sa consommation à un jeune âge. Par ailleurs, on remarque que le manque de soutien social entourant le jeune, ou l'adolescent, peut augmenter la vulnérabilité de ce dernier à faire une consommation abusive de SPA.

Dans un second temps, on remarque qu'un nombre important de facteurs de risque sont intimement liés à la famille. Par exemple, Hawkins et ses collaborateurs (1992) dans leur recension d'écrits indiquent que quatre des dix-sept facteurs sont en lien direct avec le contexte familial. C'est donc dire que près de 25% des facteurs pouvant augmenter la probabilité, pour des jeunes, de consommer de façon abusive se retrouvent au sein des interactions et du climat familial. De même, de nombreux résultats de recherche démontrent, de façon corrélationnelle, l'influence de la famille sur la consommation future des jeunes (Barnes et Pareil, 1992; Coombs et Landsverk, 1988; Denton et Kampfe, 1994; Kline et Canter, 1994). Dans leur analyse, Rhodes et Jason (1990) laissent entendre que l'influence de la famille pendant l'enfance est le facteur le plus déterminant en ce qui concerne la capacité d'adaptation du sujet au stress. Cette capacité de faire face au stress apparaît comme l'un des principaux facteurs de protection contre d'éventuels problèmes liés à la consommation d'alcool et d'autres drogues (Rhodes et Jason, 1990). De plus, deux études réalisées chacune auprès de plus de 3 500 jeunes, âgés de 10 à 18 ans, confirment l'importance de la relation avec les parents comme facteur déterminant de la consommation future des enfants (Selnow, 1987). En effet, ces recherches indiquent que les jeunes qui rapportent de meilleures relations avec leurs parents sont aussi ceux qui rapportent le plus faible taux de consommation de SPA (Selnow, 1987). Ces études permettent donc de saisir

l'importance du lien familial dans les comportements futurs d'alcoolisation ou de prise de drogues des enfants.

De nombreuses variables, au sein de la famille, ont été identifiées comme étant des catalyseurs potentiels d'une future consommation abusive. Parmi celles-ci mentionnons: avoir peu de soutien des parents (Barnes et Pareil, 1992; Hawkins, 1992); être dans une famille où il y a peu d'attachement et de proximité affective entre les membres (Barnes et Pareil, 1992; Hawkins, 1992); avoir une famille qui a des attitudes positives et une consommation d'alcool et de drogues élevée (Denton et Kampfe, 1994; Hawkins, 1992); avoir une famille où il y a peu de cohésion familiale et peu de communication (Kline et Canter, 1994); avoir une famille où l'autorité parentale est inconsistante et parfois insuffisante (Coombs et Landsverk, 1988); enfin, être dans une famille où il y a beaucoup de conflits (Hawkins, 1992). La proportion substantielle des facteurs de risque se retrouvant au sein de la famille désigne donc cette variable comme étant une des cibles potentielles les plus importantes dans la prévention de la toxicomanie. Nous nous attardons donc aux programmes de prévention ayant privilégié l'intervention auprès des familles.

## Chapitre 2 - Les programmes de prévention

Les programmes de prévention axés sur la famille sont attrayants du point de vue théorique, non seulement en raison des nombreuses recherches démontrant un lien entre certaines variables de la famille et la consommation des enfants, mais aussi en raison des nombreuses preuves scientifiques de la transmission des problèmes d'alcool de génération à génération (Kumpfer et DeMarsh, 1986 cité dans Klitzner, Stewart et Fisher, 1993). Cet attrait théorique, appuyé par des données probantes, a permis l'élaboration de programmes de prévention axés sur la famille. À première vue, les résultats provenant de diverses évaluations des programmes de prévention axés sur la famille, bien que démontrant une certaine efficacité, ne sont pas encore concluants et ce, en raison des nombreuses faiblesses méthodologiques et des nombreux résultats contradictoires. L'examen microscopique des résultats de recherches des divers programmes de prévention axés sur la famille permettra donc de mieux statuer sur l'efficacité de ces programmes, tout en clarifiant la portée de ces données. Un résumé synthèse des programmes de prévention est présenté au tableau 1.

### 2.1 Les programmes de prévention utilisant la stratégie de l'information

Si l'on observe, de façon générale, l'ensemble des programmes de prévention, i.e. tant ceux pour la prévention des drogues, que ceux pour la prévention des accidents d'automobile, ou ceux pour les problèmes de santé (ex: Sida), on y remarque une prédominance de la stratégie informative. Ainsi, lorsque l'on veut faire cesser ou diminuer un comportement de la population, on crée une campagne de prévention basée sur un enseignement théorique des conséquences néfastes et des dangers amenés par l'exécution du comportement en question, plus particulièrement ici, la consommation de psychotropes.

Or, bien que ce type de programme soit très répandu, en raison du grand nombre de personnes qu'il peut rejoindre, il semble que les résultats de ces programmes soient peu concluants. En effet, la stratégie axée sur la diffusion de l'information ne s'est pas avérée absolument efficace pour réduire la consommation de drogues des enfants (Binet et Sheriff, 1991; Fraser et Vitaro, 1995). Bien que ce volet soit un élément clé des programmes de prévention, il ne constitue pas à lui seul un moyen efficace de modifier les comportements de consommation.

Au Québec, Fraser et Vitaro (1995) recensent deux programmes ayant utilisé principalement cette stratégie d'intervention, soit celui des écoles Sapin-Cèdre et Bouleau (Crête et Grignon, 1983) et celui «*Disons non à la drogue*» (Desbiens et Mercier, 1989). Les deux études ne révèlent pas de différence significative au niveau des connaissances et des attitudes des jeunes face à la consommation. De même, on ne note aucune différence significative en ce qui a trait aux compétences personnelles face aux pressions des pairs entre le groupe sous étude et le groupe de contrôle, pour les participants du programme «*Disons non à la drogue*» (Desbiens et Mercier, 1989 cité dans Fraser et Vitaro, 1995). La stratégie de l'information ne semble pas s'être avérée suffisante pour permettre la modification de comportements.

