

LES RAPPORTS DE RECHERCHE DE L'INSTITUT

TOXICOMANIE PARENTALE
ET DÉVELOPPEMENT
DES ENFANTS DE 6-12 ANS :
RECENSION DES ÉCRITS
ET PRATIQUE DE POINTE
EN DÉVELOPPEMENT

CENTRE DOLLARD-CORMIER
Institut universitaire sur les dépendances



Agréé par le
 **CONSEIL QUÉBÉCOIS
D'AGRÈMENT**

Affilié à
 **Université
de Montréal**

 **UNIVERSITÉ DE
SHERBROOKE**

Rédaction du document

Véronique Landry

Professionnelle de recherche, infrastructure de recherche
du Centre Dollard-Cormier – Institut universitaire sur les dépendances (CDC – IUD)

950, rue de Louvain Est
Montréal (Québec) H2M 2E8
514.385.3490, poste 3202

Octobre 2010

Collaboration à la rédaction

Myriam Laventure

Professeure adjointe, département de Psychoéducation de l'Université de Sherbrooke et chercheure, infrastructure
de recherche du CDC – IUD et Recherche et intervention sur les substances psychoactives – Québec (RISQ)

Estelle Gemme,
Criminologue et intervenante, CDC – IUD

Marie-France Bastien
Coordonnatrice, infrastructure de recherche du CDC – IUD

Soutien à la rédaction

Carole-Line Nadeau

Conseillère aux communications, CDC – IUD

Rachel Charbonneau
Coordonnatrice clinico-administrative, Programme adulte, CDC – IUD

Marlène Prévost
Psychoéducatrice et intervenante, CDC – IUD

Suzanne Lavoie
Psychoéducatrice et intervenante au CDC – IUD

Révision scientifique

Karine Bertrand

Professeure adjointe, Université de Sherbrooke, Service de toxicomanie, faculté de Médecine
et des Sciences de la santé et chercheure, infrastructure de recherche, CDC – IUD et RISQ

Référence complète pour citation

Landry, V., Laventure, M., Gemme, E., Bastien, M-F., Nadeau, C-L., Charbonneau, R., Prévost, M.,
Lavoie, S. et Bertrand, K. (2010). *Toxicomanie parentale et développement des enfants de 6-12 ans :
recension des écrits et pratique de pointe en développement*. Les rapports de recherche de l'Institut,
Centre Dollard-Cormier — Institut universitaire sur les dépendances.

ISBN : 978-2-9809665-8-3

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2010

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives Canada, 2010

LES RAPPORTS DE RECHERCHE DE L'INSTITUT

TOXICOMANIE PARENTALE
ET DÉVELOPPEMENT
DES ENFANTS DE 6-12 ANS :
RECENSION DES ÉCRITS
ET PRATIQUE DE POINTE
EN DÉVELOPPEMENT

CENTRE DOLLARD-CORMIER
Institut universitaire sur les dépendances



Agréé par le
 **CONSEIL QUÉBÉCOIS
D'AGRÈMENT**

Affilié à
 **Université
de Montréal**

 **UNIVERSITÉ DE
SHERBROOKE**

MOT DE PRÉSENTATION

Ce troisième rapport de recherche de l'institut s'inscrit dans un processus de développement d'une pratique de pointe circonscrite aux enfants de 6 à 12 ans qui vivent avec un ou des parents présentant une dépendance. Cette pratique consiste à favoriser un développement adéquat de l'enfant en misant, à la fois, sur la réduction des facteurs de risque, l'augmentation des facteurs de protection, la capacité d'adaptation et de changement des parents.

Cette pratique d'intervention est le résultat de la coconstruction d'un savoir spécifique portant sur la dépendance parentale et le développement des enfants de 6 à 12 ans. Cette expertise a été développée par une équipe clinique et des chercheurs de l'infrastructure de recherche du Centre Dollard-Cormier – Institut universitaire sur les dépendances (CDC – IUD). Ce rapport de recherche en est le reflet. Il présente une recension de la littérature qui permet à la fois de situer l'importance de cette intervention familiale et d'identifier l'expertise clinique spécifique à acquérir pour mettre en place cette pratique de pointe. Cette recension a par ailleurs permis d'appuyer le développement, par une équipe clinique du programme adulte du CDC – IUD, du *Programme d'intervention familiale 6-12 ans*.

