



**Stratégies pour impliquer les  
parents dans la prévention de la  
toxicomanie chez les jeunes**

**CPLT**

Dépôt légal:  
ISBN: 2-550-34882-6  
Bibliothèque nationale du Canada  
Bibliothèque nationale du Québec  
Troisième trimestre 1999

---

Le genre masculin utilisé dans ce document  
désigne aussi bien les femmes que les hommes.

**Stratégies pour impliquer les  
parents dans la prévention de la  
toxicomanie chez les jeunes**

**Par**

Frank Vitaro  
Claude L. Normand  
Pierre Charlebois

**Comité permanent de lutte à la toxicomanie  
Septembre 1999**

## ***NOTES SUR LES AUTEURS***

**Frank Vitaro**, Ph. D., est professeur titulaire à l'École de psychoéducation de l'Université de Montréal et chercheur au GRIP (Groupe de recherche sur l'inadaptation psychosociale chez l'enfant), ainsi qu'à l'ERPT (Équipe de recherche sur la prévention des toxicomanies); il est responsable de plusieurs projets de prévention des problèmes de comportement et de la toxicomanie.

**Claude L. Normand**, Ph. D., est chercheure post-doctorale au GRIP et coordonnatrice de divers programmes de prévention en milieu communautaire.

**Pierre Charlebois**, Ph. D., est professeur titulaire à l'École de psychoéducation de l'Université de Montréal; il est responsable, depuis plusieurs années, d'un programme multimodal de prévention des problèmes de comportement.

## **TABLE DES MATIÈRES**

|   |           |
|---|-----------|
| <b>REMERCIEMENTS.....</b>   | <b>i</b>  |
| <b>AVANT-PROPOS.....</b>  | <b>ii</b> |
| <b>INTRODUCTION.....</b>  | <b>1</b>  |
| <b>1. CARACTÉRISTIQUES FAMILIALES LIÉES À LA CONSOMMATION DE<br/>SUBSTANCES PSYCHOTROPES CHEZ LES JEUNES.....</b>                               | <b>2</b>  |
| <b>2. CARACTÉRISTIQUES DES PARENTS LIÉES À LEUR PARTICIPATION<br/>DANS LES PROGRAMMES DE PREVENTION.....</b>                                    | <b>5</b>  |
| > Programmes préventifs de type universel (i. e. de promotion ou de prévention<br>primaire).....  | 6         |
| > Programmes préventifs de type ciblé (i. e. de prévention.....   | 6         |
| <b>3. LES STRATÉGIES PROMETTEUSES POUR IMPLIQUER ET RETENIR<br/>LES PARENTS.....</b>  | <b>8</b>  |
| 3.1 Lors de la planification du programme.....  | 9         |
| > S'appuyer sur un fondement théorique et empirique.....  | 9         |
| > S'assurer une volonté politique et un financement stables.....  | 10        |
| > Commencer tôt.....  | 10        |
| > Suivre les familles à long terme et sensibiliser les parents aux problèmes<br>des jeunes.....   | 11        |
| > Avoir des contacts fréquents.....   | 12        |
| > Elargir le contexte.....  | 13        |
| > Bien choisir et soutenir les intervenants.....  | 15        |
| > Evaluer les impacts.....  | 16        |
| 3.2 Au recrutement.....   | 17        |
| > Publiciser via un entremetteur connu et respecté.....   | 17        |
| > Inviter personnellement.....  | 18        |
| > Inviter de façon répétée.....   | 20        |
| 3.3 Pendant le programme.....   | 21        |
| > Éliminer tous les obstacles possibles.....  | 21        |
| > Augmenter les attraits.....   | 23        |
| > Donner un rôle actif aux parents.....   | 24        |
| > Développer un attachement réciproque entre la famille et l'intervenant.....   | 25        |
| <b>4. PISTES D'ACTION.....</b>  | <b>26</b> |
| <b>CONCLUSIONS.....</b>   | <b>29</b> |
| <b>RÉFÉRENCES.....</b>  | <b>31</b> |
| <b>ANNEXE A: Quelques programmes de prévention de la toxicomanie et informateurs clés<br/>auxquels il est fait référence dans le texte.....</b> | <b>38</b> |

## *REMERCIEMENTS*

Les auteurs tiennent à remercier les intervenants et les chercheurs qui ont partagé leurs expériences et leurs idées sur les stratégies pour motiver les parents à participer aux programmes de prévention. Leurs coordonnées apparaissent à l'annexe A.

Ils tiennent également à remercier mesdames Jocelyne Forget, Dorothée Leblanc et Lise Roy et qui ont fait une lecture attentive de la version préliminaire de ce texte et dont les suggestions ont enrichi la version finale.

Ils remercient aussi mesdames Line Arès et Jocelyne Deguire-Rioux pour leur aide dans la mise en page de ce texte. Enfin, ils remercient le CPLT pour son appui financier.

## *AVANT-PROPOS*

Le Comité permanent de lutte à la toxicomanie (CPLT) a pour mandat principal de conseiller la ministre de la Santé et des Services sociaux, ainsi que le ministre délégué à la Santé, aux Services sociaux et à la Protection de la Jeunesse, 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.

Outre les réflexions et les échanges qu'il mène au sein de ses rangs ou avec son comité aviseur, il s'alimente à diverses sources pour réaliser son mandat: il commande des études, il recueille les opinions des divers intervenants et experts des milieux concernés, il analyse les données publiées sur l'évolution de la problématique au Québec (ex.: Enquêtes de santé).

En vue de contribuer au transfert des connaissances, il publie régulièrement les résultats des études qu'il commande, des consultations qu'il mène, de même que le fruit de ses réflexions. Il publie également, sur certains thèmes, des fascicules qui constituent pour un ensemble d'acteurs des outils en mesure de les guider dans leurs réflexions, leurs échanges et leurs actions.

Dans le cadre de ses travaux antérieurs, le CPLT avait identifié la difficulté de rejoindre et de retenir certains parents dans les programmes de prévention de la toxicomanie chez les jeunes. Préoccupé de cet état de fait, il a commandé à monsieur Frank Vitaro une étude visant à dégager, à l'intention des intervenants, de façon concrète, les stratégies les plus prometteuses pour impliquer les parents dans ce type de programmes. À l'issue de cette étude, deux documents sont publiés: la version intégrale du rapport de Vitaro, Normand et Charlebois et une version "allégée", écrite dans un style journalistique, pour une plus grande accessibilité et une facilité de consultation accrue. Le texte qui suit constitue la version intégrale; le fascicule est aussi disponible sur demande.

## ***INTRODUCTION***

Ce texte porte sur les stratégies susceptibles de motiver les parents à s'impliquer dans les activités destinées à prévenir la consommation abusive de psychotropes chez les jeunes. Il s'inscrit en continuité avec la *Politique de la Santé et du Bien-être* (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1992) dont l'action prioritaire en matière de prévention de la toxicomanie chez les jeunes consiste à: "Stimuler les activités de prévention et de promotion de la santé, en mettant l'accent sur les services destinés aux jeunes **et en y associant leur famille**" (p. 63). Avant de décrire les stratégies en détail, nous soulignons d'abord l'importance et, ensuite, les difficultés à rejoindre, impliquer et retenir les parents dans les programmes de prévention. Enfin, nous terminons par des pistes d'action concrètes susceptibles d'intéresser les intervenants.

Pour produire ce texte, nous avons fait un survol de la littérature scientifique pertinente. Nous avons trouvé peu de textes qui traitent directement des stratégies pour impliquer les parents dans les programmes de prévention de la toxicomanie. Nous avons aussi consulté une quinzaine de chercheurs américains, canadiens et québécois réputés, qui ont réussi avec plus ou moins de succès à rejoindre et à impliquer les parents dans leurs programmes de prévention, lesquels sont habituellement de type multimodal, c'est-à-dire à cibles et à stratégies multiples (voir Vitaro, Dobkin, Gagnon, & LeBlanc, 1994). Voulant profiter au maximum de l'expérience de ces chercheurs, nous avons consulté ceux qui s'intéressent à la prévention de la toxicomanie, ainsi que ceux qui s'intéressent à la prévention de problématiques connexes telles la délinquance ou d'autres problèmes de comportement. Soulignons ici la comorbidité élevée entre les problèmes de toxicomanie et ces autres problèmes à l'adolescence, ainsi que la présence de facteurs de risque communs. Nous avons également consulté des intervenants québécois qui ont développé et expérimenté des programmes de prévention de la toxicomanie qui s'adressent aux parents, afin de tirer profit aussi de leur expérience. Nous les avons repérés à partir de l'Inventaire des programmes de prévention des toxicomanies produit par Lebeau et son équipe (Lebeau, Sirois, & Viens, 1996).

Nous n'avons pas distingué les programmes de prévention universelle (i. e. promotion, prévention primaire) destinés à tous les individus d'une communauté et les programmes de prévention ciblée (i. e. prévention secondaire) destinés à des individus ou groupes à risque en raison de caractéristiques personnelles ou environnementales (appellation inspirée de celle proposée par Mrazek & Haggerty, 1994). Ce choix est motivé par le fait que les obstacles et les difficultés à rejoindre et à retenir les parents dans les deux types de programmes sont très semblables, les



parents n'ayant formulé aucune demande d'aide spécifique ni dans un cas, ni dans l'autre (Renaud & Mannoni, 1997). Ceci dit, les pistes d'action proposées tout au long de ce texte proviennent d'acteurs impliqués majoritairement dans des activités de prévention de type ciblé. Comme il en sera fait mention plus loin, ce sont surtout les parents d'enfants en difficulté ou de quartiers défavorisés qui sont les plus difficiles à recruter et, pourtant, les plus susceptibles de bénéficier d'une aide préventive.

## 1. CARACTÉRISTIQUES FAMILIALES LIÉES À LA CONSOMMATION DE SUBSTANCES PSYCHOTROPES CHEZ LES JEUNES

Au Québec, une enquête récente montre que plus de la moitié des jeunes québécois âgés de 15-16 ans se sont déjà intoxiqués au moins une fois avec de l'alcool. Près du tiers ont utilisé des drogues illégales à cinq reprises ou plus. Une proportion importante des jeunes qui consomment des substances psychotropes le font à l'école ou à l'occasion d'activités sportives, ce qui peut hypothéquer leurs apprentissages scolaires ou leur sécurité. Plus des trois quart des jeunes qui ont consommé de l'alcool ou des drogues illégales à cinq reprises ou plus au cours de leur vie rapportent en avoir consommé une fois par semaine ou davantage au cours de la période de consommation maximale. Plusieurs rapportent des difficultés sociales associées à leur consommation et près du tiers ont des problèmes de santé mentale concomitants à leur consommation de psychotropes (voir Vitaro, Tremblay, Zoccolillo, Romano, & Pagani, 1999). Ces résultats motivent les efforts de prévention entrepris par plusieurs groupes et organismes québécois (Lebeau et al., 1996).

Plusieurs chercheurs ont montré que les jeunes qui consomment des substances psychotropes de manière abusive proviennent de familles où la discipline et la supervision sont déficientes et où les problèmes de communication sont nombreux (Cooms & Paulson, 1988; Jurich, Poison, Jurich, & Bates, 1985; Kandel, Kessler, & Margulies, 1978). Un style parental très permissif ou très autoritaire au cours de l'enfance a été associé prédictivement à la consommation de psychotropes à l'adolescence (Baumrind, 1983; Shedler & Block, 1990). La relation affective (v. g. l'investissement parental et l'attachement de l'enfant), lorsque perturbée, peut également porter à conséquence. Par exemple, Shedler et Block (1990) ont montré que la qualité des interactions entre la mère et son enfant de cinq ans permettait de prédire qui deviendrait un consommateur abusif de marijuana à l'âge de quinze ans et qui deviendrait un consommateur occasionnel.

En outre, les jeunes qui consomment des substances psychotropes affichent des comportements déviants ou antisociaux, parfois dès la petite enfance (Brook, Whiteman, Gordon, & Brook, 1984; Newcomb, 1992). Ces comportements peuvent avoir découlé de pratiques parentales excessives ou déficientes. Ils peuvent aussi avoir exacerbé les pratiques parentales. Enfin, certains auteurs suggèrent que les pratiques parentales déficientes favorisent l'association à des pairs déviants qui, à son tour, contribue à l'escalade dans les conduites déviantes au cours de l'adolescence (Dishion, Patterson, Stoolmiller, & Skinner, 1991; Kandel, 1978). Au contraire, une relation positive et une communication ouverte entre parents et jeunes se sont avérées protectrices en regard de la consommation de substances psychotropes à l'adolescence (Jessor & Jessor, 1977; Kim, 1979; Norem-Hebeisen, Johnson, Andersen, & Johnson, 1984; Selnow, 1987).

Les résultats précédents militent en faveur de programmes de prévention qui incluent les parents et qui insistent sur l'amélioration de la relation parent-enfant et des pratiques parentales (i. e. supervision, gestion de conflits, discipline ferme mais positive). L'implication des parents apparaît encore plus incontournable devant le constat d'échec des programmes centrés uniquement sur les jeunes à l'école (voir Gorman, 1998, pour une recension complète et critique). En effet, les programmes qui visent à informer ou à sensibiliser les jeunes au sujet des substances psychotropes n'ont pas réussi à prévenir la consommation abusive d'alcool ou de drogues, malgré des effets positifs temporaires ou occasionnels au chapitre des connaissances et des attitudes vis-à-vis ces substances (Bangert-Drowns, 1988; Bruvold, 1990; Gersick, Grady, & Snow, 1988; Goodstadt & Sheppard, 1983; Green & Kelley, 1989; Kim, McLeod, & Shantzis, 1993; Kinder, Pape, & Walfish, 1980; Moskowitz, 1989; Ross, Richard, & Potvin, 1998; Tobler, 1986; Vitaro, Maliantovitch, Bouchard, & Girard, 1998). Dans certains cas, les programmes de prévention centrés sur les jeunes à l'école ont même entraîné une augmentation plutôt qu'une diminution de la consommation (Dishion & Andrews, 1995; Hostetler & Fisher, 1997).

