

Article

« L'efficacité des programmes de prévention de la toxicomanie axés sur les familles »

Magali H. Dufour et Louise Nadeau

Santé mentale au Québec, vol. 23, n° 2, 1998, p. 224-245.

Pour citer cet article, utiliser l'information suivante :

URI: <http://id.erudit.org/iderudit/032461ar>

DOI: 10.7202/032461ar

Note : les règles d'écriture des références bibliographiques peuvent varier selon les différents domaines du savoir.

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter à l'URI <https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/>

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche. Érudit offre des services d'édition numérique de documents scientifiques depuis 1998.

Pour communiquer avec les responsables d'Érudit : info@erudit.org



L'efficacité des programmes de prévention de la toxicomanie axés sur les familles

Magali H. Dufour*

Louise Nadeau**

Cette recension des écrits examine l'efficacité de programmes de prévention des toxicomanies auprès des familles. De nombreux travaux soulignent le rôle déterminant des familles dans la transmission des habitudes de consommation. De plus, selon plusieurs intervenants, la famille constitue un milieu propice pour l'instauration de tels programmes de prévention. Cet article propose une analyse critique de ces programmes. Sont présentés les facteurs de risque liés à l'abus de substances chez les jeunes, puis les programmes visant la famille dont la stratégie est l'information, ceux qui font appel à des stratégies multiples et ceux qui visent les parents les plus à risque. Une critique méthodologique des études évaluatives est présentée. Les auteurs concluent par des recommandations.

La famille est considérée comme le principal véhicule pour la transmission des valeurs et des normes sociales. Outre sa fonction reliée à la socialisation, elle sert également de modèle pour sa progéniture. De fait, une étude menée au Québec à partir des données de l'*Enquête sociale et de santé de 1992* constate que la famille est responsable pour 30 pour cent de la variance permettant d'expliquer la consommation d'alcool (Demers, 1997). L'influence déterminante que peut avoir la famille sur les comportements d'alcoolisation laisse penser que le milieu familial constitue un milieu propice aux interventions de nature préventive. En effet, lors d'une consultation menée auprès d'intervenants québécois dans le milieu de la santé et de l'éducation, 40 pour cent ont déclaré qu'une intervention en milieu familial était souhaitable (Comité perma-

* Candidate au Ph.D., Département de psychologie, Université de Montréal.

** Ph.D., professeure au Département de psychologie, Université de Montréal.

Remerciements

La recherche documentaire pour cet article a été rendue possible grâce à des contrats de recherche du Comité permanent de lutte à la toxicomanie et du ministère de la Santé et des Services sociaux, accordés respectivement au premier auteur et au second.

ment de lutte à la toxicomanie, 1996). Considérant ce rôle névralgique de la famille relativement aux comportements de consommation des jeunes, on comprend que la famille ait été la cible de nombreux programmes de prévention.

Cette recension des écrits permet tout d'abord de faire le point sur le rôle de la famille dans la consommation d'alcool et de drogues chez les jeunes et d'examiner ensuite l'efficacité de divers programmes de prévention ayant été menés auprès des familles et de leurs enfants.

Définitions

La « toxicomanie » peut comprendre toute forme de dépendance physique ou psychologique dans la mesure où la prise de substances psychoactives (SPA) (alcool, drogues illicites, médicaments psychotropes) conduit à une altération du fonctionnement ou à une souffrance cliniquement significative, caractérisées par divers signes cliniques : symptômes de sevrage, efforts infructueux pour diminuer la consommation de la substance, abandon ou réduction significative des activités sociales et professionnelles à cause de l'utilisation de la substance (American Psychiatric Association, 1994). Par ailleurs, les travaux de la dernière décennie ont montré que le phénomène des toxicomanies ne se réduit pas à la question de la dépendance. Notamment pour l'alcool, plusieurs études ont mis en évidence que l'intoxication (consommation de grandes quantités par occasion), même occasionnelle, est associée à un risque accru de problèmes sociaux ou d'accidents (Bisson, 1997 ; Midanik et al., 1994 ; Single et Worthey, 1993 ; Stockwell et al., 1994) et constitue un problème au moins aussi important, en coûts sociaux, que la dépendance (Kreitman, 1986). Dès lors, l'enjeu n'est plus de prévenir seulement la dépendance, mais tout comportement susceptible d'engendrer des problèmes de santé ou de bien-être. Nous adopterons donc ici une définition large de la toxicomanie, considérée comme étant tout comportement d'abus de substances susceptible d'entraîner un dysfonctionnement, momentané ou permanent, au plan physique, psychologique ou social.

De plus, il importe de le souligner, dans les études menées auprès des adolescents, la définition de la dépendance aux substances psychoactives (en particulier à l'alcool qui requiert une période relativement longue de consommation pour que la dépendance se manifeste) pose un réel problème. En général, la durée de la consommation chez les adolescents est insuffisante pour que se développent des symptômes de tolérance ou de sevrage. En outre, l'abus de SPA à l'adolescence n'entraîne pas nécessairement une dépendance à l'âge adulte (Temple et Fillmore,

1986), tandis que l'expérimentation des SPA au cours de l'adolescence est un phénomène qui peut être considéré comme normal.