Tableau 1: Synthèse des programmes de prévention axés sur la famille

<b>Auteur</b>	<b>Participants</b>	<b>Modalités</b>	<b>Mesures dépendantes</b>	<b>Résultats: différences significatives</b>	<b>Évaluation objective</b>	<b>Groupe de contrôle</b>	<b>Relance</b>
<b>STRATÉGIE DE L'INFORMATION</b>							
Crête et Grigon(1983) (Q) Programme des écoles Sapin-Cèdre et Bouleau Cité dans Fraser et Vitaro (1995)	parents et enfants	sondage, recherche par les jeunes, soirée de parents, colloque	satisfaction des sujets, connaissances et attitudes	non	non évaluation qualitative	oui	non
Desbiens et Mercier (1989) Disons non à la drogue (Q) Cité dans Fraser et Vitaro (1995)	parents	spectacle, rencontre de parents	attitudes, information, compétences personnelles	non	oui	oui	non
<b>STRATÉGIES MULTIPLES</b>							
Ruch-Ross(1992) The Child and Family Options Project	enfants et parents	activités enfants-parents	compétences sociales	non, mais changements non évalués par instruments de mesure	oui	oui	non
Grady et coll. (1985) "Preparing parents for teenagers"	parents	6 ateliers sur habiletés parentales dont: communication, prise de décision, écoute et information sur les drogues	compétences: empathie, facilitation de prise de décision	oui	évaluation à l'aide de mises en situation (+/-)	oui	non
Cohen et Rice (1995)	parents-enfants	3 séances: - information sur drogues - pression des pairs - rencontre du cercle d'amis des enfants et de leurs parents	consommation d'alcool et de tabac des enfants	non	oui	oui	oui
Jason et coll. (1994)	parents	- informations dans les journaux - émission de télévision - 5 ateliers: habiletés parentales et influence de la famille pour refuser les drogues	cohésion familiale, connaissance, attitudes, certaines habiletés	oui	oui	oui	non

<b>Auteur</b>	<b>Participants</b>	<b>Modalités</b>	<b>Mesures dépendantes</b>	<b>Résultats: différences significatives</b>	<b>Évaluation objective</b>	<b>Groupe de contrôle</b>	<b>Reliance</b>
Partons du bon pied (1996) (Q)	parents de jeunes de 8 à 12 ans	6 rencontres de parents - habiletés de communication - information sur les drogues	satisfaction	oui	non	non	non
<b><u>PROGRAMMES POUR POPULATION CIBLE</u></b>							
Springer et coll. (1992) CODA	enfants et parents toxicomanes	thérapie créative et du jeu	compétences et problèmes de comportement des enfants	oui	oui	non	non
Dobkin et coll. (1996) Liens Familiaux (Q) (Family connections)	famille dont l'un des parents vient de terminer un traitement pour toxicomanie	ateliers à la maison sur 7 secteurs; plaisir en famille, prise de décision, fierté familiale, valeurs, expressions des sentiments, communication, confiance	environnement familial	non mais les participants ont apprécié le programme et 85% des familles notent des changements sur leur profil familial	oui	oui	non
Nelson (1989) Family Matter!	enfants et parents ayant de faibles revenus et étant dans des communautés culturelles minoritaires	3 niveaux d'implication: - contact personnel avec le coordonnateur - ateliers pour les parents et parent-enfant sur diverses habiletés parentales - journal mensuel	satisfaction des participants et évaluation subjective des acquis selon les participants	oui	non	non	non
Wing (1993) Super II	jeunes à risque et leurs parents	7 séances éducatives: information, communication, estime de soi, résistance aux pairs, habiletés parentales	connaissances, communication, consommation, fonctionnement familial	oui	oui	non	oui

## **2.2 Les programmes de prévention aux stratégies multiples**

La grande majorité des programmes de prévention destinés aux familles emploient de façon concomitante plusieurs stratégies d'intervention. Les premiers résultats de recherches provenant de ces programmes semblent plus concluants que ceux obtenus avec la stratégie de l'information. Toutefois, les nombreuses critiques méthodologiques formulées par les divers auteurs, notamment au sujet du manque d'opérationnalisation des objectifs et au niveau de l'évaluation des programmes, empêchent la formulation de conclusions précises. La prochaine section sera donc consacrée à la description de certains des programmes de prévention décrits dans des publications.

### **2.2.1 Le programme *Child and Family Options Project***

Le programme de prévention «*Child and Family Options Project*» est destiné aux enfants de garderie et à leur mère. Ce programme a pour but d'augmenter les interactions parent-enfant, de développer des habiletés parentales, d'augmenter l'engagement des parents dans l'éducation et d'augmenter les compétences sociales des parents et des enfants (Ruch-Ross, 1992). Les résultats démontrent qu'il n'existe pas de différence significative sur les mesures standardisées entre les 32 participants du groupe sous étude et les 22 participants du groupe de contrôle. Toutefois, l'examen plus approfondi des résultats démontre certains changements chez les mères, notamment le retour à l'école de celles-ci ou encore l'entrée en traitement de celles qui avaient un problème de dépendance aux SPA (Ruch-Ross, 1992). Ces changements, qui ne sont pas mesurés par les échelles standardisées, sont toutefois importants pour les bénéficiaires du programme de prévention. En effet, ils peuvent modifier la relation mère-enfant et permettre à celle-ci d'influencer de façon positive la consommation future et le bien-être de leurs enfants. Ces changements sont donc non-négligeables. Par conséquent, les changements au niveau individuel des participants laissent penser que ce programme a certains effets positifs et ce, même si l'évaluation objective du programme de prévention ne va pas dans ce sens.

### **2.2.2 Le programme *Preparing Parents for Teenagers***

Le programme «*Preparing Parents for Teenagers*» a pour but d'aider les parents à redéfinir leur rôle et leur influence parentale auprès de leurs adolescents (Grady, Gersick et Boratynski, 1985). Ce programme qui utilise comme stratégie le développement des habiletés des parents, notamment dans le domaine de la prise de décision, de la communication, de l'écoute active, ainsi que dans l'application des limites, est particulièrement approprié pour les parents dont l'enfant en est à ses premières expériences avec la cigarette, l'alcool et les drogues. L'évaluation du programme, effectuée par un questionnaire où le parent devait répondre à différentes mises en situation, indique des différences significatives sur les mesures d'évaluation de l'écoute empathique et sur la facilité à prendre des décisions (Grady et coll., 1985). Les auteurs concluent donc que le programme d'intervention s'est avéré un succès, du moins à court terme, en ce qui concerne l'acquisition de certaines habiletés pour les parents. Toutefois, aucune donnée ne

permet de conclure que ces habiletés seront encore présentes à long terme et qu'elles permettront de prévenir l'abus de substances de leurs enfants.