Les programmes centrés sur les jeunes à l'école qui incluent l'apprentissage d'habiletés personnelles et sociales semblent produire des effets plus encourageants (Botvin, 1990), surtout lorsqu'ils sont assortis d'un volet centré sur la discipline et la communication au sein de la famille (DeMarsh & Kumpfer, 1986; Pentz, Dwyer, MacKinnon, Flay, Hansen, Wang, et al., 1989). Toutefois, rares sont les études qui comparent spécifiquement l'ajout d'un volet parental aux programmes centrés sur l'apprentissage d'habiletés personnelles et sociales. Les résultats des quelques études disponibles sont, en outre, biaisés en raison d'une attrition différentielle, c'est-à-dire d'une perte plus grande de participants dans la condition à

deux volets qui implique les parents et les jeunes, que dans la condition à volet unique qui implique uniquement les jeunes (en raison des difficultés à rejoindre et à impliquer les parents) (voir, par exemple, Vitaro et al., 1998).

Les recherches qui ont évalué les résultats d'un programme à volet unique, centré sur les parents, pour prévenir la toxicomanie chez les jeunes sont également rares et les résultats peu concluants. Par exemple, Klitzner et ses collaborateurs (Klitzner, Gruenewald, & Bamberger, 1990; Klitzner, Vegega, & Gruenewald, 1988) ont évalué un programme comprenant des activités de groupe pour les parents et des ateliers pour améliorer leurs pratiques disciplinaires et la communication parents-enfants. Ce programme a eu un impact positif sur les relations familiales et les stratégies éducatives mais il n'a pas modifié la consommation de substances psychotropes de la part des jeunes. Malgré ces résultats négatifs, il est prématuré de tirer une quelconque conclusion concernant les programmes à volet unique, centré sur les parents. En revanche, il est possible de constater que les programmes de type bimodal (i. e. avec volets centrés sur les jeunes et les parents) ou de type multimodal (i. e. avec des volets centrés sur les jeunes, les parents, l'école et/ou la communauté) s'avèrent, dans l'ensemble, positifs pour prévenir, retarder ou réduire la consommation abusive de psychotropes chez les jeunes (DeMarsh & Kumpfer, 1986; Pentz et al., 1989; Rohrbach, Hodgson, Broder, Montgomery, Flay, Hansen, et al., 1995; Tremblay, Pagani-Kurtz, Masse, Vitaro, & Pihl, 1995).

Le constat précédent est toutefois assorti d'un revers important: il est difficile d'impliquer les parents dans les programmes de prévention, compte tenu qu'ils n'ont pas spécifiquement formulé de demande d'aide. Il est particulièrement difficile de recruter des parents de milieu désavantagé en raison des divers stress auxquels ils sont soumis (Cohen & Rice, 1995; DeMarsh & Kumpfer, 1986; Renaud & Mannoni, 1997). Il est également difficile d'impliquer les parents d'enfants manifestant des problèmes de comportement, malgré que ces jeunes soient à plus haut risque de toxicomanie et de problèmes de santé mentale que ceux sans problèmes de comportement (Vitaro et al., 1994). Une telle situation peut facilement décourager des chercheurs ou des intervenants qui aimeraient réaliser un programme de prévention de type bi ou multimodal (Van Hasselt, Hersen, Null, Ammerman, Bukstein, McGillevray, et al., 1993). Toutefois, il y a des exceptions qui méritent d'être soulignées, ce que la seconde partie de ce texte s'emploiera à décrire. Lorsque les parents de milieu défavorisé ou encore démunis au plan des habiletés personnelles s'impliquent dans des programmes de prévention, ils sont souvent ceux qui en retirent le plus de bénéfices comme le montrent les résultats de Rueter, Conger et Ramisetly-Mikler (1999). Ces auteurs

ont en effet montré que les mères qui, au prétest, affichaient les lacunes les plus importantes au plan de la communication et les problèmes maritaux les plus sérieux étaient celles qui avaient fait le plus de progrès après avoir participé au programme *Preparing for the Drug-Free Years*. Les résultats pour les pères étaient sensiblement les mêmes sauf que, pour eux, les difficultés financières avaient tendance à atténuer les effets de leur participation au programme de prévention. En d'autres mots, les caractéristiques personnelles ou socio-économiques des parents peuvent non seulement expliquer leur participation à des programmes de prévention, mais elles peuvent aussi moduler l'effet de ces programmes même lorsqu'ils y participent. Dans la prochaine section, nous faisons un survol des caractéristiques des parents qui participent aux programmes de prévention par rapport à ceux qui n'y participent pas.

## **2. CARACTERISTIQUES DES PARENTS LIÉES À LEUR PARTICIPATION DANS LES PROGRAMMES DE PRÉVENTION**

L'identification des variables qui distinguent les parents qui s'impliquent de ceux qui refusent ou ceux qui abandonnent par rapport à ceux qui persistent n'est pas une mince tâche. La documentation empirique est rare et les résultats sont souvent contradictoires.

Certains programmes qui ont évalué systématiquement le taux de participation des parents arrivent à recruter à peine 1 % des parents invités (Maison Adojeune, Gatineau, Que. ). Même en offrant un dédommagement monétaire, Grady, Gersick et Boratynski (1985) réussissent à recruter à peine le tiers des parents éligibles à participer à des ateliers à l'école. Par contre, lorsque l'information est acheminée à la maison par l'entremise des enfants, 70 % des parents dans l'étude de Perry, Pirie, Holder, Halper et Dudovitz (1990) disent en avoir pris connaissance. Au niveau de la rétention des parents, une fois le programme commencé, certains auteurs rapportent des taux de rétention de 40 % à 60 % (Armbruster & Kazdin, 1994) sur une année d'intervention; d'autres rapportent des taux de participation de 98 % après trois ans (Project Alliance, Portland, OR).

Le recrutement et la rétention constituent deux opérations interreliées mais distinctes. Afin de mieux comprendre les caractéristiques des parents qui refusent par rapport à ceux qui acceptent de participer, il est important de distinguer les types de programmes proposés. Les exemples suivants servent à illustrer et à expliquer certaines différences dans les taux de participation des parents à des programmes de prévention. Lorsqu'il s'agit d'un programme

préventif de type universel, comme celui de la Maison Adojeune, il est difficile, voire impossible, de connaître les caractéristiques de ceux qui refusent ou ignorent l'invitation. Lorsque la population est sélectionnée en raison, par exemple, des problèmes de comportements évalués à l'école ou la toxicomanie d'un parent, les caractéristiques des participants et des non-participants sont mieux connues quoique limitées. Là où il est possible de bien documenter les différences, c'est entre les parents qui abandonnent en cours de route et ceux qui persistent, car plusieurs mesures sont alors disponibles pour les deux groupes.

> **Programmes préventifs de type universel (i. e. de promotion ou de prévention primaire)**

Deux études américaines fournissent des pistes de réflexion intéressantes. La première étude porte sur l'évaluation du programme multimodal *Midwestern Prevention Project* (Rohrbach et al., 1995). La majorité des parents qui ont accepté de répondre au questionnaire initial (72.9 %) ont participé à au moins une composante du programme. La participation a toutefois diminué au fur et à mesure que l'intensité de l'engagement exigé dans les activités du programme augmentait (ex.: seulement 23 % ont participé aux ateliers d'entraînement aux habiletés parentales et 9.2 % se sont impliqués dans les comités d'école). Les caractéristiques qui distinguaient les participants qui ont persisté dans le programme par rapport à ceux qui ont abandonné étaient les suivantes: ceux qui ont persisté étaient d'origine caucasienne, avaient un statut socio-économique élevé, et éprouvaient peu de difficultés liées à l'alcool et au tabac.

Une autre étude réalisée dans des conditions similaires (Cohen & Rice, 1995) a connu une décroissance similaire (de 78 à 15 %) avec le temps. L'abandon du programme était associé à l'origine hispanique des participants, à une faible scolarité et à une plus grande consommation de tabac et autres substances toxiques au prétest.

> **Programmes préventifs de type ciblé (i. e. de prévention secondaire)**

Les études sur les programmes de prévention ciblée sont plus nombreuses. Le taux de rétention dans ces études varie entre 40 % et 60 %. Ces études sont souvent réalisées avec des populations plus restreintes et plus homogènes. Les travaux d'Armbruster et Kazdin (1994) indiquent qu'un haut niveau de stress parental, un passé antisocial des parents et des pratiques éducatives punitives sont associées à l'abandon prématuré du programme. Par contre, les mères de familles monoparentales pauvres, habitant le centre ville et appartenant

à un milieu ethno-culturel minoritaire ont tendance à persister plus longtemps dans le programme de traitement que les parents de familles bi-parentales aisées, non-minoritaires et vivant en banlieue (Kazdin, Stolar, & Marciano, 1995). Ces auteurs constatent que leurs résultats contredisent ceux de d'autres chercheurs qui avaient souligné les difficultés de recrutement des familles de milieu défavorisé. Une fois ces familles impliquées, il est possible qu'elles persistent davantage que les autres. Il semble toutefois plus difficile de les impliquer au point de départ.

L'étude de Cunningham, Bremner et Boyle (1995) illustre, quant à elle, les interactions qui peuvent exister entre les caractéristiques des participants et les composantes d'un programme de prévention. Ces auteurs ont procédé à l'assignation aléatoire des parents en fonction de trois conditions. Une première condition proposait une réflexion en sous-groupes de cinq à sept participants sur la supervision des travaux scolaires, la résolution de problèmes et la planification des devoirs. Une seconde condition offrait un support individualisé aux parents sur les mêmes thèmes que la condition précédente. Enfin, la troisième condition plaçait les parents sur une liste d'attente et offrait six mois plus tard une formation sur le rôle de parent. La moitié (51 %) des parents qui ont refusé de participer à l'une ou l'autre des trois conditions ont invoqué un horaire familial trop chargé pour motiver leur refus. Le plus grand nombre de refus (69.6 %) venait des parents qui avaient été invités à participer à la première condition (43.5 % pour la deuxième condition et 40.4 % pour la troisième). Toutefois, les parents qui percevaient des problèmes de comportement sévères chez leur enfant étaient plus enclins à participer à la première ou à la troisième condition (50% et 57.9 %, respectivement) qu'à la deuxième condition (32.1 %). Des 150 participants inscrits, 24 % ont abandonné le programme avant la fin (durée: six mois). Il n'y avait pas de différence significative entre les trois conditions relativement au taux d'abandon. Toutefois, si les parents sont défavorisés, immigrants, peu scolarisés et ont un enfant qui affiche des problèmes de comportement sévères, ils ont tendance à persévérer davantage s'ils se trouvent dans la première condition. Cette étude montre que la perception que les parents ont de l'efficacité d'un programme de prévention peut influencer leur décision d'y participer.

Pekarik (1992) rapporte, pour sa part, que le progrès en cours de traitement est une variable qui influence significativement la décision de poursuivre ou d'abandonner la thérapie. Certains parents choisiront d'abandonner lorsqu'ils constatent des progrès jugés suffisants, tandis que d'autres poursuivront parce qu'ils sont encouragés. Il n'y a pas, à notre connaissance, d'étude publiée qui a évalué conjointement l'effet des caractéristiques des

participants et des progrès en cours de programme sur la persistance dans un programme de prévention. Toutefois, des résultats préliminaires d'une étude préventive, multimodale et longitudinale (trois ans) réalisée par Charlebois, Normandeau et Vitaro (1995a) pourraient apporter quelques éléments de réponse à cette question. Cette étude a ciblé des garçons turbulents à la maternelle. Elle proposait aux parents de participer à la préparation de la réussite scolaire de leur enfant. Le contact initial avec les parents a été établi par une lettre positive centrée sur la collaboration parent-école, plutôt que sur les difficultés rencontrées par ces garçons à la maternelle. Les résultats montrent que la persistance dans le programme est le principal facteur qui explique une réussite scolaire supérieure en troisième année. Les variables qui discriminaient le mieux le groupe des parents qui ont persisté pendant trois ans (80 % des sessions) et le groupe des parents qui ont abandonné après la première année étaient: (1) le support extra familial reçu par la mère; (2) l'amélioration de la relation mère-fils au cours de la première année du programme; (3) une diminution des comportements turbulents des garçons au cours de cette même période.

**En conclusion, l'état actuel des connaissances ne permet pas de distinguer clairement le profil des parents qui persistent par rapport à ceux qui se retirent prématurément des programmes de prévention ou de traitement.** D'autres recherches sont nécessaires afin de mieux documenter cette question. La pénurie d'information à ce niveau n'interdit toutefois pas de proposer des stratégies susceptibles d'intéresser les parents aux programmes de prévention.