Facteurs de risque chez les adolescents

Une recension des études (Patton, 1995) révèle plus de 35 caractéristiques qui prédisposent tant à l'usage qu'à l'abus d'alcool chez les adolescents. On signale tout d'abord certains traits de la personnalité dont plusieurs ont une composante génétique (hyperactivité, impulsivité, faible émotivité, recherche de sensations, tendance à ne pas éviter les risques), puis certains signes cliniques (détresse psychologique et agressivité), enfin, des manifestations comportementales (déficit d'attention, absence d'habiletés sociales, résultats scolaires faibles, non-conformisme, troubles de conduite, délinquance). Plusieurs de ces facteurs ne sont pas des prédicteurs spécifiques de l'abus d'alcool et constituent également des prédicteurs pour les troubles de la personnalité, la boulimie et l'anxiété (Tarter et Edwards, 1987). De plus, les interactions réciproques entre ces multiples aspects de la personnalité se manifestent différemment d'un jeune à l'autre, ce qui explique notamment l'hétérogénéité des jeunes qui abusent d'alcool.

Aux études sur les caractéristiques s'ajoutent les nombreux travaux signalant la transmission des problèmes d'alcool de génération en génération (Cotton, 1979; Kumpfer et DeMarsh, 1986 cité dans Klitzner et al., 1993). On sait que des facteurs d'ordre biologique sont impliqués dans cette transmission (Altman et al., 1996; Schuckit, 1984). Par ailleurs, même en présence d'une prédisposition génétique, l'environnement influence la manifestation et l'expression des gènes (Altman et al., 1996; Buss, 1991; Chick, Erickson et The Amsterdam Consensus Conference Participants, 1996). L'étude longitudinale de Tremblay et de ses collaborateurs sur le tempérament, dont on sait qu'il est pour une grande part génétiquement déterminé (Buss, 1991; Tarter, 1995), indique que des interventions auprès de parents peuvent modifier le comportement d'enfants que leur tempérament prédispose à la délinquance (Tremblay et al., 1995). Ainsi, les prédispositions liées à la personnalité fréquemment associées à l'abus s'inscrivent dans un contexte familial et social qui agit soit comme catalyseur soit comme inhibiteur de l'abus. À cet égard, Rhodes et Jason (1990) affirment que l'influence de la famille pendant l'enfance est le facteur le plus déterminant relativement à la capacité d'adaptation d'une personne au stress. Or, c'est cette capacité de gérer le stress qui apparaît comme l'un des principaux facteurs de protection contre d'éventuels problèmes liés à la consommation d'alcool et d'autres drogues.

Par ailleurs, de nombreuses variables au sein de la famille ont été identifiées comme des précurseurs potentiels d'une future consommation abusive. Parmi celles-ci, on peut retenir d'être dans une famille où les parents offrent peu de soutien (Barnes et Farell, 1992); où l'attachement entre les membres est faible (Hawkins et al., 1992); où les parents ont des attitudes positives face aux SPA et où la consommation de ces produits est élevée (Denton et Kampfe, 1994); où la cohésion familiale et la communication sont restreintes (Kline et Canter, 1994; Selnow, 1987); où l'autorité parentale est inconsistante et parfois insuffisante (Blackson, 1994; Coombs et Landsverk, 1988); où les conflits sont nombreux (Hawkins et al., 1992; Velleman, 1992). Un tel climat familial peut favoriser le désengagement de l'enfant face à sa famille et faciliter son affiliation à des pairs déviants qui, eux, l'initieront à la consommation de SPA (Blackson, 1994; Hawkins et al., 1992). C'est donc auprès de ces familles, où existent déjà de telles forces et faiblesses, que vont être mis en application des programmes de prévention visant les jeunes et leurs parents.

Les programmes de prévention

Les programmes visant la famille sont variés et les moyens utilisés, nombreux. Devant un tel foisonnement, il faut d'abord examiner quels moyens ont été utilisés pour mener à bien ces actions préventives et s'interroger ensuite sur leur efficacité réelle. Enfin, un regard critique doit être posé sur la méthodologie des études afin de pouvoir mesurer la portée des résultats. Un résumé synthèse des principaux programmes est présenté au tableau 1 (voir tableau à la fin).

Les programmes de prévention axés sur l'information

De nombreux programmes de prévention privilégient uniquement l'information. Ces programmes, qui s'adressent tant aux enfants qu'aux parents, visent l'éducation afin que chacun soit en mesure de changer ses comportements. Ils font l'hypothèse qu'en réponse à de l'information, les personnes seront en mesure de faire un choix éclairé et logique relativement à la décision de consommer ou non des SPA. La popularité de ce type de programmes s'explique par le grand nombre de personnes qu'ils permettent de rejoindre à des coûts peu élevés. Au Québec, deux programmes menés selon ce modèle dans des écoles primaires ne révélèrent, au terme de leur mise en oeuvre, aucune différence significative quant aux connaissances, aux habiletés et aux attitudes des jeunes face à la consommation (Crête et Grignon, 1983; Desbiens et Mercier, 1989, cités dans Fraser et Vitaro, 1995). Il faut en conclure que, bien que l'in-

formation soit un élément-clé de tous les programmes de prévention, ce volet ne constitue pas, à lui seul, un moyen efficace de modifier les comportements de consommation (Binet et Sheriff, 1991 ; Fraser et Vitaro, 1995).

Les programmes de prévention aux stratégies multiples

D'autres programmes adoptent des stratégies à volets multiples afin de donner aux parents et à leurs enfants un maximum d'outils dans l'exercice de leurs choix. Ces programmes visent à la fois les croyances, les habiletés, les connaissances et les valeurs de leurs participants. Ils s'adressent à la population en général, à tous les parents et enfants qui désirent y participer.