### **2.2.3 Le programme de Cohen et Rice**

Pour sa part, le programme de prévention de Cohen et Rice (1995) s'adresse aux adolescents de 5 et 7<sup>ième</sup> années, ainsi qu'à leurs parents. Ce programme a pour objectif principal de permettre aux parents de rencontrer les amis de leurs enfants ainsi que les parents de ces amis (Cohen et Rice, 1995). Deux cohortes de plus de 1000 étudiants chacune participèrent aux activités. Toutefois, le degré de participation des parents fut très faible: seulement 52 parents de la première cohorte et 96 de la deuxième participèrent au programme conjointement avec leurs enfants. Les résultats démontrent, pour chacun des cinq temps de mesure, qu'il n'y a aucune différence dans l'utilisation de l'alcool et du tabac entre le groupe de contrôle et celui sous étude et ce, pour les deux cohortes. Or, l'utilisation de l'alcool et du tabac a même augmenté avec les années, augmentation tout à fait normale si l'on tient compte de leur stade développemental. Par ailleurs, les résultats ne démontrent pas de différence significative entre le groupe sous étude et le groupe de contrôle en ce qui a trait à l'évaluation des enfants au sujet des comportements de leurs parents (communication, temps passé ensemble, respect, etc). De plus, on remarque que la perception de l'enfant en ce qui a trait à la surveillance, au respect et au rapport entretenu avec les parents, diminue avec le temps et ce, pour les deux groupes et les deux cohortes. Les auteurs concluent donc que leur programme de prévention des drogues ciblé sur la famille a échoué à produire des changements chez les adolescents (Cohen et Rice, 1995). Toutefois, il faut noter qu'aucun apprentissage de compétence parentale n'était proposé dans ce programme, ni même d'information concernant les drogues. Il est donc probable que l'utilisation combinée de ces stratégies aurait eu pour conséquence d'augmenter l'efficacité de ce programme.

### **2.2.4 Le programme de Jason et ses collaborateurs**

Le programme de prévention de Jason et ses collaborateurs est composé de trois volets d'intervention fort différents, dont un volet information dans les journaux, un à la télévision et enfin, des ateliers pour les parents (Jason, Pokorny, Kohner et Bennetto, 1994). Il s'adresse particulièrement aux parents d'enfants de 5 à 12 ans. Ce programme semble avoir permis aux parents du groupe sous étude, en comparaison avec ceux du groupe de contrôle, d'augmenter leurs connaissances au sujet des drogues ainsi que certaines habiletés, notamment celles d'établir une position claire en ce qui a trait à la prise de drogue et d'alcool, celle de distribuer des punitions et des renforcements, ainsi que la capacité d'enseigner à leurs enfants des stratégies pour dire non à l'alcool et la drogue. Ces résultats permettent donc de constater que l'information des médias (journaux et télévision), si utilisée seule, s'avère inefficace dans l'acquisition de connaissances sur les drogues ainsi que sur l'acquisition d'habiletés pour permettre aux parents de modifier ou retarder la consommation d'alcool ou de drogues de leurs enfants (Jason, Pokorny, Kohner et Bennetto, 1994).

### **2.2.5 Un programme Québécois: *Partons du bon pied***

Le troisième programme de prévention qui semble donner des résultats positifs est réalisé au Québec. Il se nomme «*Partons du bon pied*» et s'adresse aux parents de pré-adolescents (8-12 ans). Ce programme a pour buts d'améliorer la communication parent-enfant; de rehausser l'estime de soi des parents; de développer l'entraide et le soutien mutuel entre les parents; et de fournir des renseignements sur les drogues et des stratégies pour prévenir l'abus chez les adolescents (Santé Canada, 1993). *Partons du bon pied* s'appuie sur le principe que c'est en consolidant les habiletés et compétences des parents, et en puisant dans les ressources familiales et communautaires, que la plupart de parents éduqueront des enfants sains et heureux (Santé Canada, 1993).

Ce programme, auquel plus de 4 640 parents ont déjà participé, est constitué de six rencontres où des informations sur les drogues ainsi que l'apprentissage d'habiletés de communication sont enseignées (Processus, 1995). Les sessions regroupent généralement six à huit parents. Ces petits groupes intimes permettent aux parents de pouvoir discuter de leurs préoccupations et de leurs difficultés tant personnelles que de celles rencontrées avec leurs enfants. De plus, deux livrets d'information sont distribués aux parents. Le premier discute des habiletés parentales, tandis que le second les renseigne sur les drogues et sur les façons d'en décourager l'usage chez leurs enfants. Les avantages de ce programme se situent donc à deux niveaux. Tout d'abord, il permet d'améliorer certaines habiletés parentales, facteur qui, nous le savons maintenant, est souvent déterminant dans la consommation des enfants. De plus, il permet aux parents de recevoir du soutien de d'autres parents. Ce soutien, trop souvent négligé dans les programmes de prévention, s'avère être un élément clé car, en plus de permettre l'établissement d'un réseau social, il permet une verbalisation des craintes et des besoins qui aide au maintien de l'équilibre émotif des parents dont le rôle se complexifie. Cette double stratégie d'intervention, support/acquisition d'habileté, semble être la clé du succès pour ce programme.

Bien que la structure de ce programme semble prometteuse, aucune donnée objective n'a encore été recueillie pour appuyer cette impression. En effet, l'évaluation scientifique de ce programme n'a jamais été réalisée et ce, en raison de problèmes de financement. Toutefois, le haut taux de participation et de completion du programme, soit environ 79%, ce qui s'avère le plus haut taux observé dans la présente recension des écrits, l'énorme satisfaction des parents, ainsi que les commentaires des parents concernant les changements au niveau de la communication dans la famille et de l'atmosphère familiale, sont de bons indices de l'efficacité potentielle de ce programme (Processus, 1995).