### **3. LES STRATÉGIES PROMETTEUSES POUR IMPLIQUER ET RETENIR LES PARENTS**

Comment motiver les parents, surtout les parents des familles ou des enfants les plus à risque, à participer aux programmes de prévention de la toxicomanie?<sup>1</sup> Notre recension des divers programmes, au Québec et ailleurs en Amérique du Nord, a permis de distinguer les

<sup>1</sup> Tel que déjà noté, nous débordons, à l'occasion, sur des programmes visant la prévention de problèmes de comportement ou sur des programmes de prévention de type omnibus. Les problèmes de comportement constituent un prélude ou tout au moins un corrélat aux problèmes de toxicomanie chez les jeunes (Dobkin, Tremblay, Mâsse, & Vitaro, 1995). Par surcroît, les programmes de prévention des problèmes de comportement ou de la toxicomanie partagent plusieurs éléments communs. Enfin, les programmes de prévention de type omnibus visent une variété de problèmes d'adaptation, parmi lesquels se retrouvent les problèmes de toxicomanie. Souvent, ils s'adressent à des clientèles en début de scolarisation ou même d'âge préscolaire, alors que les programmes à objectifs plus spécifiques visent des enfants de la fin du primaire ou au secondaire. Les deux types de programmes peuvent très bien se compléter l'un l'autre dans une perspective de prévention continue: l'application d'un programme de prévention spécifique, à la fin du primaire ou au début du secondaire, fait suite à un programme de prévention omnibus appliqué au préscolaire ou au début du primaire. Pour les enfants et les familles à haut risque, cette perspective de prévention continue (ou à volets multiples) peut s'avérer indispensable pour atteindre une efficacité optimale, alors que le volet omnibus ou spécifique peut suffire pour les autres.

programmes qui ont le mieux réussi à rejoindre une forte proportion de parents de ceux qui ont vu leurs efforts vains. Nous en avons dégagé certaines pistes d'action. Celles-ci sont décrites selon les phases de développement d'un programme, soit la phase de la planification, la phase du recrutement et la phase de la mise en oeuvre. Nous allons référer à plusieurs programmes de prévention dans les pages qui suivent. Leurs caractéristiques principales sont résumées à l'annexe A.

### **3.1 LORS DE LA PLANIFICATION DU PROGRAMME**

Un programme de prévention bien conçu et bien évalué au plan des retombées positives retiendra l'intérêt des parents.

#### **> S'appuyer sur un fondement théorique et empirique**

Il peut paraître superflu de le dire, mais le contenu d'un programme de prévention proposé à des parents doit reposer sur des bases empiriques solides (Metzler, Taylor, Gunn, Fowler, Biglan, & Ary, 1998; Sanders, sous presse; Webster-Stratton & Taylor, 1998). Il n'y a rien de tel qu'un contenu efficace et attrayant pour donner légitimité au programme et engager les parents qui se passeront le mot de bouche à oreille. En guise d'exemple, le programme P. A. R. T. A. G. E., à St-Jean-sur-Richelieu, a employé le curriculum de "Partons du bon pied", de la maison Jean Lapointe, pour le volet parents. Dans le cadre de ce programme, deux à trois sessions par année, sur une période de six ans, ont été offertes avec succès. Le programme PRISME en est un autre, bien rodé et structuré, qui a été implanté dans plusieurs CLSC de la Montérégie.

Malheureusement, peu de programmes québécois qui comportent un volet destiné aux parents ont été évalués de manière satisfaisante (voir Lebeau et al., 1996). Même aux États-Unis, les programmes pour des familles ou des jeunes à risque qui ont fait l'objet d'une évaluation rigoureuse sont rares. Plusieurs souffrent de problèmes méthodologiques graves tels une attrition élevée (DeMarsh & Kumpfer, 1986; Forehand, Middlebrook, Rogers, & Steffe, 1983; St. Pierre, Mark, Kaltreider, & Aikin, 1997), des échantillons de petite taille (Klein & Swisher, 1983; Klitzner et al., 1990), des biais de sélection des participants, l'absence d'un groupe de contrôle (Lorion & Ross, 1992) et l'absence d'une évaluation à long terme (Lotion & Ross,



1992). Les conclusions qui peuvent en être tirées seraient prématurées et ne sauraient convaincre des parents (ou des intervenants) d'investir du temps et des énergies puisque les garanties de succès sont plus qu'incertaines.

> **S'assurer une volonté politique et un financement stables**

De bonnes bases théoriques et empiriques sont garanties d'un support politique et financier stables. A long terme, un programme qui est bien soutenu par la communauté, le milieu scolaire et les organismes de subvention aura plus de chances d'attirer l'intérêt et la participation des parents concernés (Charlebois, Vitaro, & Normandeau, 1995b; Dishion, Andrews, Kavanagh, & Soberman, 1996; Hinshaw, communication personnelle).

À Beloeil, le programme PRISME est offert dans 14 écoles et ce, depuis 1986. Son financement, qui doit être renouvelé aux trois ans, provient entre autres de la Régie régionale de la santé et des services sociaux, de députés et du club des Lions. En Australie, des chercheurs utilisent tous les médias possibles (i. e. radio, télévision, presse écrite, brochures, posters et même t-shirts) pour rejoindre et intéresser les parents à leur programme de prévention, qui couvre tout le territoire de ce continent (Sanders, sous presse). Ces chercheurs sont également très efficaces pour convaincre les politiciens et les bailleurs de fonds du bien-fondé de leur programme. À l'inverse, plusieurs programmes de prévention de la toxicomanie doivent se battre pour voir le jour, puis expirent faute de renouvellement de leurs subventions annuelles. Ainsi, les parents d'une communauté donnée n'ont pas le temps d'en entendre parler, ni d'appivoiser l'idée qu'ils pourraient en bénéficier, à moins d'être sollicités directement eux-mêmes.

> **Commencer tôt**

Il a été démontré que les programmes de prévention précoces sont plus efficaces (voir Hawkins, Catalane, Kosterman, Abbott, & Hill, 1999). Ils débutent bien avant l'adolescence ou l'apparition des problèmes de consommation, en s'attaquant aux précurseurs de ces problèmes. Dans une optique de prévention ciblée, citons à titre illustratif les problèmes de toxicomanie des jeunes mères, les problèmes d'alcoolisme des parents ou les problèmes de comportement des enfants d'âge préscolaire ou primaire, tous des précurseurs bien documentés de toxicomanie chez les jeunes

(Hawkins et al., 1999; Vitaro et al., 1994). Citons aussi une étude qui a ciblé les problèmes de comportement chez de jeunes garçons de six ans, ainsi que les compétences éducatives de leurs parents, et qui a produit des effets intéressants au niveau de la consommation de psychotropes et de plusieurs autres problèmes d'adaptation à l'adolescence (Tremblay et al., 1995).

En outre, il est possible que les parents de jeunes enfants soient plus réceptifs que des parents d'adolescents à collaborer à un programme destiné à améliorer les chances de succès de leur enfant, en particulier lors de périodes de transition telle la transition entre le préscolaire et le primaire. La période de transition entre le primaire et le secondaire peut également être propice, en raison des appréhensions que les parents entretiennent vis-à-vis l'école secondaire et l'adolescence en général (voir Poulin, Dishion, Kavanagh, & Kiesner, 1998).

#### **> Suivre les familles à long terme et sensibiliser les parents aux problèmes des jeunes**

Il est utopique de croire qu'une session d'information de deux heures peut, à elle seule, prévenir la consommation de tabac, d'alcool ou d'autres drogues chez les jeunes. Cependant, les programmes de prévention de la toxicomanie qui ont démontré des effets positifs durables suivent les familles sur des périodes de plusieurs semaines, mois ou années (Hawkins et al., 1999). Malgré un horaire chargé, les parents doivent être assurés qu'un investissement prolongé est vraiment nécessaire, et rentable. Un bulletin d'information aux parents concernant les taux d'incidence et de prévalence de la consommation de psychotropes chez les jeunes, à différents âges, et concernant les précurseurs des problèmes d'adaptation à l'adolescence leur permettrait de prendre connaissance de l'état de la situation. Des émissions radiophoniques ou de télévision pourraient servir aux mêmes fins. Il ne s'agit pas d'être alarmistes, mais de donner l'heure juste aux parents qui pourraient être portés à croire que les problèmes n'existent pas, ou n'existent que chez les autres, ou encore qu'il n'y a rien à faire de manière à les prévenir. Ces suggestions rejoignent celles-ci de Spoth et Redmond (1995). Ces auteurs rapportent que les facteurs qui expliquent le mieux la participation des parents dans un programme de prévention concernent la perception d'un problème appréhendé et les bénéfices qui peuvent découler du programme de prévention. Si un parent ne perçoit pas de problème actuel ou futur, pourquoi s'impliquerait-il dans une démarche qui exige des efforts et du temps? Un

autre élément qui prédit la participation des parents, c'est d'avoir utilisé dans le passé diverses ressources de leur environnement pour les aider à résoudre un problème (e. g. service d'aide téléphonique, professionnels de la santé, amis, internet, etc. ). En conséquence, Spoth, Bail, Klose et Redmond (sous presse) proposent d'identifier les parents qui possèdent ces caractéristiques et ceux qui ne les possèdent pas et de déployer plus d'efforts pour rejoindre ceux de la seconde catégorie, puisque ce sont eux qui vont s'avérer les plus difficiles à impliquer.

Plusieurs programmes ont montré qu'on peut y arriver. Le projet américain *Early Alliance* débute en première année du primaire et suit les familles jusqu'à la fin du secondaire. Le projet *FAST Track*, qui se déroule dans quatre régions des États-Unis, identifie les enfants les plus à risque, dès la maternelle, et il est financé actuellement pour travailler avec les enfants et leurs parents jusqu'en 10<sup>e</sup> année. *Project Alliance*, en Oregon, implique les parents d'enfants de 6<sup>e</sup> année jusqu'à la fin du secondaire. Ici, au Québec, le projet PAVOT qui s'est déroulé en Mauricie et qui a été adapté à la Maison des Jeunes de Chibougamau, est structuré en 20 leçons qui s'étendent du secondaire I à IV.

#### > **Avoir des contacts fréquents**

Les contacts entre les animateurs du programme et les parents impliqués doivent être fréquents, afin de maintenir un certain niveau d'intérêt de la part des parents, de conserver un certain *momentum* et de favoriser le développement d'un attachement entre les parents et les animateurs<sup>2</sup> (Pancer & Cameron, 1993).

McMahon (communication personnelle) rapporte que pendant la première année du projet *FAST Track*, les rencontres de parents avaient lieu à chaque semaine. Dans la deuxième année, elles se déroulaient aux deux semaines. Puis, à partir de la troisième année, ces rencontres avaient diminué à quatre fois l'an. De ses propres mots, il a qualifié cette transition de "désastre"! "Les parents étaient furieux! Il n'y avait plus aucun *momentum*. Les mêmes thèmes étaient abordés d'une fois à l'autre. Ça n'allait nulle part. " Ces rencontres ont donc augmenté à une fois par mois au

<sup>2</sup> Les promoteurs de projets longitudinaux interviewés sont unanimes à dire que leurs coordonnateurs, animateurs ou bénévoles restent associés à leur projet pendant de nombreuses années, bien que leur travail soit fort exigeant, parce qu'ils s'attachent aux familles et sont convaincus de faire une différence dans la vie de ces gens.

cours de la troisième année, ce qu'il juge encore insuffisant. DuPaul tient des propos semblables: les parents ont commencé à "décrocher" de son programme lorsque la fréquence des rencontres est passée d'une fois par semaine à une fois par mois. Le programme Triple-P va même plus loin en offrant un support téléphonique, entre les rencontres, aux parents qui en ressentent le besoin (Sanders, sous presse).

Il semble que moins les contacts sont fréquents, plus les coordonnateurs doivent se dépenser en efforts pour rappeler aux parents (par téléphone, par des visites à la maison, par des bulletins ou par des calendriers) les dates et heures des prochaines rencontres. Les animateurs du projet *FAN Club* vont jusqu'à téléphoner aux parents la veille et le jour même des activités; si les parents ne se présentent pas, ils leur téléphoneront ou leur rendront visite à la maison, dans les jours suivants, afin de leur laisser savoir que leur présence aurait été appréciée.

Il est à noter que plus la population est à risque, plus les contacts doivent être fréquents. Par exemple, le programme Enfants de l'Espoir, du quartier Maisonneuve, à Montréal, s'adresse à des parents polytoxicomânes dont les enfants sont à risques multiples. Les rencontres entre les parents et les responsables de ce projet varient entre quatre et dix contacts par semaine, selon le besoin, et ce, sur une période de plusieurs années. Ainsi, on risque moins de perdre les parents qui n'ont pas de domicile fixe que si les rencontres se faisaient une fois par mois. En outre, le nombre de *stresseurs* est tellement élevé que les contacts fréquents permettent d'éteindre les feux au fur et à mesure qu'ils surviennent et ainsi poursuivre l'objectif plus central de prévention.

Le projet *Early Alliance*, qui vise des écoles de quartiers défavorisés, se vante quant à lui d'offrir 25 à 30 visites à domicile par année. Ainsi, il conserve un taux de participation d'environ 90 % des parents inscrits depuis le début du programme, soit il y a trois ans (Dumas, communication personnelle).

### > **Élargir le contexte**

Cohen et Rice (1995) attribuent la faible participation des parents à leur programme au fait que l'objectif proposé touchait uniquement à la consommation de psychotropes. Certains parents sous-estiment la consommation de leurs jeunes et de leurs amis. D'autres affichent une attitude tolérante vis-à-vis certains psychotropes,

étant eux-mêmes consommateurs. Il est donc difficile d'imaginer que l'on puisse gagner la participation d'un grand nombre de parents en offrant un programme de prévention spécifique à la toxicomanie, à moins que les parents reconnaissent que le problème existe déjà sous leur toit, et qu'ils désirent de l'aide en ce sens, de façon spécifique. Une approche plus systémique ou écologique, qui s'adresse à une gamme plus vaste de problèmes d'adaptation et qui favorise la réussite des jeunes dans diverses sphères de fonctionnement, est plus susceptible d'intéresser un plus grand nombre de parents (Prinz, communication personnelle).