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 parents-enfants, de développer des habiletés parentales, de favoriser l'engagement des parents dans l'éducation de leurs enfants et d'augmenter les compétences sociales des parents et des enfants (Ruch-Ross, 1992). Les résultats indiquent que, pour les mesures standardisées examinées dans l'évaluation, il n'existe pas de différences significatives entre les 32 participants du groupe sous étude et les 22 du groupe de contrôle. Toutefois, l'examen plus approfondi des résultats signale certains changements chez les mères, notamment le retour à l'école d'un certain nombre d'entre elles ou encore l'entrée en traitement de celles qui présentaient un problème de dépendance aux SPA (Ruch-Ross, 1992). Ces changements, qui ne sont pas mesurés par les échelles standardisées, sont toutefois déterminants puisqu'ils permettent à ces mères d'influencer de façon positive le bien-être et la consommation future de leurs enfants. De tels changements laissent croire que ce programme engendre certains effets positifs, bien que l'évaluation statistique du programme de prévention n'aille pas dans ce sens.

Preparing Parents for Teenagers

Le programme *Preparing Parents for Teenagers* a pour but d'aider les parents à redéfinir leur rôle et leur influence auprès de leurs adolescents (Grady et al., 1985). Il utilise comme stratégie le développement des habiletés parentales, notamment dans le domaine de la prise de décision, de la communication, de l'écoute active ainsi que dans l'application de limites. Il est destiné aux 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 quant à l'écoute empathique et à la facilité de prendre des décisions. Les auteurs concluent que le programme s'est avéré un succès, du moins à court terme, relativement à l'acquisition de certaines habiletés par les parents. Toutefois, aucune donnée ne permet d'inférer que ces habiletés seront maintenues à long terme ni qu'elles permettront de prévenir l'abus de substances chez leurs adolescents.

Le programme de Cohen et Rice

Le programme de prévention de Cohen et Rice (1995) s'adresse aux adolescents âgés de 10 à 12 ans ainsi qu'à leurs parents. Il a pour objectif principal de permettre aux parents de rencontrer les amis de leurs enfants ainsi que les parents de ces amis. Deux cohortes de plus de 1000 étudiants chacune participèrent aux activités. Pour chacun des cinq temps de mesure, les résultats ne démontrent 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. De fait, l'utilisation de l'alcool et du tabac a même augmenté au fil des ans. Toutefois, cette augmentation doit être considérée comme normale dans la mesure où les sujets vieillissent. Les auteurs concluent donc que leur programme de prévention des drogues ciblé sur la famille n'a pas réussi à produire des changements chez les adolescents. Toutefois, il faut rappeler qu'aucun apprentissage de compétence parentale n'était proposé dans ce programme.

KidsInTouch

Le programme *KidsInTouch*, qui s'adresse aux parents d'enfants âgés de 5 à 12 ans, est composé de deux volets (Jason et al., 1994). La première stratégie d'intervention privilégie uniquement la diffusion d'informations concernant les SPA dans les journaux et à la télévision. Le deuxième volet, auquel le groupe sous étude a participé en plus d'être exposé au premier volet, consiste en différents ateliers parentaux. L'évaluation de ce programme a été réalisée à l'aide de cinq mesures : fonctionnement familial, attitudes des parents envers l'utilisation de substances, connaissances au sujet des drogues et de l'alcool, habiletés parentales, et capacité des parents de faire de la prévention au sujet des drogues. En comparaison avec les parents du groupe de contrôle, ce programme a permis aux parents du groupe sous étude d'augmenter leurs connaissances au sujet des drogues; de développer des habiletés, no-

tamment celles d'établir une position claire en ce qui a trait à la prise de SPA ; de distribuer des punitions et des renforcements ; d'enseigner à leurs enfants des stratégies pour résister à l'influence des pairs. Les résultats permettent aussi de constater que la seule information dispensée par les médias, journaux et télévision, si elle est utilisée sans le recours à des ateliers pour les parents, comme ce fut le cas du groupe de contrôle, s'avère inefficace pour informer les parents au sujet des drogues et pour leur permettre d'acquérir des habiletés nouvelles.

Partons du bon pied

Le programme *Partons du bon pied* s'adresse aux parents de pré-adolescents (8 à 12 ans). Il a pour buts d'améliorer la communication parents-enfant, de rehausser l'estime de soi des parents, de développer l'entraide et le soutien mutuel entre les parents, de fournir des renseignements sur les drogues et des stratégies pour prévenir l'abus de SPA chez les adolescents (Santé Canada, 1993). Au Québec, 4640 parents ont déjà participé à ce programme. Il est constitué de six rencontres en petit groupe au cours desquelles des informations sur les drogues ainsi que des habiletés de communication sont transmises (Processus, 1995). Les avantages de ce programme se situent à deux niveaux. D'une part, il permet d'améliorer certaines habiletés parentales qui sont un des facteurs déterminants de la consommation des enfants. D'autre part, il permet aux parents de recevoir du soutien d'autres parents. Trop souvent négligé dans les programmes de prévention, ce soutien a été décrit comme un élément-clé car, en plus de 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 qui se sentent souvent accablés par leur rôle. Bien que la structure de ce programme semble prometteuse, aucune évaluation à l'aide d'instruments validés n'en a encore été faite pour appuyer cette impression. Seule une évaluation informelle, à l'aide d'un questionnaire autorévéélé appréciant la satisfaction des parents, a été menée. Les résultats indiquent que les parents déclarent de nombreux changements dans la communication et l'atmosphère familiale et qu'ils sont très satisfaits de ce programme. De plus, le fait que les parents sont nombreux à s'inscrire et à terminer le programme constitue un autre indice de son efficacité potentielle (Processus, 1995).