### **2.2.6 Synthèse des résultats des programmes aux stratégies multiples**

Les programmes de prévention privilégiant l'utilisation de stratégies multiples semblent plus efficaces que ceux n'employant que la stratégie de l'information. En effet, trois des cinq (60%) programmes de prévention de cette section, versus aucun dans la section précédente, présentent des résultats permettant de penser que ces programmes ont permis de prévenir l'apparition de

futurs problèmes de consommation. À première vue, les programmes aux stratégies multiples semblent donc relativement efficaces dans la lutte à la toxicomanie. Toutefois, si l'on considère, d'une part, que seul un des trois programmes présentant des résultats positifs a été évalué à l'aide d'instruments de mesure validés, et que d'autre part, aucun de ces programmes n'a mesuré les effets réels de l'intervention à long terme sur la consommation de SPA des adolescents, il devient alors difficile de conclure de façon définitive aux bienfaits de ces programmes.

## 2.3 Les programmes de prévention pour des populations cibles

### 2.3.1 Le programme CODA

Les cinq programmes de prévention suivants ont été appliqués auprès de populations à plus haut risque de consommation de SPA. Le premier programme se nomme «*CODA*<sup>1</sup>» et s'adresse aux enfants de 4 à 11 ans et à leurs parents alcooliques ou consommateurs de drogues (Springer, Phillips, Phillips, Cannady et Kerst-Harris, 1992). Ce programme de prévention a deux volets. Le premier volet consiste en une thérapie de groupe pour l'enfant, tandis que le second se compose d'une thérapie d'interactions de groupe pour les enfants et leur famille. Cette intervention se fait à l'aide des techniques de thérapie du jeu et de l'art, techniques qui favorisent l'expression des sentiments et des pensées, la communication et les interactions dans les familles. Les stratégies d'art et de jeu ont été privilégiées pour l'intervention et ce, en raison de la méfiance et de la perception menaçante qu'a la thérapie traditionnelle pour les familles où il y a des problèmes de dépendance. Cette stratégie est donc une façon innovatrice de travailler avec une population qui est généralement peu présente dans les programmes à grande échelle.

De façon générale, on note des différences significatives tant sur le volet compétence, que sur le volet problèmes de comportement, de l'instrument de mesure «*Child Behavior Checklist*» (instrument complété par les parents) pour l'ensemble de l'échantillon (32 filles et 35 garçons). Ce résultat positif doit cependant être interprété avec circonspection. En effet, l'augmentation des compétences et la diminution des problèmes de comportement observés pourraient être le fait d'un changement dans la capacité d'évaluation des parents. Par ailleurs, on peut aussi reprocher à cette évaluation d'avoir négligé de mesurer les objectifs réels de l'intervention, soit augmenter la communication et l'expression des sentiments. Par conséquent, l'évaluation ne supporte pas de façon définitive la conclusion que le programme CODA a atteint son but qui était de changer les comportements des enfants qui ont des parents toxicomanes ou alcooliques (Springer et coll., 1992).

---

1. CODA est utilisé comme étant le véritable nom du programme. Toutefois, il provient de l'acronyme «*children of drug abuser*»

### 2.3.2 Le programme *Liens Familiaux*

Le programme de prévention «*Family Connections*» ou en français «*Liens familiaux*» est l'un des seuls à avoir été traduit et appliqué au Québec. Ce programme vise à renforcer les liens affectifs entre les membres de la famille, à augmenter la qualité de vie au sein de la famille et à briser le cycle d'abus de psychotropes dans les familles (Dobkin et coll., 1996). Il s'adresse particulièrement aux familles toxicomanes dont les enfants sont à haut risque. C'est en s'inspirant des sept éléments communs aux familles à succès soit, valeurs familiales, plaisir en famille, confiance, expression des sentiments, prise de décision, sentiment d'appartenance et communication, que ce programme a élaboré ses activités (Lee et Goddard, 1989). Ce programme de prévention, qui est très flexible, aide les familles à travailler de nouvelles habiletés dans les secteurs identifiés par eux comme étant importants. Ce faisant, il les aide à reprendre la maîtrise sur leur vie familiale, il leur redonne le contrôle et la responsabilité de leur propre bien-être (Lee et Goddard, 1989).

Au Québec, ce programme fut appliqué auprès de 24 familles provenant de différents centres de traitement du Québec. Les familles étaient réparties au hasard dans le groupe sous étude (n= 11) et le groupe de contrôle (n=13) (Dobkin et coll., 1996). Les enfants de ces parents étaient âgés de 7 à 12 ans. Comme dans la majorité des programmes de prévention, les chercheurs éprouvèrent de grandes difficultés de recrutement.

En ce qui a trait à l'efficacité du programme, les résultats indiquent, chez les deux groupes, une amélioration au niveau de la perception de «l'environnement familial» par les membres de la famille. Par conséquent, cette amélioration ne peut être attribuable à l'efficacité du programme. Or, si l'on s'attarde aux résultats concernant le profil familial, on constate que 85% des familles du groupe sous étude se sont améliorées après l'intervention. Cet outil qui mesure les secteurs travaillés par les familles, n'a toutefois jamais été validé. Ainsi, la majorité des familles sous étude indiquent des changements attribuables au programme de prévention, alors que l'évaluation objective de ces changements à l'aide de l'instrument sur l'environnement familial n'indique pas de différences attribuables au programme. Devant cette divergence des résultats, les auteurs émettent l'hypothèse qu'il est probable que les changements qui apparaissent au profil familial (communication, valeur, confiance, prise de décision, expression des sentiments, plaisirs) ne se seraient pas généralisés à l'ensemble de la vie familiale, de sorte que cela ne se traduit pas à travers les mesures de l'environnement familial (Dobkin et coll. 1996). À la lumière de ces résultats, les auteurs font plusieurs recommandations dont celle de changer la période d'application du programme et de modifier certaines sections des activités, de façon à augmenter l'efficacité potentielle du programme.

### 2.3.3 Le programme *Family Matter*

Pour sa part, le programme «*Family Matter!*» s'adresse à un autre type de familles à risque, i.e. aux familles appartenant aux communautés minoritaires ayant un faible revenu (Nelson. 1989). Ce programme a été élaboré dans le but de fournir du soutien aux parents. L'objectif général de

ce programme, qui est de prévenir l'abus de substances, s'opérationnalise par un renforcement des relations familiales, i.e. par l'augmentation de la fréquence d'utilisation des stratégies effectives. Les parents ont l'opportunité de participer à ce programme de trois façons, soit: a) par un contact personnel avec le coordonnateur familial dans leur centre communautaire; b) par des rencontres de parents qui sont combinées avec des activités parent-enfant; c) par la lecture mensuelle d'un petit journal que les parents reçoivent à la maison. Ces trois stratégies d'intervention permettent donc aux parents de choisir leur niveau d'implication et permet aussi de rejoindre un grand nombre de parents qui n'auraient jamais participé à ce genre d'activité.