D'autre part, la toxicomanie et d'autres problèmes d'adaptation tels la délinquance ou l'abandon scolaire ont plusieurs facteurs de risque en commun, en plus d'entretenir des liens concomitants et développementaux étroits. En terme de prévention, il est avantageux de cibler le plus grand nombre possible de facteurs de risque ou de protection communs, le plus tôt possible, afin de corriger précocement les trajectoires développementales, quitte à implanter plus tard des programmes spécifiques à chaque problématique (Metzler et al., 1998; Sanders, sous presse).

Il est par conséquent souhaitable que les projets de prévention de la toxicomanie s'enracinent dans le milieu scolaire en plus du milieu familial (Dishion et al., 1996; Metzler et al., 1998; Prinz & Miller, 1996; Rubin, communication personnelle). L'école offre l'avantage d'être un milieu de vie important pour les jeunes, tant du point de vue académique que social. Les parents souhaitent généralement que leurs enfants réussissent à l'école et seront donc plus facilement convaincus de participer à un programme qui tient compte de l'éducation de leurs enfants, plutôt que de se limiter à leur santé mentale (Charlebois et al., 1995b; Webster-Stratton & Taylor, 1998). D'ailleurs, les promoteurs du programme *FAST Track* définissent l'objectif principal du volet parent comme étant "d'aider les parents à aider leurs enfants à réussir à l'école". Charlebois, Normandeau et Vitaro (1995a) ont adopté une stratégie très semblable.

Cependant, la disponibilité des parents pour s'engager dans une activité parascolaire est limitée par les contraintes de toutes sortes qui sapent les énergies des familles les plus à risque. Il semble donc nécessaire d'élargir encore davantage le champ d'action du projet préventif et d'y inclure un soutien dans tous les domaines de la vie familiale (Prinz, communication personnelle; Sanders, sous presse). Le projet *Early Alliance* définit clairement les deux composantes de son volet "parent" comme étant,

premièrement, le développement d'habiletés pour faire face au stress (plutôt que seulement des pratiques parentales particulières) et, deuxièmement, le soutien aux parents dans diverses sphères de la vie (ex.: emploi, loi, logement) lorsqu'ils n'ont pas les ressources pour affronter eux-mêmes ces défis.

### > **Bien choisir et soutenir les intervenants**

La littérature et les personnes interviewées s'entendent pour dire que certaines caractéristiques des intervenants sont d'une importance primordiale dans le recrutement et la participation soutenue des parents (Catalane; Dumas; Kavanagh; McMahon, communications personnelles; Prinz & Miller, 1996). Mais les qualités recherchées ne correspondent pas nécessairement à des diplômes, bien que plusieurs projets emploient des gens formés en travail social ou en psychoéducation. Elles résident surtout dans les habiletés interpersonnelles qui peuvent être innées chez certains, ou acquises en cours de formation chez d'autres.

D'abord, il paraît essentiel que les intervenants connaissent bien le milieu. Par cela, on entend qu'ils connaissent bien les gens, leur langue et leur culture, ainsi que les contraintes et les ressources de la communauté et de l'école. Les intervenants du projet *Early Alliance*, en Caroline du Sud, sont majoritairement de race noire, puisqu'ils s'adressent à une population défavorisée, majoritairement de race noire.

Bien sûr, **tous** les intervenants ne peuvent pas **toujours** provenir du milieu où ils sont appelés à intervenir. Il est toutefois préférable de donner priorité à ceux qui appartiennent à la même culture que les parents, ou à tout le moins, à ceux qui font preuve de respect envers les différences qui les séparent (Prinz, communication personnelle). Une autre stratégie consiste à embaucher des parents comme collaborateurs rémunérés (comme dans *Better Beginnings*, *Better Futures* et *FAST Track*) ou à les recruter comme animateurs-bénévoles (ex.: PRISME, en Montérégie) ou coanimateurs des ateliers. Beaucoup de parents disent que le fait que les animateurs d'ateliers soient eux-mêmes des parents les rend à l'aise et les sécurise (D. Leblanc, communication personnelle).

Pour ce qui est des projets qui incluent des visites à domicile, il semble que la formation, la supervision et le soutien des intervenants soient essentiels. Il n'est pas rare que la formation s'étende sur plusieurs semaines, voire des mois (Dumas,

communication personnelle; Webster-Stratton & Taylor, 1998). Cette formation soutenue permet aux intervenants de bien faire leur travail de prévention en terme d'objectifs et de contenu. De plus, elle les aide à développer un attachement avec la population desservie au fil des années, ce qui ne serait évidemment pas possible si le roulement du personnel était trop fréquent. Puisque les visites à domicile placent fréquemment les intervenants devant des situations difficiles, le travail de prévention est extrêmement exigeant. Les instigateurs du programme doivent donc tout mettre en place afin de prévenir l'épuisement chez leurs intervenants. Comme le faisaient remarquer Kavanagh, de *Project Alliance*, et Haggerty, de *Parenting for Drug-Free Children*, la majorité du travail de supervision des intervenants est centrée sur la frontière (floue) entre le rôle professionnel et les relations personnelles. Quant à McMahon et Slough de *FAST Track*, ils mettraient plus d'emphase sur la prévention de l'épuisement professionnel chez les intervenants (communication personnelle). Dans certains programmes, les intervenants ont même créé leur propre réseau de soutien entre pairs (Sanders, sous presse; Webster-Stratton & Taylor, 1998).

### > **Évaluer les impacts**

L'évaluation des programmes de prévention doit être soulevée à nouveau, bien qu'elle semble, à première vue, étrangère à notre objectif d'implication des parents. Notre insistance sur cet aspect origine du fait que trop souvent, elle est inexistante (Lebeau et al., 1996; Metzler et al., 1998). Lorsqu'il y a évaluation, elle porte presque toujours sur la satisfaction des participants, et non sur les changements dans le comportement des parents et des jeunes (Lebeau et al., 1996). L'évaluation des effets des projets de prévention est presque exclusivement laissée aux chercheurs universitaires associés aux projets.

Conséquemment, plusieurs praticiens mettent en place des programmes dont les effets restent inconnus, ou se voient forcés de réinventer la roue à chaque nouvelle tentative de mise en place d'un programme de prévention. Ces évaluations pourraient entre autres porter sur les facteurs qui ont facilité ou nui à la participation des parents, sur les résultats obtenus et sur la conformité de l'intervention réalisée au regard du projet initial.

Tel que déjà signalé, il n'y a pas de meilleure façon pour "vendre" un programme de prévention à des parents ou à des bailleurs de fonds que des résultats concrets

montrant qu'il a atteint ses objectifs dans le passé. Une évaluation rigoureuse mais réaliste de la mise en oeuvre et des effets d'un programme de prévention rassure les organismes subventionnaires sur la compétence de l'équipe et favorise le renouvellement des subventions. Elle autorise aussi la promotion du programme auprès des partenaires éventuels et des parents. Il importe toutefois au préalable de faire valider les résultats par la communauté scientifique afin de ne pas tomber dans le charlatanisme.

### 3.2 AU RECRUTEMENT

Maintenant que le projet a été conçu de façon à maximiser les effets ainsi que la participation des parents, il s'agit de les inviter à y prendre part. Il serait dommage qu'un appel soit lancé dans le vide. Voici donc quelques techniques de recrutement optimales.

#### > **Publiciser via un entremetteur connu et respecté**

L'école est un milieu qui est familier à la plupart des parents, et respecté de ceux-ci. Bon nombre de promoteurs de programmes de prévention de la toxicomanie, tant de type universel que de type ciblé, en font le lieu de recrutement et le lieu de réalisation de leurs activités. Une lettre d'invitation est généralement remise aux élèves qui doivent ensuite la remettre à leurs parents. Mais cette technique, employée par des programmes universels, a tendance à susciter peu de participation des parents. Une variante intéressante proposée par D. Leblanc (communication personnelle) consiste à transmettre l'invitation aux jeunes qui, pour pouvoir participer aux activités, doivent se faire accompagner par un parent. Le projet "Partons du bon pied", à St-Jean-sur-Richelieu, a préféré installer un kiosque d'information dans les écoles lors de la remise des bulletins. *Project Alliance* (Kavanagh, communication personnelle) et le projet *Adolescent Transition Program* (Poulin et al., 1998) ont pour leur part créé un centre de ressources pour les familles au sein même de l'école, où se déroulent les activités de prévention et de formation des parents. Enfin, rappelons que les comités de parents ou les conseils étudiants peuvent aussi être mis à contribution.

Toutefois, certaines personnes, notamment celles issues de minorités ethniques ou culturelles, peuvent se sentir intimidées par l'école et par les professionnels y



oeuvrant, à cause de la barrière linguistique ou des écarts perçus au plan socioprofessionnel. Dans ces cas, il peut être préférable de faire appel à une personne de la communauté pour inciter les parents à participer au programme, en s'assurant, toutefois, qu'ils pourront ensuite parler et entendre parler leur langue pendant les ateliers (Cohen & Rice, 1995). Dans une communauté majoritairement hispanophone, par exemple, le projet *Parenting for Drug-Free Children* a fait appel à une église qui offrait la messe en espagnol pour lancer l'invitation aux parents après l'office du dimanche. Les ateliers ont aussi eu lieu à cet endroit familier pour les parents (Karachi, Catalane, & Hawkins, 1997).

Les infirmières et autres intervenants du CLSC ainsi que les médecins de famille jouent eux aussi un rôle clef dans la promotion de programmes offerts aux parents puisqu'ils sont bien placés pour informer et référer les parents (Cunningham, 1996; Sanders, sous presse; Vanier, communication personnelle). Par un concours de circonstances, la Maison Adojeune de Gatineau a pu obtenir le support d'une animatrice de radio pour faire connaître son programme. Mais il demeure que le bouche-à-oreille fait des merveilles lorsqu'il s'agit de recruter des parents. Selon nos informateurs, il nous est permis de croire que les parents seront plus enclins à prendre part à un programme de prévention si l'invitation leur est lancée par un autre parent qu'ils connaissent, surtout si lui aussi sera présent ou qu'il y a déjà participé (Cohen & Rice, 1995; Hinshaw, communication personnelle).

### > **Inviter personnellement**

Dans le même ordre d'idée, il n'y a rien de tel qu'une invitation personnelle, soit par téléphone soit par une visite à domicile, pour que le parent se sente un peu "obligé" d'accepter de participer à des activités de prévention, même si cette invitation provient d'une personne qu'il ne connaît pas personnellement. Le contact personnel permet d'expliquer clairement les objectifs aux parents et de répondre à leurs questions (Cohen & Rice, 1995; Cunningham et al., 1995; Dishion et al., 1996; Hinshaw, communication personnelle; Metzler et al., 1998). Par exemple, le programme *COPE*, à Hamilton, a développé un protocole téléphonique qui a permis de recruter avec succès un échantillon de parents dont les enfants démontraient des problèmes de comportement dès la prématurité. Le recrutement téléphonique se faisait par des psychoéducatrices de formation. Elles invitaient les parents à participer, en posant une série structurée de questions auxquelles les parents avaient

tendance à répondre oui, en allant du général (ex.: "Aimeriez-vous en savoir plus sur les services que nous offrons aux parents comme vous?") au plus particulier (ex.: "Seriez-vous intéressés à connaître l'horaire des ateliers offerts dans l'école la plus près de chez vous?") (Cunningham, communication personnelle). En revanche, lorsque l'invitation se fait par lettre, la participation des parents se situe entre 1, 5 % et 25 %, selon les projets. L'invitation par lettre n'apparaît donc pas une stratégie gagnante.

### > **Normaliser l'appartenance au programme**

Que les programmes soient ouverts à tous, ou destinés à une population donnée, il s'agit d'éviter d'alarmer les parents ou pire de les stigmatiser ou de leur faire vivre un sentiment d'incompétence ou de marginalité. C'est alors que la normalisation de l'appartenance au programme entre en jeu.

Le projet *COPE*, de Hamilton, a bien compris cette dynamique. Leur protocole de recrutement téléphonique des parents dont les enfants sont les plus à risque débute en rassurant ces parents que d'autres parents de leur quartier éprouvent également des problèmes semblables avec leur enfant (ex.: "Est-ce que vous avez vous aussi des problèmes de discipline avec votre enfant à l'occasion?"). Les parents recrutés sont alors rassurés d'apprendre qu'ils ne sont pas seuls aux prises avec ces difficultés, qu'ils pourront en discuter ouvertement avec d'autres parents, dans le contexte des ateliers, et obtenir de l'aide de professionnels.

D'autres, comme *Paradoxe*, à Pointe St-Charles, normalisent l'appartenance au programme en élargissant le contexte de prévention à tout ce qui concerne la relation parent-adolescent. Parmi les objectifs cités par divers autres programmes de prévention de la toxicomanie, notons ceux de "fortifier les liens familiaux" (Kumpfer, Molgaard, & Spoth, 1996; St. Pierre et al., 1997); "mieux faire face au stress et résoudre les conflits" (Cunningham et al., 1995; Sanders, sous presse; Van Hasselt et al., 1993); "aider les parents à aider leurs enfants à réussir à l'école" (CPPRG, 1992).