Synthèse des résultats des programmes aux stratégies multiples

À première vue, les programmes de prévention multi-volets privilégiant les stratégies multiples semblent plus efficaces que ceux qui ne

font appel qu'à de l'information. En effet, trois des cinq programmes de prévention présentent des résultats permettant de penser qu'ils ont contribué à prévenir l'apparition de futurs problèmes de consommation. Les programmes aux stratégies multiples semblent donc relativement efficaces dans la lutte à l'abus. Toutefois, si l'on considère qu'un seul des trois programmes présentant des résultats positifs a été évalué à l'aide d'instruments validés et qu'aucun n'a mesuré les effets à long terme de l'intervention sur la consommation de drogues ou d'alcool des adolescents, il devient difficile de conclure de façon définitive aux bienfaits de ces programmes. Par ailleurs, si on prend en compte les deux programmes qui ne trouvent aucune différence significative en s'appuyant sur des mesures standardisées, au moins un semble avoir eu, selon les commentaires des parents, un impact positif. Voilà donc des programmes qui se sont révélés efficaces à partir de mesures non objectives, tandis que les programmes ayant eu une évaluation rigoureuse présentent des résultats démontrant leur inefficacité (inefficacité parfois contredite par les évaluations des parents). Bref, les résultats contradictoires des programmes et les problèmes méthodologiques des évaluations permettent difficilement de statuer sur l'efficacité des programmes multi-volets.

Programmes de prévention pour des populations cibles

Plusieurs programmes ont été spécifiquement conçus pour les populations qui sont le plus à risque de développer des problèmes de toxicomanie. Ils s'adressent tant aux enfants qu'à leurs parents. Ces programmes, aux objectifs multiples, utilisent différentes stratégies innovatrices permettant de rejoindre des populations souvent absentes des programmes de prévention traditionnels.

Le CODA ou Children Of Drug Abusers

Le programme CODA s'adresse aux enfants de 4 à 11 ans et à leurs parents alcooliques ou consommateurs de drogues (Springer et al., 1992). Ce programme de prévention comprend deux volets, soit une thérapie de groupe pour l'enfant, et une thérapie d'interactions de groupe pour les enfants et leur famille. Ce programme a pour objectif d'améliorer le fonctionnement de la famille, de réduire le risque de consommation d'alcool et de drogues chez les enfants ainsi que de modifier certains comportements chez l'enfant. La thérapie par l'art et par le jeu a été privilégiée en raison du caractère menaçant que peut présenter la thérapie traditionnelle pour les familles qui présentent des problèmes de dépendance. Cette stratégie constitue donc une façon innovatrice d'in-

tervenir auprès d'un sous-groupe généralement peu présent dans les autres programmes. Pour l'ensemble de l'échantillon, les résultats signalent des différences significatives tant pour le volet « compétence » que pour le volet « problèmes de comportement » suivant l'évaluation effectuée par les parents à partir du *Child Behavior Checklist*. Ce résultat positif doit cependant être interprété avec circonspection. Il est possible que les différences notées au niveau des compétences et des problèmes de comportements des enfants résultent d'un changement dans l'évaluation que les parents font de leurs enfants davantage que d'une modification réelle du comportement, les parents ayant appris à mieux connaître leur progéniture. Ainsi, l'efficacité du programme serait attribuable à une diminution de la « pathologisation » de leurs enfants par les parents et, de cette réduction, résulterait une nouvelle intimité entre parents et enfants. Par ailleurs, on peut aussi reprocher à cette évaluation d'avoir négligé de mesurer les objectifs réels du programme, soit l'amélioration de la communication et de l'expression des sentiments dans la famille. Par conséquent, l'évaluation ne permet pas d'apprécier si le programme CODA a changé les comportements des enfants qui ont des parents toxicomanes.

Liens Familiaux

Le programme américain de prévention *Family Connections* (en français, *Liens familiaux*) a été traduit et appliqué au Québec (Dobkin et al., 1996). Il s'adresse particulièrement aux familles dont les parents sont toxicomanes et les enfants à haut risque. Ce programme vise à renforcer les liens affectifs entre les membres de la famille, à augmenter la qualité de vie et à briser le cycle d'abus de SPA au sein de la famille. Ses activités s'inspirent des éléments protecteurs communs aux familles dont les enfants n'abusent pas de SPA, soit les valeurs familiales, le sentiment d'appartenance, le plaisir en famille, la confiance, l'expression des sentiments, la communication et la capacité de prendre des décisions (Lee et Goddard, 1989). Ce programme de prévention vise donc à aider les familles à développer de nouvelles habiletés dans les secteurs identifiés par elles comme étant significatifs afin de les aider à reprendre la maîtrise de leur vie familiale ainsi qu'à leur redonner le contrôle et la responsabilité de leur propre bien-être.

Au Québec, ce programme fut appliqué auprès de 24 familles dont l'un des parents était en traitement dans l'un des centres privés du Québec. Les familles étaient réparties au hasard dans le groupe sous étude (n = 11) et le groupe de contrôle (n = 13) (Dobkin et al., 1996). Les enfants de ces parents étaient âgés de 7 à 12 ans. Comme dans la

majorité des programmes de prévention menés auprès de familles, 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, instrument dont on ne connaît pas encore la valeur psychométrique mais qui permet une analyse quantitative du cheminement de la famille, on constate que 85 pour cent des familles du groupe sous étude se sont améliorées après l'intervention. Ainsi, la majorité des familles sous étude indiquent des changements attribuables au programme de prévention, alors que l'évaluation objective à l'aide d'instruments validés ne corrobore pas cette perception de changement. Devant cette divergence des résultats, les auteurs émettent l'hypothèse qu'il est probable que les changements qui apparaissent au profil familial (valeurs, confiance, plaisirs, expression des sentiments, communication, prise de décision) ne se seraient pas généralisés à l'ensemble de la vie familiale, de sorte que ces effets ne seraient pas détectables par les mesures de l'environnement familial.