Environ 300 parents dont les enfants sont âgés entre 9 et 15 ans ont participé au programme «*Family Matter!*» (Nelson, 1989). L'évaluation de l'impact du programme a été effectuée auprès des parents à l'aide d'entrevues téléphoniques. L'évaluation des acquisitions est donc complètement subjective. Les résultats de l'entrevue indiquent que 100% des parents rapportent que le programme a renforcé leurs habiletés de prise de décision. Par ailleurs, plus de 90% des parents déclarent que le programme les a aidés dans leurs interactions avec leurs enfants et les a aidés à augmenter la qualité et la quantité de temps passé avec ces derniers. Enfin, plus de 85% des parents disent que ce programme a permis d'augmenter leur confiance en eux dans leur rôle de parent et de faire une meilleure gestion du stress dans la famille (Nelson, 1989). Ces nombreux changements positifs sont toutefois le résultat d'une évaluation subjective à court terme et doivent être considérés avec prudence.

En ce qui concerne l'évaluation de l'apport de chacune des stratégies d'intervention et de leur efficacité, les modalités «groupe de parents» et «contact individuel avec le coordonnateur» ont été évaluées comme les méthodes les plus efficaces pour fournir du soutien et des encouragements. Pour sa part, le journal, qui était lu par 94% des gens, a été évalué comme une excellente source d'information, mais comme étant une stratégie moins efficace que les interactions personnelles pour ce qui a trait au soutien et aux encouragements. Enfin, le segment qui fut le plus apprécié du programme fut le contact hebdomadaire avec le coordonnateur du programme qui, selon les participants, leur permettait de prendre conscience de leurs forces et de se sentir plus confiants dans leur rôle de parent (Nelson, 1989). Bref, ce programme semble avoir permis certains changements et avoir été fort apprécié des participants, particulièrement en ce qui concerne le volet «contacts personnels». Toutefois, les limites méthodologiques de l'évaluation dont, une évaluation uniquement subjective, le suivi uniquement à court terme et le manque de mesure standardisée, ne permettent pas de conclure de façon définitive sur l'efficacité de ce programme.

### **2.3.4 Le programme *Super II***

Enfin, le programme «*SUPER II*» (Wing, 1993) semble lui aussi avoir donné des résultats positifs. Ce programme, qui s'adresse aux jeunes à risque et à leurs parents, est composé de sept sessions éducatives où des sujets tels les drogues, l'estime de soi, la résistance aux pairs, la communication, sont abordés. Les résultats démontrent une amélioration significative quant aux connaissances des SPA et en ce qui concerne la communication. De plus, on remarque au post

test, i.e. trois mois après la cessation du programme, une diminution significative dans la fréquence d'abus de substances chez les jeunes ayant participé au programme. Bref, sur les huit programmes recensés par Wing (1993), seul ce programme s'avère efficace dans la lutte à la toxicomanie.

### **2.3.5 Synthèse des résultats des programmes de prévention pour des populations cibles**

Tout d'abord, on constate que les programmes de prévention dessinés pour des populations cibles semblent atteindre leurs buts d'enseignement et de prévention. En effet, trois des quatre programmes présentés dans cette section rapportent des résultats laissant croire à leur efficacité. Par ailleurs, le seul programme ne démontrant pas une telle efficacité (*Liens familiaux*), semble tout de même avoir contribué à certains changements chez les parents et ce, tel que rapporté par ces derniers. Par conséquent, si l'on observe uniquement les résultats sans trop s'attarder aux limites méthodologiques des évaluations, on peut penser que ces programmes sont efficaces dans la prévention de la toxicomanie. Toutefois, les limites méthodologiques, dont notamment le manque de relance, de groupe de contrôle et l'absence d'évaluation à long terme de l'impact de ces programmes, viennent limiter la portée de ces données.

## **Chapitre 3 - Synthèse et critiques méthodologiques**

### **3.1 Synthèse des résultats de l'ensemble des programmes**

À la lumière de ces résultats, on constate que, dans l'ensemble, les programmes de prévention axés sur la famille semblent être légèrement efficaces. En effet, on observe, pour six des onze (56%) programmes de prévention discutés, des résultats positifs, i.e. une différence significative sur les instruments de mesure utilisés. De plus, si l'on prend en compte l'ensemble des résultats des programmes, i.e. même ceux non mesurés par les instruments de mesure, on constate une augmentation substantielle du nombre de programmes ayant une efficacité relative. Ainsi, sur les cinq programmes de prévention ne démontrant pas de changements significatifs sur les diverses mesures, on remarque que pour au moins deux d'entre eux, les participants indiquent avoir retiré des bénéfices du programme de prévention. Ce faisant, les changements rapportés par les participants, mais non présents sur les instruments de mesure, laissent croire à une certaine efficacité de ces programmes. Il est donc possible que les résultats négatifs de ces études soient la résultante d'une évaluation inadéquate, i.e. avec des instruments de mesure inappropriés ou pas suffisamment performants, plutôt que le fait d'un programme inefficace. Bref, si l'on tient compte de l'ensemble des résultats, huit des onze programmes semblent avoir contribué à la modification de certains facteurs de risque au sein de la famille. On peut donc penser qu'il est probable que certains programmes de prévention, notamment ceux privilégiant l'utilisation de stratégies multiples et/ou ceux ayant des populations cibles, aient le potentiel de prévenir des problèmes de toxicomanie. On peut donc conclure, dans un premier temps, que les programmes de prévention axés sur la famille produisent des résultats positifs mais modestes.