Une autre stratégie consiste à qualifier les intervenants de "conseillers familiaux", "animateurs" ou de "personnes-ressources aux familles" au lieu de travailleurs sociaux, thérapeutes, éducateurs spécialisés ou intervenants (Prinz, communication personnelle). Une combinaison de programmes universels avec un volet plus intensif

pour les familles les plus à risque comme *l'Adolescent Transition Program* (Poulin et al., 1998) ou le Triple-P (Sanders, sous presse) est une autre façon pour les parents de se sentir moins stigmatisés. Pour sa part, Kavanagh invite les parents en leur expliquant que la formation aux habiletés parentales fait partie d'une étude plus large sur le développement des enfants, des familles et du milieu scolaire.

### > **Inviter de façon répétée**

Il est clair que les parents des familles les plus à risque ont une foule de préoccupations quotidiennes, la toxicomanie ou les problèmes de comportement chez leurs jeunes n'en étant qu'une parmi d'autres. À des moments de crise, certains parents seront moins disponibles pour solliciter ou recevoir de l'aide. Dans d'autres situations, la crise sera l'agent catalyseur qui motivera les parents à accepter de participer à un programme de prévention. Voilà sans doute pourquoi nos informateurs sont unanimes sur ce point: **ne jamais abandonner.**

Concrètement, cela signifie: (1) relancer les parents par téléphone ou par une visite à domicile s'ils ont dit non ou s'ils ont dit oui mais ne se sont pas présentés (Dishion et al., 1996); dans les projets *FAST Track* et *Project Alliance*, cela signifie de relancer les parents à chaque été, avant la rentrée des classes, même si le projet est déjà dans sa deuxième ou troisième année ou plus (McMahon, communication personnelle; Kavanagh, communication personnelle); (2) réitérer l'invitation aux familles ciblées à chaque fois que le programme est offert à nouveau (par exemple, la Maison Adojeune offre son programme deux fois par année); le projet Triple-P n'a pas ménagé les efforts à ce chapitre; (3) changer de recruteur, par exemple en essayant de trouver quelqu'un que les parents connaîtraient personnellement et pour qui ils ont de l'estime (ex.: un autre parent; l'enseignant; le médecin de famille); (4) informer par téléphone, rendre visite, ou envoyer un "bulletin de nouvelles" aux parents s'ils ont manqué une session, afin de les tenir à jour sur les activités; ainsi, ils se sentiront plus à l'aise de revenir la prochaine fois; (5) persister; chez les Enfants de l'Espoir, qui recrute sans conteste les parents les plus à risque d'avoir des enfants toxicomanes puisqu'ils le sont eux-mêmes, Vanier estime que cela prend deux ans en moyenne avant que la personne recrutée reconnaisse avoir un problème et accepte de recevoir de l'aide.

En d'autres termes, les meilleurs taux de participation sont obtenus par un recrutement continu et par une politique de porte ouverte. Lorsque les parents seront prêts psychologiquement ou logistiquement à bénéficier du programme, ils pourront le faire en se sentant les bienvenus.

### 3.3 PENDANT LE PROGRAMME

Il ne suffit pas qu'un parent participe aux premières sessions d'un programme de prévention. Il faut s'assurer qu'il n'abandonnera pas en cours de route, ce qui est un problème réel si aucune précaution n'est prise.

#### > **Éliminer tous les obstacles possibles**

La présence à des ateliers d'information et de formation (la forme privilégiée des programmes recensés ici) exige une certaine réorganisation temporaire de la vie familiale. Il faut donc tenter de rendre les programmes le plus flexible et le plus accessible possible, sinon les parents décrochent du programme.

Étant donné que plusieurs des parents travaillent à l'extérieur du foyer (selon des horaires variables) ou cherchent du travail, les programmes doivent être offerts de jour, de soir et de fin de semaine, si l'on veut rejoindre le plus grand nombre de parents (Metzler et al., 1998; Pancer & Cameron, 1993; Prinz & Miller, 1996; Renaud & Mannoni, 1997; Webster-Stratton & Taylor, 1998). Par ailleurs, le même programme doit être donné plusieurs fois au cours de l'année (de deux à quatre fois, en évitant l'été, à moins qu'il ne soit offert sous forme de camp de vacances), en alternant les jours/soirs.

La proximité est aussi déterminante. Les sessions pour parents devraient être offertes dans une école ou un centre communautaire situé dans le quartier (DuPaul, communication personnelle; Cunningham et al., 1995; Prinz & Miller, 1996; Renaud & Mannoni, 1997; Webster-Stratton & Taylor, 1998). Dans le cas de populations défavorisées, cet endroit doit être facile et sécuritaire d'accès par autobus, mais idéalement, le transport ou le covoiturage sera offert aux familles afin de s'assurer de leur présence.

Les auteurs consultés soulignent aussi l'importance d'offrir un service de garde et/ou de loisirs pour les autres enfants de la famille et les enfants ciblés. D'ailleurs, les programmes de soir et de fin de semaine qui se déroulent dans les écoles ont cet avantage que le gymnase est alors libre pour le service de garde. Si cette activité est assez divertissante, il peut même arriver que ce soit les enfants qui insistent pour y aller, ce qui "force" les parents à poursuivre le programme.

Une autre stratégie mise en oeuvre par certains promoteurs de projet consiste à offrir le programme en formats variés (Catalane, communication personnelle; Cunningham et al., 1995; Sanders, sous presse; St. Pierre et al., 1997). Par exemple, les parents peuvent choisir entre des sessions individuelles et des sessions en groupe. Ou encore, les parents peuvent choisir entre des sessions de deux heures, en soirée, échelonnées sur dix semaines, ou trois demi-journées, les samedis. Ils peuvent en outre opter pour une série de vidéos et d'exercices à la maison. Une variante de cette idée est d'offrir des ateliers de deux heures chacun sur l'un des thèmes du programme, les parents étant libres de choisir lesquels, combien et dans quel ordre ils désirent y participer, sans obligation à long terme de leur part (Vitaro et al., 1998). Ceci est d'autant plus réalisable si le programme fait partie intégrale des "services" offerts à l'école ou dans la communauté, année après année.<sup>3</sup>

Dans le même ordre d'idée, un autre format peut signifier du matériel d'auto-apprentissage à la maison (sous forme de "devoirs", de livre d'activités, de vidéo, de série télévisée ou de ligne d'information téléphonique) (pour de nombreux exemples, voir Sanders, sous presse). C'est d'ailleurs ce qu'il est advenu du projet PAVOT en Mauricie. Cinq vidéos ont été développées et mis en marché afin d'offrir le même contenu (20 leçons) aux parents qui ne pouvaient ou ne voulaient pas participer au programme à l'école (Coulombe, communication personnelle).

Dans certains milieux, il ne faut pas négliger non plus la barrière linguistique (Cohen & Rice, 1995; Karachi et al., 1997). Selon Renaud et coll. (1997), c'était là l'obstacle le plus évident de la non-participation des parents dans diverses activités scolaires et parascolaires visant la promotion de la santé. La présence d'un traduc-

<sup>3</sup> Catalane nous met en garde contre une tactique essayée par son équipe, qui avait pourtant beaucoup plu aux parents. Il s'agit d'une "foire familiale" d'une journée, où les ateliers de formation étaient offerts simultanément, les parents devant choisir lesquels seraient les plus pertinents pour eux (comme lors d'un congrès. ) En rétrospective, il juge que le contenu offert sous cette forme était trop superficiel, et que les apprentissages faits par les parents n'ont probablement pas été durables.

teur serait alors indispensable, quitte à réduire quelque peu la quantité du contenu à couvrir dans chaque atelier (Pancer & Cameron, 1993; Renaud & Mannoni, 1997).

Cependant, le summum de l'accessibilité, c'est d'aller vers les gens, plutôt que d'exiger qu'ils viennent à nous. Certains programmes de prévention combinent les activités en groupes avec les téléphones et les visites à domicile (CPPRG, 1992; Prinz, communication personnelle; Sanders, sous presse; St. Pierre et al., 1997; Tremblay et al., 1995; Van Hasselt et al., 1993). Ces visites stimulent la participation continue des parents. Elles se plient à l'horaire du parent, et non l'inverse. Elles permettent de mettre le parent à jour sur les activités de groupe, ce qui facilite la réintégration au groupe et le sentiment d'appartenance au programme. Elles peuvent aussi aider la généralisation des acquis réalisés au contexte de vie à la maison. Par-dessus tout, elles contribuent au développement d'un lien affectif réciproque entre la famille et l'intervenant, ce qui favorise la motivation à poursuivre le programme. Ces visites envoient le message aux familles qu'elles ont de l'importance, qu'elles valent le déplacement.

#### > **Augmenter les attraits**

Plusieurs auteurs offrent un goûter ou des prix de présence ou des certificats-cadeaux (Catalane & Haggerty, communication personnelle; St. Pierre et al., 1997). Le projet *FAST Track* a opté pour une compensation financière de 15 \$ par session de deux heures. Les promoteurs justifient cet incitatif en faisant comprendre aux parents que ce sont eux les experts lorsqu'il s'agit de leur enfant, donc ils méritent un "salaire", au même titre que les experts qui animent les ateliers (CPPRG, 1992). Un autre type de compensation financière est de payer les parents lorsqu'ils complètent les questionnaires destinés à évaluer le comportement de leur enfant ou leurs propres pratiques éducatives (Kavanagh, communication personnelle).

Enfin, il ne faudrait pas pour autant négliger le contenu des activités du programme de prévention lui-même. Il doit être attrayant, voire même amusant pour les parents, afin d'encourager leur participation active et leur présence assidue (DuPaul; Haggerty, communications personnelles). Il peut s'avérer intéressant de fixer des objectifs simples et réalistes, à court terme, concernant le comportement de l'enfant. L'atteinte de ces objectifs proximaux peut fortement encourager les parents à poursuivre (Charlebois et al., 1995b; Prinz & Miller, 1996). Une autre activité

intéressante consiste à réunir les parents et les jeunes à la fin d'une série d'ateliers séparés, afin qu'ils appliquent conjointement les stratégies apprises dans le but de résoudre des problèmes communs ou de planifier des activités de loisir.

### > **Donner un rôle actif aux parents**

Un attrait indéniable des programmes de prévention offerts sous forme d'ateliers en groupes est de permettre aux parents de rencontrer d'autres parents afin d'échanger entre eux (Renaud & Mannoni, 1997; Sanders, sous presse; Turbide, 1995). L'enseignement magistral est donc à éviter (Cunningham, 1996; Webster-Stratton & Taylor, 1998). De plus, s'inspirant du dicton "deux têtes valent mieux qu'une", Cunningham et coll. (1995) encouragent la formation de sous-groupes où les parents discutent des thèmes abordés et cherchent ensemble des solutions à certains problèmes. Les parents en retirent non seulement des apprentissages plus nombreux et plus profitables, mais ils créent aussi des liens sociaux avec d'autres parents qui risquent de durer au-delà de la période des ateliers.

Nombreux sont les programmes de prévention qui font appel aux jeux de rôles entre parents, ou entre parents et enfants. En donnant un rôle actif aux parents, on leur envoie le message que ces ateliers leur appartiennent un peu, qu'ils ont quelque chose à contribuer, et donc, que leur présence est importante (St. Pierre et al., 1997). Ceci est non seulement bénéfique à l'estime de soi et au sentiment de compétence, mais aussi au taux de participation au programme. On peut de plus aller jusqu'à accommoder les groupes de parents qui demanderaient l'ajout d'une ou plusieurs sessions sur un thème donné, non prévu lors de la conception du programme (Karachi et al., 1997), ou de prendre part uniquement aux composantes du programme qui les intéressent (Cunningham, communication personnelle).

Enfin, mentionnons que certains programmes emploient les parents comme recruteurs (ex.: *Parenting for Drug-Free Children*) ou comme coanimateurs des groupes (ex.: *FAST Track*). Le programme PRISME quant à lui est unique dans sa façon de donner aux parents un rôle actif. En effet, les parents sont eux-mêmes les animateurs du programme de prévention dans les écoles, auprès des jeunes. Ils travaillent bénévolement, en équipes de deux. Selon Phaneuf, d'Horizon Soleil, certains parents le font pendant plusieurs années, peu importe le niveau scolaire de leur propre enfant. Certes, ces stratégies touchent un moins grand nombre de

personnes, mais ceux qui s'impliquent sont extrêmement motivés à prévenir la consommation de psychotropes chez les jeunes et peuvent avoir un effet d'entraînement dans leur communauté.

### > **Développer un attachement réciproque entre la famille et l'intervenant**

À l'intérieur des limites de la relation professionnelle, il est possible qu'une famille se sente valorisée par le "conseiller familial" ou l'animateur des ateliers du programme. Ce sentiment de valorisation est puissant lorsqu'il s'agit d'obtenir des parents un engagement à long terme dans un projet. Tel que mentionné ci-haut, les visites à domicile sont un moyen privilégié de développer une relation de confiance. Elles permettent par ailleurs d'intervenir sur divers facteurs de risque propres à l'univers de cette famille. Par exemple, si un fils aîné vient d'être arrêté, le parent aura d'autres préoccupations que d'aider son cadet à compléter les activités de prévention de la toxicomanie à la maison. Si le parent peut faire appel au "conseiller familial" en cette période de crise, il redeviendra disponible plus rapidement pour les activités de prévention.

Nous avons déjà mentionné l'importance de l'appartenance culturelle dans le choix des intervenants. Le fait d'appartenir au même groupe ethno-culturel ou de parler la même langue favorisera le développement de liens plus étroits entre les parents et les animateurs. Un résultat semblable peut être atteint par des contacts fréquents, ne serait-ce que par téléphone. Par exemple, *Project Alliance* téléphone aux parents les plus à risque, une fois par mois, pour maintenir le contact, et ce, même si les parents ne participent pas aux rencontres en groupe. Pendant les vacances scolaires d'été, quelques programmes organisent des activités de nature plus sociale afin d'entretenir le lien avec les familles, ainsi que celui des familles entre elles.