Families Matter!

Le programme *Families Matter!* s'adresse aux communautés minoritaires, en particulier aux Africains-Américains ayant un faible revenu (Nelson, 1989). Ce programme a été élaboré afin de fournir du soutien aux parents. Son objectif général, qui est de prévenir l'abus de substances, s'opérationnalise par un renforcement des relations familiales. Les parents ont la possibilité d'y participer de trois façons : par un contact personnel avec le coordonnateur familial dans leur centre communautaire ; par des rencontres de parents qui sont combinées avec des activités parent-enfant ; par la lecture mensuelle d'un petit journal que les parents reçoivent à la maison. Environ 300 parents dont les enfants ont entre 9 et 15 ans participèrent au programme. L'évaluation du programme a été menée auprès des parents à l'aide d'une entrevue téléphonique aux questions fermées. Les résultats indiquent que 100 pour cent des parents déclarent que le programme a renforcé leurs habiletés de prise de décision ; plus de 90 pour cent, 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 ; et plus de 85 pour cent, que ce programme leur a permis d'améliorer leur confiance en eux dans leur rôle de parent et de faire une meilleure gestion du stress dans la famille. Ces nombreux changements positifs sont toutefois le ré-

sultat d'une évaluation subjective à court terme et doivent être considérés avec prudence.

Super II

Le programme *Super II* (Wing, 1993) s'adresse aux jeunes à risque et à leurs parents. Il est composé de sept sessions éducatives où sont abordés des sujets comme les drogues, l'estime de soi, l'influence des pairs et la communication. Les résultats démontrent une amélioration significative quant aux connaissances des SPA et quant à la communication avec leurs enfants. De plus, on remarque au post-test, soit 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, ce programme semble avoir eu un impact direct et efficace dans la lutte à la toxicomanie.

Synthèse des résultats des programmes pour des populations cibles

À la lumière des résultats, on constate que les programmes de prévention conçus pour des populations à hauts risques semblent atteindre leurs buts de formation, d'information et de prévention. En effet, trois des quatre programmes présentés dans cette section rapportent des résultats qui laissent 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, à leur avis du moins. 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, notamment l'absence de relance, de groupe de contrôle et d'évaluation à long terme de l'effet de ces programmes sur la consommation des jeunes, viennent limiter la portée de ces données.

Critiques méthodologiques

Synthèse des résultats de l'ensemble des programmes

L'ensemble des programmes de prévention axés sur la famille semblent donner des résultats positifs, bien que modestes. De fait, six des 11 programmes de prévention (56 %) évalués indiquent une influence significative sur différentes variables liées à la prévention de la toxicomanie. De plus, si l'on prend en compte l'ensemble des résultats, même ceux rapportés par les participants et ceux obtenus par le moyen d'instruments non validés, huit des 11 programmes semblent avoir contribué à la modifica-

tion de certains facteurs de risque au sein de la famille. Toutefois, les problèmes méthodologiques au niveau de l'évaluation des programmes ainsi que les problèmes d'échantillonnage viennent embrouiller les résultats.

Limites méthodologiques de l'évaluation

L'évaluation des programmes de prévention ainsi que les méthodes utilisées pour cette évaluation sont les faiblesses majeures de ces études. Tout d'abord, si l'on s'attarde à la méthodologie des études, on constate, dans dix des 11 programmes, l'absence soit de groupe de contrôle, d'instruments de mesure validés, d'évaluation à long terme de la consommation des jeunes, de relance, de buts opérationnels, soit de l'une ou l'autre de ces variables. Ces lacunes méthodologiques obscurcissent les conclusions des études et ne permettent pas de statuer sur l'efficacité réelle de ces programmes de prévention chez les jeunes (Elmqvist, 1995). Par conséquent, même si certaines études démontrent une amélioration au niveau des habiletés parentales qui, on le suppose, devraient 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.

Les instruments de mesure utilisés dans l'évaluation des programmes de prévention s'avèrent être aussi une lacune. Ainsi, certains auteurs élaboreront des instruments sans vraiment les valider alors que d'autres utiliseront la satisfaction des parents comme seul critère de succès. Or, une évaluation scientifique rigoureuse ne peut se fonder uniquement sur l'évaluation subjective des parents comme mesure valide de changement, bien que la satisfaction soit une variable importante dans l'évaluation. Par ailleurs, on observe que certains programmes de prévention, bien qu'utilisant des instruments de mesure rigoureux, ne mesurent pas les objectifs réels de leurs interventions. Bref, on peut critiquer les instruments de mesure parce qu'ils ne sont pas valides, mais aussi parce qu'ils opérationnalisent mal les objectifs des programmes. Les limites des instruments d'évaluation empêchent donc de percevoir clairement l'impact réel des programmes de prévention. Or, cela ne veut pas dire que les programmes sont inefficaces, mais plutôt que nous sommes incapables, dans l'état actuel des connaissances, d'élaborer des protocoles de recherche évaluative permettant de mesurer les apprentissages qui sont réellement faits par les participants (Wing, 1993).