### **3.2 Critiques méthodologiques**

L'observation de la méthodologie de ces études vient toutefois nuancer les résultats positifs concernant l'efficacité des programmes de prévention axés sur la famille. En effet, si l'on observe plus spécifiquement la méthodologie des recherches, on constate d'énormes lacunes. Une des premières faiblesses méthodologiques de ces études se situe au niveau de l'évaluation de l'efficacité des programmes. Le deuxième problème majeur de ces études est attribuable à la difficulté de recrutement et à un haut taux d'attrition des participants. Enfin, l'effet de plafond causé par un biais de sélection vient lui aussi embrouiller les résultats. Chacun de ces problèmes sera discuté brièvement.

#### **3.2.1 L'évaluation de l'efficacité des programmes de prévention**

L'évaluation de l'efficacité des programmes de prévention, comme répété fréquemment dans cet ouvrage, est une des faiblesses majeures de ces études. En effet, de tous les programmes de prévention recensés, un seul remplit les conditions méthodologiques nécessaires (groupe de contrôle, relance, instruments de mesure validés) permettant d'obtenir des données fiables et

valides. Ainsi, pour dix des onze programmes (90%), l'absence soit de groupe de contrôle, de relance, d'utilisation d'instruments de mesure validés, d'évaluation à long terme de la consommation des jeunes, et/ou de buts opérationnels et mesurables, vient embrouiller les résultats, permettant difficilement de statuer sur la réelle efficacité de ces programmes (Elmqvist, 1995). Par conséquent, même si certaines études démontrent une amélioration au niveau des habiletés parentales qui, on le suppose, devrait à long terme avoir un effet positif sur la consommation de SPA des enfants, rien ne nous assure de l'efficacité de ces programmes dans la lutte à la toxicomanie. Bref, les lacunes majeures dans l'évaluation de l'efficacité des programmes ne permettent pas de dégager l'impact véritable de ces programmes sur la consommation de SPA des jeunes.

### **3.2.2 Les problèmes de recrutement et d'attrition**

Si les limites liées à l'évaluation des programmes ne permettent pas de comprendre le sens réel des résultats sur l'efficacité, les problèmes de recrutement et d'attrition quant à eux, empêchent de généraliser les données à d'autres populations. L'ensemble des chercheurs signale les difficultés de recrutement ainsi que de participation aux activités de la part des parents comme étant un des obstacles majeurs à l'interprétation des données (Cohen et Linton, 1995; Dobkin et coll., 1996; Spoth et Redmond, 1994; Springer, 1992). Les problèmes de recrutement rencontrés par les auteurs sont généralement dus à certains obstacles empêchant les parents de participer aux activités. Parmi ces obstacles, on retrouve la peur d'être stigmatisé, la peur d'être critiqué face à leur propre utilisation de SPA, la peur que des reproches soient effectués quant à leurs habiletés à élever un enfant, le manque de temps, la durée et les facilités attachées au programme de prévention (Cohen et Linton, 1995; Cohen et Rice, 1995; Processus, 1995). Enfin, certains auteurs ajouteront que le déni des problèmes, la sous-estimation de la gravité de la problématique et l'inconfort de certains parents (la timidité) sont aussi des barrières susceptibles de limiter la participation (Cohen et Linton, 1995). Ainsi, un programme étiqueté comme étant «une intervention préventive pour les drogues» peut ne pas créer un environnement assez secure pour permettre aux parents de se dévoiler et d'aller chercher de l'aide (Cohen et Linton, 1995; Springer, 1992). Bref, les futurs programmes de prévention devront tenir compte de toutes ces barrières afin de pouvoir augmenter le nombre de participants, et par conséquent, augmenter la représentativité de leur échantillon de parents.

Pour sa part, le problème d'attrition est un des plus sérieux problèmes auxquels les chercheurs sont confrontés. Les données suivantes permettront de mieux saisir l'ampleur de la problématique. Le haut taux d'abandon est bien représenté par l'étude de Springer et coll. (1992) qui indique que seuls 42% des parents ayant accepté de participer ont complété le programme. De la même manière, l'étude de Grady et de ses collaborateurs (1985) indique que des 299 parents s'étant inscrits au cours, 71,9% l'ont débuté et seulement 56% ont participé à au moins trois séances. Pour leur part, Cohen et Linton (1995) indiquent que 66% des parents ont complété l'enquête postale envoyée à plusieurs reprises, tandis que seulement 10% ont participé à au moins une séance d'information. Il est donc fréquent de rencontrer des taux d'abandon ou de non-participation supérieur à 50%. De plus, l'intention de participer au programme ne semble pas un

facteur permettant de prédire la participation des parents (Cohen et Linton, 1995). Bref, la difficulté de recrutement et le haut taux d'attrition rencontrés dans les programmes de prévention sont des problèmes de taille qui nuisent à l'application des programmes et à l'interprétation des données.

### **3.2.3 Le biais de sélection**

Par ailleurs, en plus de l'attrition énorme et de la difficulté de recrutement, on remarque que les familles qui ne participent pas aux programmes sont souvent celles qui profiteraient le plus de cette intervention. Ainsi, les enfants dont les parents ne participent pas aux programmes sont souvent ceux qui rapportent utiliser du tabac, ont le plus d'amis qui abusent de substances, sont le moins encadrés par leurs parents, ont des conduites de risque, ont de moins bons résultats scolaires et ont des parents qui ont une consommation d'alcool et de tabac plus élevée (Cohen et Linton, 1995). Les familles à risque semblent donc être sous-représentées dans les études, tandis que les familles où un certain suivi des enfants est effectué semblent sur-représentées. L'étude de Hahn (1995) semble corroborer ces affirmations. En effet, l'auteur observe que les parents participant le plus («high attenders», 3-7 sessions) sont ceux de race blanche (en comparaison avec les Africains-Américains), qui sont impliqués dans le milieu scolaire de leurs enfants et qui perçoivent le moins de barrières à la participation (manque de temps, transport, garde des enfants). Pour leur part, les parents participant le moins («low attenders», 1-2 sessions) font une plus grande utilisation de drogues et d'alcool et sont moins portés à voir leur rôle de parent comme un modèle pour leurs enfants (Hahn, 1995). Enfin, une dernière étude indique qu'en comparaison avec les non-fumeurs, une proportion significative des utilisateurs de tabac perçoivent leurs enfants comme étant plus susceptibles de consommer de l'alcool et des drogues mais sont moins intéressés à maintenir la santé à travers des activités de prévention (Hahn, 1993). À la lumière de ces résultats, on peut constater que les difficultés ne se limitent pas à un faible taux de participation, mais incluent aussi un biais de sélection et un effet de plafond qui est dû à la participation des parents qui prennent déjà soin de façon appropriée de leurs enfants (DeMarsh et Kumpfer, 1985 cité dans Cohen et Rice, 1995). Ces problèmes qui sont en fait des limites méthodologiques, remettent donc en question toute la validité externe des études de prévention.