#### 4. PISTES D'ACTION

La prochaine section résume quelques pistes d'action qui se dégagent des pages précédentes. Afin d'éviter les redondances, celles-ci sont formulées de façon sommaire et sous la forme d'un tableau.

**Tableau 1:** Pistes d'action et conseils pratiques

|  |  |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>■ S'appuyer sur des bases théoriques et empiriques solides</li><li>■ Réaliser un sondage auprès des parents</li><li>■ S'assurer un soutien politique et un financement stable</li><li>■ Travailler en amont des problèmes</li><li>■ Cibler les périodes de transition</li><li>■ Sensibiliser les parents aux problèmes des jeunes</li><li>■ Proposer un programme à long</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>■ Prendre le temps de consulter les programmes qui ont fait leurs preuves dans la littérature scientifique et rencontrer les intervenants.</li><li>■ Par téléphone ou par la poste, vérifier combien de parents sont intéressés à participer et vérifier quelles modalités leur conviennent le mieux.</li><li>■ Aller chercher un engagement écrit de la Régie régionale de la Santé et des Services sociaux, de la Commission scolaire, de la municipalité et de chercheurs universitaires précisant la nature de leur collaboration.</li><li>■ Obtenir, avant de commencer, la garantie d'un financement adéquat pour la durée du projet.</li><li>■ Cibler les enfants les plus jeunes et travailler sur les facteurs de risque. Il est plus facile de convaincre les parents quand le problème n'est pas encore grave.</li><li>■ Les parents sont plus sensibles à l'aide qui leur est offerte lorsque leur enfant doit entrer à la prématernelle, à l'école primaire ou encore à l'école secondaire.</li><li>■ Faire connaître, par divers moyens, les taux de prévalence de la consommation de psychotropes, ainsi que les précurseurs, les indicateurs et les conséquences possibles de cette consommation.</li><li>■ Utiliser des exemples concrets pour démontrer que les changements prennent du temps (ex.: arrêter de fumer).</li></ul> |
|--|--|

|   |  |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Proposer un programme à plusieurs volets qui vise plusieurs problèmes.</li> </ul>                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ La toxicomanie, l'abandon scolaire et la délinquance ont plusieurs facteurs communs et les mêmes jeunes risquent d'éprouver des difficultés multiples.</li> </ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Agir en concertation</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Favoriser la collaboration entre les parents, les enseignants et divers agents de la communauté, afin d'augmenter les chances de prévenir les problèmes.</li> </ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Planifier des contacts fréquents</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Le rythme de rencontres hebdomadaires ou aux deux semaines semble optimal pour permettre d'expérimenter les stratégies et y apporter les réajustements nécessaires.</li> </ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Prendre le temps de bien choisir les intervenants</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Les habiletés relationnelles sont essentielles. Choisir des intervenants qui correspondent aux caractéristiques de la clientèle ciblée et qui connaissent bien le milieu.</li> </ul>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Faire appel aux parents comme collaborateurs</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Au début, les parents sont invités à collaborer afin d'aider leur enfant. Par la suite, certains parents pourraient être invités à aider d'autres parents et devenir des animateurs d'ateliers pour les parents.</li> </ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Planifier une stratégie rigoureuse en vue d'évaluer la mise en oeuvre et les effets de l'intervention</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Une bonne stratégie d'évaluation de la mise en oeuvre permettra aux intervenants d'apprendre et de rester motivés malgré les échecs.</li> <li>■ Consulter des chercheurs universitaires pour trouver des stratégies d'évaluation valides et réalistes.</li> </ul>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Publiciser le programme par tous les moyens possibles</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Installer un kiosque d'informations dans les écoles, lors de la remise des bulletins. Mettre à contribution les comités de parents et les conseils étudiants.</li> <li>■ Créer un centre de ressources pour les familles au sein de l'école.</li> <li>■ Renseigner les intervenants de première ligne des C. L. S. C.</li> <li>■ Dire aux parents motivés par le projet d'inviter leurs amis.</li> <li>■ Utiliser les médias locaux.</li> </ul> |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Privilégier un contact personnel</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Un protocole téléphonique positif incite le parent à participer. La lettre est plus économique, mais beaucoup moins efficace.</li> <li>■ Pour les familles les plus défavorisées un contact direct doit être privilégié.</li> </ul>   |

- Normaliser la participation au programme (e.g. le programme est offert à toutes les familles de l'école ou du quartier)
- Inviter de façon répétée et persister
- Éliminer les obstacles
- Augmenter les attraits
- Favoriser une appropriation
- Favoriser la création d'une relation
- Informer les parents que d'autres parents et d'autres enfants éprouvent aussi des difficultés.
- Éviter de stigmatiser les participants à un programme
  - a) en ouvrant le programme à plusieurs parents;
  - b) en présentant le programme comme une activité parascolaire;
  - c) en centrant les objectifs du programme sur des compétences à promouvoir autant que des problèmes à éviter.
- Ne jamais abandonner, même si on essuie des refus.
- Se montrer compréhensif et garder le contact (demander aux parents la permission de les rappeler pour donner des nouvelles du programme).
- Essayer de trouver des participants au programme, i.e. d'autres parents, qui peuvent réitérer l'invitation.
- Envoyer un bulletin de nouvelles.
- Offrir un horaire flexible de rencontres tenant compte des disponibilités des parents (jour, soir, fin de semaine).
- Offrir un service de garde gratuit et attrayant pour les enfants, sur les lieux des rencontres.
- Être attentif aux besoins des parents. Certains ont besoin de se changer les idées, d'autres de discuter de stratégies éducatives. Le programme doit être assez souple pour répondre prioritairement à ces besoins.
- Regrouper les parents selon leurs besoins.
- Créer un bon contact avec les parents avant d'aborder les composantes du programme de prévention comme tel.
- Si possible, envisager de rémunérer les parents pour leur rôle d'aide-intervenant auprès de leur enfant.
- Favoriser un partage des rôles selon les compétences des parents
- Une transmission de connaissances plaçant les parents dans un rôle passif est à éviter.
- Privilégier les activités de collaboration qui permettent la découverte des composantes du programme.
- Les relations interpersonnelles constituent l'élément clé de la réussite de n'importe quelle intervention.
- Un climat de confiance, de sécurité, d'empathie et d'acceptation inconditionnelle favorisera la participation active des parents et le développement de l'entraide.

## ***CONCLUSIONS***

La majorité des stratégies proposées ici pour impliquer et retenir les parents dans les programmes de prévention découlent de l'expérience des chercheurs et des intervenants que nous avons consultés. Nous espérons qu'elles pourront aider les intervenants et les chercheurs dans leurs efforts de prévention. Les stratégies proposées ici doivent être ajustées en fonction des valeurs ethno-culturelles de la communauté choisie et de ses rapports particuliers avec la problématique ciblée. En outre, les stratégies proposées ici doivent être soumises à une expérimentation sérieuse, afin de les évaluer et de les comparer. Ce travail de recherche est à peine amorcé. Par conséquent, nous ne savons pas quelles stratégies ou quelles combinaisons de stratégies sont les plus efficaces. De plus, certaines stratégies peuvent s'avérer plus utiles pour certains types de parents ou pour des parents d'enfants plus jeunes ou en difficulté, alors que d'autres pourraient donner de meilleurs résultats avec d'autres types de parents, ou des parents d'enfants plus âgés, ou des parents d'enfants sans difficulté particulière. Il y aurait certainement lieu de financer un programme de recherche qui se pencherait sur cette question et qui réunirait des chercheurs et des intervenants intéressés par la question. Par ailleurs, notons aussi qu'il faut avoir le souci de prévoir, au début, des comportements faciles à améliorer, afin d'encourager les parents à persister.

Rappelons enfin que ce texte ne distingue pas les stratégies qui pourraient s'avérer les plus appropriées dans un contexte de prévention universelle par rapport à celui de prévention ciblée. Tel que déjà mentionné, ni dans un cas, ni dans l'autre, les parents ne font d'appel à l'aide. Par conséquent, les défis ainsi que les stratégies pour les motiver à participer à une démarche qui propose une aide préventive (qui s'adresse à tous ou à quelques-uns, peu importe) risquent d'être fort similaires. De plus, même dans les programmes de type universel, il importe surtout de rejoindre les familles et les enfants les plus à risque, même si tous les individus peuvent tirer un bénéfice d'une participation au programme. L'approche universelle est motivée par le souci d'éviter la stigmatisation et les cas négatifs non valides, autant que pour faire la promotion des bonnes habitudes de vie et du bien-être physique et social de tous les individus.

En ce sens, les pistes d'action proposées ici ont leur place dans un contexte de prévention universelle autant que ciblé car elles s'adressent aux parents les plus difficiles à impliquer et dont les enfants sont souvent à plus haut risque. Le programme américain *Preparing for Drug Free Years* est un bon exemple de programmes de type universel qui utilise avec succès plusieurs des stratégies proposées dans ce texte pour impliquer les parents. Ce programme s'adresse aux

parents d'enfants âgés entre huit et quatorze ans. Le contenu consiste en cinq séances de deux heures animées par deux leaders de la communauté qui ont reçu une formation au préalable. Les médias de la communauté sont mis à contribution pour rejoindre les parents dont le taux de participation est élevé (Hawkins, Catalane, & Kent, 1991; Spoth & Redmond, 1995).

Le texte ne distingue pas non plus les pistes d'action selon le contexte d'intervention des praticiens: CLSC, milieu scolaire ou organisme communautaire. Nous préférons que chacun prenne connaissance de toutes les pistes d'action possibles, afin de retenir celles qui conviennent le mieux à son contexte d'intervention particulier. Il y a fort à parier que plusieurs pistes d'action peuvent intéresser des intervenants de différents milieux. Enfin, rappelons-le, il ne sert à rien de réussir à impliquer les parents dans un programme mal conçu et dont les retombées sont incertaines, faute d'une base théorique et empirique éprouvées.

Par ailleurs, il n'est pas nécessaire de déployer les mêmes efforts pour réussir à impliquer diverses catégories de parents. Certains auteurs (Spoth & Redmond, 1995) ont mis au point un questionnaire destiné à évaluer l'intention des parents à participer à un programme de prévention. Cette idée mériterait d'être retenue car les résultats d'un tel sondage (par la poste ou par téléphone) serviraient à déterminer le niveau d'effort à déployer pour impliquer les parents: des parents qui se disent intéressés ne concrétiseront pas tous leur intention de participer au programme mais il est probable que ceux qui se disent non intéressés n'y participeront pas. Enfin, ceux qui se disent plus ou moins intéressés peuvent nécessiter un effort de recrutement plus important. Les résultats d'un tel sondage serviraient aussi à envisager d'autres voies pour rejoindre les parents (i. e. médias, courrier électronique) au cas où plusieurs se diraient peu ou pas intéressés par un contact direct avec les animateurs du programme. Enfin, il permettrait de vérifier l'horaire et les lieux les plus propices.

Soulignons enfin que les difficultés à recruter et à retenir les parents ne sont pas propres aux programmes de prévention de la toxicomanie (Fontana, Fleischman, McCarton, Meltzer, & Ruff, 1988; Saylor, Elksnin, Farah, & Pope, 1990). Un échange continu entre les promoteurs de divers programmes de prévention serait sûrement utile pour faire connaître divers obstacles et les prévenir par des stratégies en constante évolution.

## **RÉFÉRENCES**

- Armbruster, P. et Kazdin, A. E. (1994). Attrition in child psychotherapy. Dans T. H. Ollendick et R. J. Prinz (Eds. ), *Advances in clinical child psychology* (pp. 81-108). New York: Plenum.
- Bangert-Drowns, R. L. (1988). The effects of school-based substance abuse education: A meta-analysis. *Journal of Drug Education*, 18, 243-264.
- Baumrind, D. (1983). Why adolescents take chances - and why they don't. Unpublished manuscript. Institute of Human Development, University of California, Berkeley.
- Botvin, G. J. (1990). Substance abuse prevention: Theory, practice & effectiveness. Dans M. Tonray et J. Q. Wilson (Eds. ), *Drugs and crime* (pp. 461-519). Chicago: University of Chicago.
- Brook, J. S., Whiteman, M., Gordon, A. S. et Brook, D. W. (1984). Paternal determinates of female adolescent marijuana use. *Developmental Psychology*, 20, 1032-1043.
- Bruvold, W. H. (1990). A meta-analysis of the California school-based risk reduction program. *Journal of Drug Education*, 20, 139-152.
- Charlebois, P., Normandeau, S. et Vitaro, F. (1995a). Differential effects of social skills training and self-regulation training on trainers' management strategies and ADHD boys' behavior. Communication présentée au International Conference on Cognitive Behavior and Applied Behavior Therapies. Rotterdam, Netherland.
- Charlebois, P., Vitaro, F. et Normandeau, S. (1995b). *Préparer la réussite scolaire et l'adaptation sociale*. Rapport CQRS, Université de Montréal.
- Cohen, D. A. et Rice, J. C. (1995). A parent-targeted intervention for adolescent substance use prevention: Lessons learned. *Evaluation Review*, 19, 159-180.
- Cooms, R. H. et Paulson, M. J. (1988). Contrasting family patterns of adolescent drug users and nonusers. Dans R. H. Coombs (Ed. ), *The family context of adolescent drug use* (pp. 59-71). New York: Haworth Press.
- CPPRG (1992). A Developmental and clinical model for the prevention of conduct disorder: The FAST Track Program. *Development and Psychopathology*, 4, 509-527.
- Cunningham, C. E. (1996). Improving availability, utilization and cost efficacy of parent training programs for children with disruptive behavior disorders. Dans R. D. Peters et R. J. McMahon (Eds. ), *Preventing childhood disorders, substance abuse, and delinquency* (pp. 144-160). Thousand Oaks, CA: Sage.