Problèmes d'échantillonnage

Plusieurs chercheurs signalent les difficultés de recrutement

comme étant un des obstacles majeurs à l'interprétation et à la généralisation des données (Cohen et Linton, 1995 ; Dobkin et al., 1996 ; Spoth et Redmond, 1994 ; Springer et al., 1992). Ainsi, rares sont les personnes qui participent de façon volontaire aux différents programmes de prévention élaborés pour ces groupes-cibles. Par ailleurs, on observe que les familles à risque semblent être sous-représentées dans les études tandis que celles qui assurent un certain suivi de leurs enfants semblent sur-représentées. À cet égard, les études de Hahn (1993 ; 1995) indiquent que les parents qui participent le plus fréquemment sont ceux qui sont déjà impliqués dans le milieu scolaire de leurs enfants et qui ne voient pas d'obstacles majeurs à leur participation (manque de temps, garde des enfants). Par ailleurs, les parents qui participent le moins souvent font une plus grande utilisation de drogues et d'alcool et sont moins portés à considérer leur rôle de parent comme un modèle pour leurs enfants. Leurs enfants, comme on pouvait s'y attendre, sont souvent ceux qui déclarent utiliser du tabac, ont le plus d'amis qui abusent de substances, sont le moins encadrés, ont des conduites de risque et obtiennent de moins bons résultats scolaires (Cohen et Linton, 1995). Il faut donc constater que les difficultés de recrutement ne se limitent pas à un faible taux de participation, mais incluent aussi un biais de sélection en faveur des familles qui prennent déjà adéquatement soin de leurs enfants (DeMarsh et Kumpfer, 1985 cité dans Cohen et Rice, 1995). Cette sur-représentation a vraisemblablement pour effet de réduire la portée des programmes de prévention étant donné que ces parents ont, au départ, de bonnes habiletés parentales et qu'ils ont peu de compétences à développer. Par conséquent, une action préventive ne peut réellement les faire progresser, ce qui expliquerait en partie les rares résultats significatifs et « l'effet de plafond » observé dans les analyses statistiques.

Aux difficultés de recrutement s'ajoute le problème d'attrition. L'étude de Springer et de ses collaborateurs (1992) indique que seuls 42 pour cent des parents ayant accepté de participer ont complété le programme. De même, celle de Grady et de ses collaborateurs (1985) précise que, des 299 parents inscrits au cours, 72 pour cent l'ont commencé mais seulement 56 pour cent ont participé à au moins trois séances. Pour leur part, Cohen et Linton (1995) signalent que 66 pour cent des parents ont complété l'enquête postale envoyée à plusieurs reprises, tandis que seulement 10 pour cent ont participé à au moins une séance d'information. Il est donc fréquent de rencontrer des taux d'abandon ou de non-participation supérieurs à 50 pour cent. En outre, l'intention de participer au programme ne semble pas un facteur per-

mettant de prédire la participation des parents (Cohen et Linton, 1995). Ces résultats amènent à se demander si l'objet même des programmes de prévention de l'abus des substances n'est pas un facteur qui éloigne ces parents qui, au départ, se sentent inadéquats. Un projet qui ne référerait pas à un « problème » potentiel de leurs enfants pourrait peut-être avoir plus de chances de succès. C'est du moins ce qu'ont affirmé certains intervenants au Québec lors de consultations sur le sujet (Comité permanent de lutte à la toxicomanie, 1996), bien que leur initiative, qui consistait à inviter les parents à venir partager les réussites de leurs enfants suite à un camp de vacances, ne fut ni documentée ni évaluée. Bref, les problèmes d'échantillonnage rencontrés dans les programmes de prévention nuisent à l'application des programmes et à l'interprétation des données.

Conclusion et recommandations

Cinq constatations se dégagent de cette recension des écrits relativement à l'efficacité des programmes de prévention axés sur la famille :

- 1) Les programmes de prévention axés sur la famille donnent des résultats positifs, bien que modestes.
- 2) Les programmes de prévention, même lorsqu'ils n'obtiennent aucun changement significatif, tel qu'indiqué par les mesures standardisées, semblent être fort appréciés des parents et contribuer à l'acquisition de connaissances et d'habiletés nouvelles. Il est vraisemblable que ces nouveaux acquis permettent d'améliorer le bien-être familial et les compétences parentales qui, en retour, contribueront à la prévention de l'abus de SPA. Par conséquent, certains programmes de prévention ne démontrant pas de changements significatifs à partir des mesures utilisées et semblent contribuer, jusqu'à un certain point, à la prévention de la toxicomanie.
- 3) Les programmes où la stratégie de l'information est utilisée comme l'unique moyen d'intervention s'avèrent inefficaces. Par contre, ceux qui utilisent diverses stratégies d'intervention, notamment l'apprentissage d'habiletés parentales, l'information et le soutien social entre parents, ont un potentiel plus élevé d'efficacité.
- 4) Les programmes de prévention ayant atteint leurs buts sont fréquemment ceux qui avaient préalablement sélectionné leur population cible. Par conséquent, il semble y avoir une augmentation de la portée des programmes de prévention quand

ils utilisent plusieurs volets et sont conçus pour une population spécifique.

- 5) Les programmes de prévention axés sur la famille font face à de sérieux problèmes d'échantillonnage 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 de prévention.