## Chapitre 4 - Conclusions et recommandations

À la lumière de ces informations, cinq grand constats s'imposent:

- 1) Les programmes de prévention axés sur la famille donnent des résultats positifs mais modestes.
- 2) Les programmes de prévention axés sur la famille, même lorsqu'ils n'obtiennent aucun changement, et ce tel que mesuré par les instruments de mesure, semblent être fort appréciés des parents et semblent contribuer à l'acquisition de connaissances et de nouvelles habiletés. Ces nouveaux acquis, qui ne sont pas évalués par les instruments de mesure traditionnels, permettent fréquemment d'améliorer le bien-être familial, la communication et certaines habiletés parentales. Par conséquent, même les programmes de prévention ne démontrant pas de changements significatifs semblent, à l'échelle individuelle, contribuer à la prévention de la toxicomanie.
- 3) Les programmes de prévention où la stratégie de l'information est utilisée comme l'unique moyen d'intervention s'avèrent inefficaces. Par contre, ceux utilisant diverses stratégies d'intervention dont l'apprentissage d'habiletés parentales, l'information et le soutien ont un potentiel plus élevé d'être efficaces dans la lutte à la toxicomanie.
- 4) On constate que les programmes de prévention ayant atteint leurs buts sont fréquemment ceux qui avaient au préalable déterminé leur population cible. Par conséquent, il semble y avoir une augmentation de l'efficacité des programmes de prévention lorsque ces derniers utilisent diverses méthodes d'intervention et lorsque le programme est dessiné pour une population spécifique.
- 5) Les programmes de prévention axés sur la famille sont aux prises avec d'énormes problèmes de recrutement et d'attrition qui, jumelés aux limites méthodologiques des évaluations, viennent contaminer la validité externe et brouiller les résultats. Par conséquent, il est difficile de statuer définitivement sur l'efficacité de ces programmes.

Compte tenu de ce qui précède, on peut penser que les programmes de prévention axés sur la famille, s'ils sont modifiés et améliorés, seront des moyens efficaces dans la lutte à la toxicomanie. Voici donc quelques recommandations pouvant contribuer à l'élaboration de nouveaux programmes de prévention:

- R1- Les programmes de prévention devraient préférablement s'adresser aux familles dont les enfants se situent à la fin du primaire, i.e. âges entre 8 et 12 ans (Fraser et Vitaro, 1995; Nelson 1989),
- R2- Les programmes de prévention axés sur la famille devraient privilégier les interventions à plusieurs niveaux dont un d'éducation et de formation, un de soutien et un d'identification des ressources des familles. Ainsi, pour les parents, renseignement d'habiletés pour élever des enfants, notamment des stratégies de gestion du stress, de prise de décision et de communication, serait un volet nécessaire (Oyemade et Washington, 1989). De plus, le programme devrait aussi permettre de discuter de certaines problématiques associées aux jeunes, notamment les problèmes académiques, les conduites de risque, la prise de drogue, etc. Par ailleurs, tel que déjà mentionné ci-haut, le contenu des programmes ne devrait pas viser exclusivement l'information mais devrait aussi enseigner des habiletés et incorporer des jeux de rôle et des pratiques, afin de pouvoir généraliser les apprentissages dans la vie de tous les jours (Binet et Sheriff, 1991; Elmquist, 1995. - Fraser et Vitaro, 1995). Bref, les programmes de prévention devraient mettre l'accent sur les compétences, l'autonomie, le pouvoir d'action et de changement des parents (Régie Régionale, 1996),
- R3- Certains chercheurs recommandent de cibler de façon plus spécifique les facteurs de protection plutôt que d'essayer de contrôler les facteurs de risque. Ainsi, l'augmentation des trois facteurs protecteurs, i. e. le respect, le rapport parent-enfant, ainsi que le «monitoring» des enfants semble être une direction des plus prometteuses pour de futurs programmes de prévention (Cohen et Rice, 1995),
- R4- Les programmes de prévention devraient aussi avoir des relances, des objectifs opérationnalisables, des instruments de mesure fiables et valides, un groupe de contrôle et une évaluation de l'efficacité du programme à la fin de son application (Elmquist, 1995; Fraser et Vitaro, 1995),
- R5- Par ailleurs, certains chercheurs recommandent de porter attention non seulement au contenu du programme mais aussi à son «design» et à son implantation. Ainsi, le fait de s'assurer de la prise en charge du programme par le milieu, de cibler le jeune et les adultes significatifs, de s'assurer d'une durée adéquate de l'intervention, d'assurer une formation aux intervenants, de respecter les valeurs et les attitudes des parents en tenant compte de leur appartenance culturelle et sociale, de rendre les programmes accessibles et de mettre en valeur les bénéfices du programme, sont tous des moyens d'augmenter l'efficacité d'un programme (Régie Régionale, 1996 p.27-30 et 53-56).

R6- Enfin, Wing (1993) suggère une nouvelle façon d'élaborer des projets de prévention qu'il appelle la méthode orientée vers le dialogue, en comparaison avec la méthode expérimentale déjà utilisée. Cette méthode préconise, pour l'élaboration d'un projet de prévention, des discussions, des remises en question et des évaluations fréquentes au lieu d'une simple étude théorique des programmes déjà existants. Cette méthode essaie ainsi de profiter de toutes les sources d'Informations disponibles. Cette ouverture d'esprit et cette flexibilité dans l'élaboration du programme et dans son application sont nécessaires pour soutenir et comprendre l'ensemble des résultats des programmes de prévention, car pour eux, *«it seems we really are learning something about substance abuse prevention after all. We just can't figure out how to get current evaluation research designs to capture those learning»* (Wing, 1993: 252). En plus de recommander l'étude exhaustive des connaissances sur la prévention., il recommande d'adapter et de modifier les programmes d'intervention de sorte que leur implantation se fasse de façon spécifique à la population. Par ailleurs, il encourage l'utilisation de multiples stratégies pour atteindre les divers objectifs. Enfin, il suggère de créer un réseau permettant à toutes les communautés de partager leur savoir et leur programme de prévention (Wing, 1993),

Ces recommandations constituent donc, dans l'ensemble, de nouvelles façons d'augmenter l'efficacité potentielle d'un programme de prévention axé sur la famille.