- Cunningham, C. E., Bremner, R. et Boyle, M. (1995). Large group community-based parenting programs for families of preschoolers at risk for disruptive behaviour disorders: Utilization, cost effectiveness, and outcome. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 36 (7), 1 HI-1159.
- DeMarsh, J. et Kumpfer, K. L. (1986). Family-oriented interventions for the prevention of chemical dependency in children and adolescents. Dans S. Griswold-Ezekoye, K. L. Kumpfer et W. J. Bukoski (Eds. ), *Childhood and chemical abuse: Prevention and intervention* (pp. 117-151). New York: Haworth.
- Dishion, T. J. et Andrews, D. W. (1995). Preventing escalation in problem behaviors with high-risk young adolescents: Immediate and 1-year outcomes. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 538-548.
- Dishion, T. J., Andrews, D. W., Kavanagh, K. et Soberman, L. H. (1996). Preventive interventions for high-risk youth. Dans R. D. Peters et R. J. McMahon (Eds. ), *Preventing childhood disorders, substance abuse, and delinquency* (pp. 184-214). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Dishion, T. J., Patterson, G. R., Stoolmiller, M. et Skinner, M. L. (1991). Family, school, and behavioral antecedents to early adolescent involvement with antisocial peers. *Developmental Psychology*, 27(1), 172-180.
- Dobkin, P. L., Tremblay, R. E., Masse, L. C. et Vitaro, F. (1995). Individual and peer characteristics in predicting boys' early onset of substance abuse: A 7-year longitudinal study. *Child Development*, 66, 1198-1214.
- Fontana, C. A., Fleischman, A. R., McCarton, C., Meltzer, A. et Ruff, H. (1988). A neonatal preventative intervention study: Issues of recruitment and retention. *Journal of Primary Prevention*, 9, 164-176.
- Forehand, R., Middlebrook, J., Rogers, T. et Steffe, M. (1983). Dropping out of parent training. *Behavior Research and Therapy*, 21, 663-668.
- Gersick, K. E., Grady, K. et Snow, D. L. (1988). Social-cognitive skill development with sixth graders and its initial impact on substance abuse. *Journal of Drug Education*, 1, 55-70.
- Goodstadt, M. S. et Sheppard, M. A. (1983). Three approaches to alcohol education. *Journal of Studies on Alcohol*, 44, 362-380.
- German, D. M. (1998). The irrelevance of evidence in the development of school-based drug prevention policy, 1986-1996. *Evaluation Review*, 22, 118-146.
- 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, 541-549.

- Green, J. J. et Kelley, J. M. (1989). Evaluating the effectiveness of a school drug and alcohol prevention curriculum: A new look at "Here's Looking at You". *Journal of Drug Education*, 19, 117-132.
- Karachi, T. W., Catalane, R. F. et Hawkins, J. D. (1997). Effective recruitment for parenting programs within ethnic minority communities. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 14(1), 23-39.
- Hawkins, J. D., Catalane, R. F. et Kent, L. A. (1991). Combining broadcast media and parent education to prevent teenage drug abuse. Dans L. Donohew, H. E. Snyder et W. J. Bukoski (Eds. ), *Persuasive communication and drug abuse prevention* (pp. 283-294). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Hawkins, J. D., Catalano, R. F., Kosterman, R., Abbott, R. F. et Hill, K. G. (1999). A twelve-year study of academic success, violence, alcohol misuse, and teen pregnancy. Manuscript soumis pour publication.
- Hostetler, M. et Fisher, K. (1997). Project C. A. R. E. substance abuse prevention program for high-risk youth: A longitudinal evaluation of program effectiveness. *Journal of Community Psychology*, 25, 397-419.
- lessor, R. et lessor, S. I. (1977). Problem behavior and psychosocial development: A longitudinal study of youth. New York: Academic Press.
- Jurich, A. P., Poison, C. J., Jurich, J. A. et Bates, R. A. (1985). Family factors in the lives of drug users and abusers. *Adolescence*, 20, 143-159.
- Kandel, D. B. (1978). Convergences in prospective longitudinal surveys of drug use in normal populations. Dans D. B. Kandel (Ed. ), *Longitudinal research in drug use: Empirical findings and methodological issues* (pp. 3-38). Washington, DC: Hemisphere-Wiley.
- Kandel, D. B., Kessler, R. C. et Margulies, R. Z. (1978). Antecedents of adolescent initiation to stages of drug use: A developmental analysis. *Journal of Youth and Adolescence*, 7, 13-40.
- Kazdin, A. E., Stolar, M. J. et Marciano, P. L. (1995). Risk factors for dropping out of treatment among white and black families. *Journal of Family Psychology*, 9, 402-417.
- Kim, S. (1979). An evaluation of ombudsman primary prevention program on student drug abuse. Charlotte, NC: Charlotte Drug Education Center.
- Kim, S., McLeod, J. H. et Shantzis, C. (1993). An outcome evaluation of Here's Looking at You 2000. *Journal of Drug Education*, 23, 67-81.
- Kinder, B. N., Pape, N. E. et Walfish, S. (1980). Drug and alcohol education programs: A review of outcome studies. *International Journal of the Addictions*, 15, 1035-1054.



- Klein, M. A. et Swisher, J. D. (1983). A statewide evaluation of a communication and parenting skills program. *Journal of Drug Education*, 13(1), 37-82.
- Klitzner, M., Gruenewald, P. J. et Bamberger, E. (1990). The assessment of parent-led prevention programs: A preliminary assessment of impact. *Journal of Drug Education*, 20(1), 77-94.
- Klitzner, M., Vegega, M. E. et Gruenewald, P. (1988). An empirical examination of the assumptions underlying youth drinking/driving prevention programs. *Evaluation and Program Planning*, 11, 219-235.
- Kumpfer, K. L., Molgaard, V. et Spoth, R. (1996). The strengthening families program for the prevention of delinquency and drug use. Dans R. d. V. Peters et R. J. McMahon (Eds. ), *Preventing and delinquency* (pp. 241-267). Thousand Oaks: Sage.
- Lebeau, A., Sirois, G. et Viens, C. (1996). *Description des contenus en promotion de la santé et en prévention des toxicomanies et analyse critique* (Tome 1). Rapport au Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec.
- Lorion, R. P. et Ross, J. G. (1992). Programs for change: A realistic look at the nation's potential for preventing substance involvement among high risk youth. *Journal of Community Psychology*, (OSAP Special Issue), 3-9.
- Metzler, C. W., Taylor, T. K., Gunn, B., Fowler, R. C., Biglan, A. et Ary, D. (1998). A comprehensive approach to the prevention of behavior problems: Integrating family- and community-based approaches to strengthen behavior management programs in schools. *Effective School Practices*, 17(2), 8-24.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (1992). *La politique de la santé et du bien-être*. Québec: Ministère de la Santé et de Services sociaux.
- Moskowitz, J. M. (1989). The primary prevention of alcohol problems: A critical review of the literature. *Journal of Studies on Alcohol*, 50, 54-88.
- Mrazek, P. J. et Haggerty, R. J. (1994). *Reducing risk for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research*. Washington, DC: National Academy Press.
- Newcomb, M. D. (1992). Understanding the multidimensional nature of drug use and abuse: The role of consumption, risk factors, and protective factors. Dans M. Glantz et R. Pickens (Eds. ), *Vulnerability to drug abuse* (pp. 255-297). Washington, DC: American Psychological Association.
- Norem-Hebeisen, A, Johnson, D. W., Anderson, D. et Johnson, R. (1984). Predictors and concomitants of changes in drug use patterns among teenagers. *Journal of Social Psychology*, 124, 43-50.
- Pancer, S. M. et Cameron, G. (1993). *Better beginnings, better futures resident participation report*. Waterloo, ON: Centre for Social Welfare Studies, Wilfrid Laurier University.

- Pekarik, G. (1992). Posttreatment adjustment of clients who drop out early vs. Late in treatment. *Journal of Clinical Psychology*, 3, 379-387.
- Pentz, M. A., Dwyer, J. H., MacKinnon, D. P., Flay, B. R., Hansen, W. B., Wang, E. Y. et Johnson, C. A. (1989). A multicomunity trial for primary prevention of adolescent drug abuse: Effects on drug use prevalence. *Journal of the American Medical Association*, 261, 3259-3266.
- Perry, C. L., Pine, P., Holder, W., Halper, A. et Dudovitz, B. (1990). Parent involvement in cigarette smoking prevention: Two pilot evaluations of the "Unpuffables Program". *Journal of School Health*, 60(9), 443-447.
- Poulin, F., Dishion, T. J., Kavanagh, K. et Kiesner, J. (1998). *La prévention des problèmes de comportement à l'adolescence: Le Adolescent Transition Program*. *Criminologie*, 31, 67-85.
- Prinz, R. J. et Miller, G. E. (1996). Parental engagement in interventions for children at risk for conduct disorder. Dans R. D. Peters et R. J. McMahon (Eds. ), *Preventing childhood disorders substance abuse, and delinquency* (pp. 161-183). Thousand Oaks, CA: Sage.
- Renaud, L. et Mannoni, C. (1997). *Étude sur la participation des parents dans les activités scolaires ou parascolaires*. *Revue Canadienne de Santé Publique*, 88(3), 184-191.
- Rohrbach, L. A., Hodgson, C. S., Broder, B. L, Montgomery, S. B., Flay, B. R., Hansen, W. B. et Pentz, M. A. (1995). Parental participation in drug abuse prevention: Results from the (midwestern prevention project).
- Ross, C., Richard, L. et Potvin, L. (199-8). One year outcome evaluation of an alcohol and drug abuse prevention program in a Québec High School, *Revue Canadienne de Santé Publique*, 89(3), 166-170.
- Rueter, M. A., Conger, R. D. et Ramisetly-Mikler, S. (1999). Assessing the benefits of a parenting skills training program: A theoretical approach to predicting direct and moderating effects. *Family Relations*, 48, 67-77.
- Sanders, M. R. (sous presse). The Triple P-Positive Parenting Program: Towards an empirically validated multi-level parenting and family support strategy for the prevention and treatment of child behavior and emotional problems. *Child and Family Psychology Review*.
- Saylor, C. F., Elksnin, N., Farah, B. A. et Pope, J. A. (1990), Depends on who you ask: What maximizes participation of families in early intervention programs. *Journal of Pédiatrie Psychology*, 15, 557-569.
- Selnow, G. W. (1987). Parent-child relationships and single- and two-parent families: Implications for substances usage. *Journal of Drug Education*, 17, 315-326.
- Shedler, J. et Block, J. (1990). Adolescent drug use and psychological health: A longitudinal inquiry. *American Psychologist*, 45, 612-630.

- Spoth, R., Ball, A. D., Klose, A. et Redmond, C. (sous presse). Illustration of a market segmentation technique using family-focused prevention program preference data. *Health Education Research*.
- Spoth, R. et Redmond, C. (1995). Parent motivation to enroll in parenting skills programs: A model of family context and health belief predictors. *Journal of Family Psychology*, 9, 294-310.
- St. Pierre, T. L., Mark, M. M., Kaltreider, D. L. et Aikin, K. J. (1997). Involving parents of high-risk youth in drug prevention: A three-year longitudinal study in boys and girls clubs. *Journal of Early Adolescence*, 17(1), 21-50.
- Tobler, N. S. (1986). Meta-analysis of 143 adolescent drug prevention programs: Quantitative outcome results of program participants compared to a control or comparison group. *The Journal of Drug Issues*, 16, 537-567.
- Tremblay, R. E., Pagani-Kurtz, L., Masse, L. C., Vitaro, F. et Pihl, R. O. (1995). A bimodal preventive intervention for disruptive kindergarten boys: Its impact through mid-adolescence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(4), 560-568.
- Turbide, L. (1995). *Rapport Final: Projet d'intervention en prévention de l'alcoolisme et des toxicomanies (PIPAT)*. Cap-aux-Meules, QC: CLSC des Îles.
- Van Hasselt, V. B., Hersen, M., Null, J. A., Ammerman, R. T., Bukstein, O. G., McGillevray, 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, 213-234.
- Vitaro, F., Dobkin, P. L., Gagnon, C. et LeBlanc, M. (1994). *Les problèmes d'adaptation psychosociale chez l'enfant et l'adolescent: prévalence, déterminants et prévention*. Montréal: Presses de l'Université du Québec.
- Vitaro, F., Maliantovitch, K., Bouchard, C. et Girard, A. (1998). *Programme de prévention de la consommation de psychotropes chez les jeunes: suivi à moyen terme*. *Psychotropes*, 4, 111-131.
- Vitaro, F., Tremblay, R. E., Zoccolillo, M., Romano, E. et Pagani, L. (1999). *Problèmes de toxicomanie et de santé mentale chez les adolescents québécois: prévalence, comorbidité et caractéristiques associées*. Rapport de recherche présenté au Conseil québécois de la Recherche sociale, Université de Montréal.
- Webster-Stratton, C. et Taylor, T. K. (1998). Adopting and implementing empirically supported interventions: A recipe for success. Dans A. Buchanan et B. L. Hudson (Eds. ), *Parenting, Schooling and Children's Behaviour: Interdisciplinary Approaches* (vol. pp. 127-160). Aldershot, England: Ashgate Publishing Co.