Par ailleurs, les programmes de prévention axés sur la famille, s'ils étaient modifiés et améliorés, pourraient devenir des moyens plus efficaces dans la lutte à la toxicomanie. Au terme de cette recension des écrits, plusieurs stratégies nous apparaissent gagnantes et les recommandations suivantes pourraient, nous semble-t-il, contribuer à l'amélioration de ces programmes :

- 1) s'adresser aux familles dont les enfants sont à la fin du primaire, c'est-à-dire âgés entre 8 et 12 ans (Fraser et Vitaro, 1995 ; Nelson 1989) ;
- 2) privilégier les interventions à plusieurs niveaux : éducation et information, soutien et identification des ressources des familles. Ainsi, outre l'apprentissage d'habiletés (notamment des stratégies de gestion du stress, de prise de décision et de communication), la mise en pratique des apprentissages par des jeux de rôles bénéficient aux parents (Binet et Sheriff, 1991 ; Elmquist, 1995 ; Fraser et Vitaro, 1995 ; Oyemade et Washington, 1989) ;
- 3) mettre l'accent sur les compétences, l'autonomie, le pouvoir d'action et de changement des parents (Régie Régionale, 1996) ;
- 4) élaborer des objectifs opérationnalisables, utiliser des instruments de mesure fiables et valides, un groupe de contrôle, des relances et une évaluation de l'efficacité du programme à la fin de son application (Elmquist, 1995 ; Fraser et Vitaro, 1995) ;
- 5) adapter et modifier les programmes d'intervention selon les besoins de sorte que leur implantation puisse répondre de façon spécifique à la population visée, et diversifier les stratégies pour atteindre les divers objectifs (Wing, 1993) ;

- 6) créer un réseau permettant aux communautés de partager leur savoir et de diffuser leurs résultats de façon à permettre à d'autres de pouvoir bénéficier de leurs expériences (Wing, 1993).

Références

- ALTMAN, J., EVERITT, B. J., GLAUTIER, S., MARKOU, A., NUTT, D., ORETTI, R., PHILLIPS, G. D., ROBBINS, T. W., 1996, The biological, social and clinical bases of drug addiction: Commentary and debate, *Psychopharmacology*, 125, 4, 285-345.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1994, *Diagnostic Statistical Manual, Fourth Edition-DSM-IV*, Washington, Psychiatric American Association.
- BARNES, G. M., 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.
- BLACKSON, T. C., 1994, Temperament: a salient correlate of risk factors for alcohol and drug abuse, *Drug and Alcohol Dependence*, 26, 205-214.
- BISSON, J., 1997, *L'objectif de santé et bien-être visant la consommation d'alcool : exploration de nouvelles avenues, Rapport de recherche*, Montréal, Comité permanent de lutte à la toxicomanie.
- BUSS, D. M., 1991, The evolutionary personality psychology, *Annual Review of Psychology*, 42, 459-491.
- CASSEL, R. N., 199, California Free Mason School PTA drug abuse parent alert program, *Psychology, a Journal of Human Behavior*, 27, 3, 31-39.
- CHICK, J., ERICKSON, THE AMSTERDAM CONSENSUS CONFERENCE PARTICIPANTS, 1996, Conference summary: Consensus conference on alcohol dependence and the role of pharmacotherapy in its treatment, *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 20, 2, 391-402.
- COHEN, D. A., 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., RICE J. C., 1995, A parent-targeted intervention for adolescent substance use prevention, *Evaluation Review*, 19, 2, 159-180.
- COMITÉ PERMANENT DE LUTTE À LA TOXICOMANIE, 1996, *La double problématique toxicomanie et problèmes de santé mentale : Avis au ministre de la Santé et des Services sociaux*, Montréal, Comité permanent de lutte à la toxicomanie.

- COOMBS, R. H., LANDSVERK, J., 1988, Parenting styles and substance use during childhood and adolescence, *Journal of Marriage and the Family*, 50, 473-482.
- COTTON, N. S., 1979, The familial incidence of alcoholism, *Journal of Studies on Alcohol*, 40, 1, 89-116.
- DEMERS, A., 1997, A Multi-level Analysis of Family and Individual Effects on Individual Drinking Behaviors, Communication à la Kettil Brüun Society pour l'épidémiologie de l'alcool.
- DENTON, S. E., 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., 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 de 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., 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., 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., 1993, 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.
- HAHN, E. J., 1995, Predicting head start parent involvement in alcohol and other drug prevention program, *Nursing Research*, 44, 1, 45-51.
- HAWKINS, J. D., CATALANO, R. F., 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., BENNETTO, L., 1994, An evaluation of the short-term impact of a media-based substance abuse prevention programme, *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 4, 1, 63-69.

- KLINE, R. B., 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., FISHER, D., 1993, Reducing underage drinking and its consequences, *Alcohol Health and Research World*, 17, 1, 12-18.
- KREITMAN, N., 1986, Alcohol prevention and the preventive paradox, *British Journal of Addiction*, 81, 353-363.
- LEE, T. R., GODDARD, H. W., 1989, Developing family relationship skills to prevent substance abuse among high-risk youth, *Family Relations*, 38, 301-305.
- MIDANIK, L., TAM, T., GREENFIELD, T., CAETANO, R., 1994, *Risk Functions for Alcohol-related Problems in a 1988 U.S. National Sample*, Berkeley, California, California Pacific Medical Center Research Institute, Alcohol Research Group.
- NELSON, P. T., 1989, Involving families in substance abuse prevention, *Family Relations*, 38, 306-310.
- OYEMADE, U. J., 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.
- PATTON, L. H., 1995, Adolescent substance abuse, Risk factors and protective factors, *Pediatric Clinic of North American*, 42, 2, 283-293.
- PROCESSUS, 1995, *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 SERVICE 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.
- RHODES, J. E., JASON, L. A., 1990, A social stress model of substance abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 4, 395-401.
- 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.
- SCHUCKIT, M. A., 1984, *Alcoholism: An Introduction to Drug and Alcohol Abuse*, 2^e éd., 44-82, New York, Plenum press.
- 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.
- SINGLE, E., WORTHEY, S., 1993, Drinking in various settings: findings from a national survey in Canada, *Journal of Studies on Alcohol*, 54, 590-599.
- SPOTH, R., 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. L., PHILLIPS, L., CANNADY, L.P., 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.
- STOCKWELL, T., HAWKS, D., LANG, E., RYDON, P., 1994, *Unraveling the Prevention Paradox*, Perth, Australia, National Centre for Research into Prevention of Drug Abuse.
- TARTER, R. E., 1995, Genetic and primary prevention of drug and alcohol abuse, *The International Journal of Addictions*, 30, 1, 1479-1484.
- TARTER, R. E., EDWARDS, K. L., 1987, Vulnerability to alcohol and drug abuse, A behavioral-genetic view, *Journal of Drug Issues*, 17, 67-81.
- TEMPLE, M., FILLMORE, K., 1986, The variability of drinking patterns and problems among young men, age 16-31: A longitudinal study, *The International Journal of the Addictions*, 20, 1595-1620.
- TREMBLAY, R. E., PAGANI-KURTZ, L., MASSE, L. C., VITARO, F., PIHL, R. O., 1995, A bimodal preventive intervention for disruptive kindergarten boys: its impact through mid-adolescent, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 4, 560-568.
- TREMBLAY, Y., TURCOTTE, P., PAPILLON, S., ROUSSEAU, R., 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., 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.