En conclusion, bien que les programmes de prévention axés sur la famille semblent être une avenue de prévention intéressante, beaucoup reste encore à faire pour en démontrer l'efficacité. Il ne faut toutefois pas relâcher nos efforts, car les apprentissages et changements observés chez les parents constituent de petits pas vers l'atteinte d'une société en meilleure santé mentale et qui consomme moins de psychotropes.

## Bibliographie

---

- Barnes, G.M. et Farrell, M.P. (1992). Parental support and control as predictors of adolescent drinking, delinquency, and related problem behaviors. *Journal of marriage and the family*, 54, 763-776.
- Cassel, R.N. (1990). California free mason school PTA drug abuse parent alert program. *Psychology, a journal of Human behavior*, 27 (3), 31-39.
- Cohen, D.A. et Linton, K. L.P. (1995). Parent participation in an adolescent drug abuse prevention program. *Journal of drug education*, 25 (2), 159-169.
- Cohen, D.A. et Rice J.C. (1995). A parent-targeted intervention for adolescent substance use prevention. *Evaluation review*, 19 (2), 159-180.
- Coombs, R.H. et Landsverk, J. (1988). Parenting styles and substance use during childhood and adolescence. *Journal of marriage and the family*, 50, 473-482.
- Denton, S.E. et Kampfe, C.M. (1994). The relationship between family variables and adolescent substance abuse: a literature review. *Adolescence*, 29, 475-495.
- Dobkin, P.L., Beaudoin, J., Paré, R., Daoust, R. et Chiasson, J-P. (1996). *Intervention familiale pour les enfants de parents toxicomanes*. Rapport de recherche présenté au Conseil québécois de la recherche sociale et au Secrétariat à la famille.
- Elmquist, D.L. (1995). A systematic review of parent-oriented programs to prevent children's use of alcohol and other drugs. *Journal of drug education*, 25 (3), 251-279.
- Fraser, J. et Vitaro, F. (1995). Les programmes de prévention des toxicomanies chez les jeunes: une recension critique des écrits. *Science et comportement*, 24 (1) 1-30.
- Grady, K., Gersick, K.E. et Boratynski, M. (1985). Preparing parents for teenagers: a step in the prevention of adolescent substance abuse. *Family relations*, 34 (4) 541-549.
- Hahn, E.J. (1995). Predicting head start parent involvement in alcohol and other drug prevention program. *Nursing research*, 44 (1), 45-51.
- Hahn, E.J. (1995). Parental alcohol and other drug (AOD) use and health beliefs about parent involvement in AOD prevention. *Issues in mental health nursing*, 14 (3), 237-247.

- Hawkins, J.D., Catalane, R.F. et Miller, J.Y. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: implications for substance abuse prevention. *Psychological bulletin*, 112 (1), 64-105.
- Jason, L.A., Pokorny, S. B., Kohner, K. et Bennetto, L. (1994). An evaluation of the short-term impact of a media-based substance abuse prevention programme. *Journal of community & applied social psychology*, 4 (1) 63-69.
- Kline, R.B. et Canter, W.A. (1994). Can educational programs affect teenage drinking? a multivariate perspective. *Journal of drug education*, 24 (2), 139-149.
- Klitzner, M., Stewart, K. et Fisher, D. (1993). Reducing underage drinking and its consequences. *Alcohol health and research world*, 17(1), 12-18.
- Lee, T.R. et Goddard, H.W. (1989). Developing family relationship skills to prevent substance abuse among high-risk youth. *Family relations*, 38, 301-305.
- Nelson, P.T. (1989). Involving families in substance abuse prevention. *Family relations*, 38, 306-310.
- Oyemade, U.J. et Washington, V. (1989). Drug Abuse prevention begins in early childhood (And is much more than a matter of instructing young children about drugs!). *Young Children*, 44 (5), 6-12.
- Processus (1996). *Rapport final sur le déroulement des activités de 1994-1995, dans le cadre du programme «Partons du bon pied»*. Document non-publié.
- Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre (1996). *Formation sur le plan global intersectoriel pour les territoires engagés dans la priorité jeunesse*. Disponible à la Direction de la santé publique de Montréal-Centre.
- Ruch-Ross, H.S. (1992). The child and family options program: primary drug and alcohol prevention for young children. *Journal of community psychology, OSAP special issues*, 39-54.
- Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American journal of orthopsychiatry*, 57 (3) 316-331.
- Santé Canada (1993). *Guide d'animation: Partons du bon pied*. Publié par le ministère de la Santé nationale et du Bien-être social. Canada.
- Santé Canada (1996). *Explorer les liens entre la santé mentale et l'usage de substances*. Document de travail, table ronde.

- Selnow, G.W. (1987). Parent-child relationships and single and two parent families: implications for substance usage. *Journal of drug education*, 17 (4), 315-326.
- Spoth, R. et Redmond, C. (1994). Effective recruitment of parents into family-focused prevention research: a comparison of two strategies. *Psychology and health*, 9, 353-370.
- Springer, J.F., Phillips, J.I., Phillips, L., Cannady, L.P. et Kerst-Harris, E. (1992). CODA: a creative therapy program for children in families affected by abuse of alcohol or other drugs. *Journal of community psychology*, OSAP special issues, 55-74.
- Tremblay, Y., Turcotte, P., Papillon, S., Rousseau, R. et Potvin, P. (1991). La toxicomanie juvénile: tendances des stratégies d'intervention. *Apprentissage et socialisation*, 14 (2), 117-124.
- Van Hasselt, V.B., Hersen, M., Null, J.A., Ammerman, R.T., Bukstein, O.G., McGillivray, J. et Hunter, A. (1993). Drug abuse prevention for high-risk African American children and their families: a review and model program. *Addictive behaviors*, 18 (2), 213-234.
- Wing, K.T. (1993). Lesson from experience: the role of research in improving substance abuse prevention. *Journal of community psychology*, 21 (3) 246-255.