## ***ANNEXE A***

***Quelques programmes de prévention de la toxicomanie  
et informateurs clés auxquels il est fait référence dans le texte***

## Programmes universels

\* L'astérisque indique les programmes qui étaient en application avant 1996 mais ne sont plus actifs en 1999.

| Informateurs clés   | Nom du programme  | Population recrutée   | Objectifs (du volet parents)  | Format  |
|---|---|---|---|---|
| Cynthia Bisson<br>Intervenante<br>PAR. T. A. G. E. du Haut-Richelieu<br>Centre de prévention des toxicomanies<br>237, rue Jacques-Cartier Nord, C. P. 721<br>St-Jean-sur-Richelieu, QC J3B 6Z8<br>tél.: (450) 346-6472              | "Partons du bon pied"<br>et PAGPA   | Parents d'adolescents   | Améliorer la communication<br>parent-adolescent   | 6 ateliers en groupe (max. 12)  |
| Richard Catalano, PhD et Kevin Haggerty,<br>PhD<br>Chercheurs<br>Social Development Research Group<br>School of Social Work<br>University of Washington<br>9725 3rd Avenue N. B., #401<br>Seattle, WA 98115<br>tél.: (206) 543-6382 | Preparing for the<br>Drug-Free Years<br>(incluant le volet<br>Parenting for Drug-<br>Free Children) | Parents d'enfants<br>majoritairement du 2e<br>cycle du primaire et 1er<br>cycle du secondaire | Augmenter les habiletés parentales<br>(communication, discipline, etc. )  | Variable selon les 87 sites<br>d'implantation. Modèle = 5 à 10<br>sessions de 1 à 2 heures en<br>groupes, une série de 5 vidéos et<br>un livre d'activités pour parents |
| Marc Coulombe, MD<br>CLSC du Centre de la Mauricie<br>1600, boul. Biemans<br>Shawinigan, QC G9H 8L2<br>tél.: (819) 539-8371   | PAVOT*  | Parents d'adolescents du<br>secondaire 1 à 4  | a) Modifier connaissances et<br>attitudes face aux psychotropes<br>b) Améliorer la communication<br>parent-adolescent | 3 rencontres en groupe pendant<br>le secondaire I +<br>1 rencontre en secondaire II<br>ou<br>5 vidéos d'auto-apprentissage  |
| Dany Dufour<br>Animatrice<br>Maison de jeunes<br>505, rue Wilson<br>Chibougamau, QC G8P 1K2<br>tél.: (418) 748-4776   | PAVOT   | Parents des adolescents<br>membres de la maison<br>déjeunes                                   | a) Modifier connaissances et<br>attitudes face aux psychotropes<br>b) Améliorer la communication<br>parent-adolescent | 4 rencontres en groupe  |

| Informateurs clés  | Nom du programme                     | Population recrutée  | Objectifs (du volet parents)   | Format   |
|--|--------------------------------------|--|--|--|
| Marie-Andrée Lévesque<br>Intervenante<br>Maison Adojeune<br>22, rue D'Auvergne<br>Gatineau, QC J8T6J8<br>tél.: (819) 568-4499                        | Groupes aux parents<br>d'adolescents | Parents d'adolescents  | Améliorer la relation parent-adolescent  | 7 rencontres en groupe (max. 22) avec des personnes-ressources et Une 8e rencontre sous forme de forum parents et jeunes |
| Juliette Lucas<br>Intervenante<br>CLSC La Vallée des patriotes<br>347, rue Duvernay<br>Belœil, QC J3G 5S8<br>tél.: (450)536-2572                     | PRISME                               | Enfants en 6e année du primaire et adolescents du secondaire 2 | Formation de parents-bénévoles pour animer les ateliers en classe  | 5 ateliers pour les jeunes, animés par équipes de 2 parents  |
| André Marcotte<br>Intervenant<br>CLSC des Iles<br>C. P. 670, Cap-aux-Meules<br>Iles-de-la-Madeleine, QC GOB 1B0<br>tél.: (418)986-2572               | PIPAT*                               | Parents d'enfants de 4e et 5e année du primaire                | a) Modifier connaissances et attitudes face aux psychotropes;<br>b) Améliorer la communication parent-adolescent | 4 rencontres en groupe   |
| Ray Peters, PhD<br>Chercheur<br>Research Coordination Unit<br>Queen's University<br>98 Barrie Street<br>Kingston, ON K7L 3N6<br>tél.: (613) 533-6672 | Better Beginnings,<br>Better Futures | Variable, selon les sites                                      | Améliorer la qualité de vie communautaire pour les familles  | Variable (voir la Revue Canadienne de Santé Mentale, Vol. 13, No. 2; et Peters & Russell, 1996)                          |
| Caroline Phaneuf<br>Intervenante<br>Horizon-Soleil<br>CLSC La Chênaie<br>1266, rue Lemay, CP 370<br>Acton Vale, QC J0H 1A0<br>tél.: (450) 546-2572   | PRISME                               | Enfants du 2e cycle primaire                                   | Formation de parents-bénévoles pour animer les ateliers en classe  | 5 ateliers pour les jeunes, animés par équipes de 2 parents  |

| Informateurs clés  | Nom du programme                                       | Population recrutée                                     | Objectifs (du volet parents)   | Format   |
|--|--|---|--|--|
| <p>Herman Porlier<br/>Intervenant<br/>CLSC Mer et Montagne<br/>154 boul. Renard Est, CP 220<br/>Rivière-aux-Renards, QC G0E 2A0<br/>tél.: (418) 269-2572</p>                           | <p>"Partons du bon pied"*</p>                          | <p>Parents d'enfants de 4e année et de secondaire 1</p> | <p>Modifier connaissances et attitudes face aux psychotropes</p>             | <p>Forum-discussion</p>  |
| <p>Matt Sanders, PhD<br/>Chercheur et Directeur<br/>Parenting and Family Support Centre<br/>University of Queensland<br/>Brisbane QLD 4072<br/>Australia<br/>tél.: (617) 3365-7290</p> | <p>Triple P- Positive Parenting Program (Niveau 1)</p> | <p>Parents d'enfants de 0 à 12 ans</p>                  | <p>Augmenter les habiletés parentales (communication, discipline, etc. )</p> | <p>Variable selon les besoins des parents: matériel d'auto-apprentissage (écrit et vidéo); inforeportages télévisés; service d'aide téléphonique</p> |

## Programmes ciblés

| Informateurs clés   | Nom du programme              | Population recrutée   | Objectifs  | Format   |
|---|-------------------------------|---|--|--|
| Charles Cunningham, PhD<br>Chercheur<br>Chedoke Child & Family Centre<br>Southam Building, Room 115<br>Hamilton Health Sciences<br>Box 2000<br>Hamilton, ON L8N 3Z5<br>tél.: (905) 521-2100 | COPE Project                  | Parents d'enfants ayant des troubles de comportements ou autres indices familiaux de risque en pré-maternelle | Développer de meilleures habiletés parentales  | Plusieurs choix sont offerts simultanément aux parents, sous forme de rencontres en groupes, de durées diverses, aux contenus divers |
| Tom Dishion, PhD et François Poulin, PhD, Chercheurs<br>Oregon Social Learning Centre<br>160 East Fourth Avenue<br>Eugene, OR 97401-2426<br>tél.: (541)485-2711                             | Adolescent Transition Program | Parents d'adolescents identifiés "à haut risque"  | Améliorer les pratiques parentales associées aux comportements antisociaux des adolescents   | Thérapie familiale ou rencontres en groupe   |
| Jean Dumas, PhD<br>Chercheur<br>Psychology Department<br>Purdue University<br>1364 Psychology Building<br>West Lafayette, IN 47907-1364<br>tél.: (765)494-0119                              | Early Alliance                | Parents d'enfants identifiés "à risque" en maternelle   | a) Développer des compétences à faire face au stress ("coping competence model");<br>b) Aider les parents à faire valoir leurs droits ("advocacy") | 25 à 30 visites à domicile par année   |
| George DuPaul, PhD<br>Chercheur<br>School Psychology Program<br>Lehigh University<br>111 Research Drive<br>Bethlehem, PA 18015<br>tél.: (610)758-3252                                       |                               | Parents d'enfants hyperactifs avec déficit de l'attention de 3 à 5 ans  | Améliorer les pratiques parentales à l'aide du programme <i>Parents and Children Series</i> , de Carolyn Webster-Stratton                          | 12 rencontres en groupe, puis "booster sessions" (1 fois par semaine pendant 6 mois; puis une fois par mois)                         |



|  |                      |   |  |   |
|--|----------------------|---|--|---|
| Lily Hechtman, MD<br>Chercheure<br>Département de psychiatrie et psychologie<br>Hôpital de Montréal pour Enfants<br>4018 Ste-Catherine Ouest<br>Montréal, QC H3Z 1P2<br>tél.: (514) 934-4449                                       |                      | Parents d'enfants hyperactifs avec déficit de l'attention                     | Traitement multimodal visant l'amélioration des habiletés scolaires et sociales des enfants et la dynamique familiale            | Rencontres de parents en groupe ou individuellement, une fois par semaine ou une fois aux 2 semaines (pendant 12 à 14 mois)                                       |
| Kate Kavanagh, PhD<br>Chercheure<br>2738 N. B. Broadway<br>Portland, OR 97238<br>tél.: (503)282-3662   | Project Alliance     | Parents d'enfants de 6e année identifiés "à risque", suivis en 7e et 8e année | Prévention de la délinquance chez les jeunes   | Adapté aux besoins des parents — rencontres à l'école; visites à domicile; suivi téléphonique   |
| Robert McMahon, PhD, Chercheur et Nancy Slough, PhD, Clinicienne<br>University of Washington<br>Department of Psychology<br>Box 351525<br>Seattle, WA 98195-1525<br>tél.: (206)685-9127  | FAST Track           | Parents d'enfants identifiés "à risque" de troubles de conduite               | Aider les parents à aider leurs enfants à réussir à l'école  | Visites à domicile additionnées de: 22 rencontres en groupe en 1 <sup>re</sup> année; 14 rencontres en 2e année; une par mois à partir de la 3e année du primaire |
| Ron Prinz, PhD<br>Chercheur<br>Department of Psychology<br>University of South Carolina<br>Columbia, SC 29208<br>tél.: (803) 777-7143  | Early Alliance       |   | Promouvoir le développement optimal des enfants, en améliorant les pratiques parentales et en fournissant du soutien aux parents | Visites à domicile, selon les besoins des parents (environ 15 sur 2 ans)  |
| Ken Rubin, PhD<br>Chercheur et Directeur<br>Center for Children, Relationships and Culture<br>Department of Human Development<br>3304 Benjamin Building<br>University of Maryland<br>College Park, MD 20742<br>tél.: (301)405-0458 | Linkages to Learning | Parents d'enfants identifiés "à risque"                                       | Développer des liens entre les familles, l'école et la communauté  | ? phone Jen Oppenheim   |

|  |   |  |  |   |
|--|---|--|--|---|
| <p>Matt Sanders, PhD<br/> Chercheur et Directeur<br/> Parenting and Family Support Centre<br/> University of Queensland<br/> Brisbane QLD 4072<br/> Australia<br/> tél.: (617) 3365-7290</p> | <p>Triple P- Positive Parenting Program (Niveaux 2 à 5)</p> | <p>Parents d'enfants de 0 à 12 ans</p>           | <p>Augmenter les habiletés parentales (communication, discipline, etc. )</p>   | <p>Variable, selon les besoins des parents: matériel d'auto-apprentissage (écrit et vidéo); inforeportages télévisés; service d'aide téléphonique; 2 rencontres avec un professionnel en santé mentale; 8 à 10 sessions en groupes ou thérapie individuelle et familiale.</p> |
| <p>Andrée St-Martin<br/> Intervenante<br/> Clinique Communautaire de Pointe St-Charles<br/> 1955, rue Centre<br/> Montréal, QC H3K 1J1<br/> tél.: (514)937-9251</p>                          |   | <p>Parents en difficulté avec adolescent</p>     | <p>a) Modifier connaissances et attitudes face aux psychotropes<br/> b) Améliorer la communication parent-adolescent</p>   | <p>8 rencontres en groupe (max. 12)</p>   |
| <p>Tena St. Pierre, PhD<br/> Chercheure<br/> Institute for Policy Research and Evaluation<br/> Pennsylvania State University<br/> University Park, PA 16802</p>                              | <p>FAN Club</p>   | <p>Parents de membres du Boys and Girls Club</p> | <p>a) Améliorer la relation parent-enfant<br/> b) Réduire l'isolement des mères<br/> c) Offrir des activités familiales<br/> d) Aider les parents à influencer leurs jeunes à ne pas consommer<br/> e) Soutien social et matériel aux familles</p> | <p>Activités de soutien aux familles, activités sociales, programme éducatif, possibilités de leadership</p>  |
| <p>Paul Vanier<br/> Intervenant<br/> Les Enfants de l'Espoir<br/> Centre culturel et sportif de l'est<br/> 4375, rue Ontario Est<br/> Montréal, QC H1V 1K5<br/> tél.: (514)872-1641</p>      | <p>Enfants de l'Espoir</p>                                  | <p>Parents toxicomanes</p>                       | <p>a) Responsabiliser le parent face à sa consommation<br/> b) Orienter vers traitements appropriés<br/> c) Renforcer estime de soi<br/> d) Eviter le placement des enfants par la DPJ</p>   | <p>Variable selon les besoins</p>   |