VELLEMAN, R., 1992, Intergenerational effect, A review of environmentally oriented studies concerning the relationship between parental alcohol problems and family disharmony in the genesis of alcohol and others problems, *The International Journal of Addiction*, 27, 4, 367-389.

WING, K. T., 1993, Lesson from experience: the role of research in improving substance abuse prevention, *Journal of Community Psychology*, 21, 3, 246-255.

ABSTRACT

The efficiency of drug addiction prevention programs centered on families

This literature review examines the efficiency of drug addiction prevention programs centered on families. Many studies underline the determining role of families in the transmission of consumption habits. Moreover, according to many intervenors, the family constitutes a favourable milieu to institute these prevention programs. This article proposes a critical analysis of these programs. The risk factors related to substance abuse with youth are first presented followed by information strategy programs aimed at families, multiple-strategy programs as well as programs aimed at parents who are considered at high risk. A methodological review of evaluative studies is presented. The authors conclude with recommendations.

RESUMEN

La eficacia de los programas de prevención de la toxicomanía centrada en las familias

Este censo de escritos examinará la eficacia de los programas de prevención con las familias, de la toxicomanía. Numerosos trabajos subrayan el papel determinante de las familias en la transmisión de hábitos de consumo. Además, según varios trabajadores, la familia constituye un medio propicio para la instauración de tales programas de prevención. Este artículo propone un análisis crítico de esos programas. En principio se presentan los factores de riesgo ligados al abuso de sustancias en los jóvenes y después los programas hacia las familias cuya estrategia es la información, aquellos que llaman a estrategias múltiples y aquellos dirigidos hacia los padres a riesgo. Una crítica metodológica de los estudios es presentada. Los autores concluyen con recomendaciones.

Tableau 1
Résumé des évaluations des programmes de prévention

Auteurs	Participants	Modalités	Mesures Dépendantes	Évaluation objective	Groupe de contrôle	Relance	Efficacité
<u>STRATÉGIE DE L'INFORMATION</u>							
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 évaluation qualitative	oui	non	non démontrée
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	oui	oui	non	non démontrée
<u>STRATÉGIES MULTIPLES</u>							
Ruch-Ross (1992) The Child and Family Options Project	enfants et parents	activités enfants-parents	compétences sociales	oui	oui	non	non démontrée mais on note des changements non évalués par les instruments
Grady et al. (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	évaluation à l'aide de mises en situation (+/-)	oui	non	démontrée à court terme
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	oui	oui	oui	non démontrée

Jason et al. (1994)		dans les journaux – émission de télévision – 5 ateliers : habiletés parentales et influence de la famille pour refuser les drogues	connaissance, attitudes, certaines habiletés				démontré scientifiquement à court terme
---------------------	--	--	--	--	--	--	---

Partons du bon pied (1996) (Q)	parents de jeunes de 8 à 12 ans	6 rencontres de parents – habiletés de communication – Informations sur les drogues	satisfaction	non	non	non	démontrée à l'aide d'une évaluation informelle
--------------------------------	---------------------------------	---	--------------	-----	-----	-----	--

PROGRAMMES POUR POPULATIONS CIBLES

Springer et al. (1992) CODA	enfants et parents toxicomanes	thérapie créative et du jeu	compétences et problèmes de comportement des enfants	oui	non	non	démontrée à court terme
-----------------------------	--------------------------------	-----------------------------	--	-----	-----	-----	-------------------------

Dobkin et al. (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, confiance et communication	environnement familial	oui	oui	non	non démontrée mais certains changements sont notés sur le profil familial, instrument non valide
---	--	--	------------------------	-----	-----	-----	--

Nelson (1989) Family Matter !	enfants et les parents ayant de faibles revenus et étant dans des communautés culturelles minoritaires	3 niveaux d'implication : d'implication : – contact personnel avec le coordonateur – ateliers pour les parents et parents-enfants sur diverses habiletés parentales – journal mensuel	satisfaction des participants et évaluation subjective des acquis selon les participants	non	non	non	démontrée à l'aide d'une évaluation subjectives à court terme
-------------------------------	--	--	--	-----	-----	-----	---

Wing (1993) Super II	jeunes à risque et leurs parents	7 séances éducatives : information, communication, estime de soi, résistance aux pairs, habiletés parentales.	connaissances, consommation, fonctionnement familial	oui	non	oui	démontrée à long terme
----------------------	----------------------------------	---	--	-----	-----	-----	------------------------