Le développement de cette pratique de pointe est soutenu par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) dans le cadre de la Stratégie d'action jeunesse 2009-2014. Le programme d'intervention familiale 6-12 ans développé par l'équipe du CDC – IUD est actuellement expérimenté dans trois autres centres de réadaptation en dépendance du Québec : Le Maillon à Laval, Le Virage en Montérégie et Domrémy Mauricie – Centre-du-Québec. Ces partenaires travaillent en collaboration avec le CDC – IUD pour implanter ce programme, qui fait par ailleurs l'objet d'une évaluation par des chercheurs de l'infrastructure de recherche.

En consacrant son troisième rapport de recherche à ce programme d'intervention, la direction de la mission universitaire du CDC – IUD désire également contribuer au transfert, à la mobilisation et à la valorisation des connaissances scientifiques et cliniques sur la thématique générale de la parentalité dans le champ des dépendances. Cette thématique s'inscrit en cohérence avec l'*Offre de service 2007-2012 – Programme-services dépendances* qui cible les jeunes en difficulté. Sans aucun doute, ce cahier sera également utile aux intervenants et aux organisations impliqués et intéressés par ce champ d'action en dépendance.

Je remercie l'ensemble des personnes qui ont contribué à la rédaction et à la publication de ce rapport de recherche, notamment les cliniciens et les chercheurs pour leur générosité. Ce cahier est un exemple tangible de rapprochement entre la clinique et la recherche. Je tiens particulièrement à souligner la précieuse contribution de madame Véronique Landry qui a non seulement rédigé ce document mais a aussi su mobiliser toute une équipe pour soutenir ce projet. Un merci spécial également à madame Carole-Line Nadeau pour la coordination de cette édition du troisième rapport de recherche de l'institut.



Gilles Cuillerier

Directeur de la mission universitaire

Centre Dollard-Cormier – Institut universitaire sur les dépendances

TABLE DES MATIÈRES

1. PROBLÉMATIQUE	8
2. CARACTÉRISTIQUES DÉVELOPPEMENTALES DES ENFANTS ÂGÉS DE 6 À 12 ANS	10
Développement physique et moteur	10
Développement cognitif	10
Développement social et affectif	10
3. IMPACT DE LA TOXICOMANIE PARENTALE SUR LE DÉVELOPPEMENT DES ENFANTS DE 6 À 12 ANS	13
L'attachement	13
Le modèle parental	14
La négligence	15
La parentification	16
La codépendance	17
Les caractéristiques personnelles des parents toxicomanes	17
4. FACTEURS DE PROTECTION	18
Facteurs individuels	18
Facteurs familiaux	18
Facteurs interpersonnels	19
Facteurs environnementaux	19
5. INTERVENTION AUPRÈS DES PARENTS TOXICOMANES ET LEURS ENFANTS	20
6. PROGRAMME D'INTERVENTION FAMILIALE 6-12 ANS DU CENTRE DOLLARD-CORMIER – INSTITUT UNIVERSITAIRE SUR LES DÉPENDANCES	22
Structure des groupes et objectifs poursuivis	22
Présentation des groupes	24
7. PROGRAMMES D'INTERVENTION AU QUÉBEC ET AUX ÉTATS-UNIS	26
8. CONCLUSION	29
RÉFÉRENCES	30



1. PROBLÉMATIQUE

La parentalité en contexte de toxicomanie représente un champ d'investigation où de nombreux questionnements se posent. La toxicomanie de l'un ou des parents suscite certaines inquiétudes, notamment sur le plan des habiletés parentales, ce qui risque de compromettre le bien-être, la sécurité et le développement de leurs enfants. La dépendance aux psychotropes est fréquemment citée comme un facteur de risque élevé de négligence envers les enfants et la consommation des parents peut entraîner des conséquences marquées sur le plan du développement émotionnel, social, comportemental et scolaire des enfants (Guyon, De Koninck, Morissette et Chayer, 1998 ; Mayer, Lavergne, Guyon, Gemme, Trocmé et Girard, 2005). En l'absence d'aide ou de services appropriés, les difficultés découlant de la consommation de psychotropes des parents peuvent s'exacerber, compromettant les capacités parentales (Pool et Dell, 2005 ; Eiden, Leonard, Hoyle et Chavez, 2004 ; Kumpfer et Bluth, 2004), le fonctionnement familial (Dube, Anda, Felitti, Croft, Edwards et Giles, 2001) et le développement de l'enfant (Barnard et McKeganey, 2004 ; Vitaro et al., 2004).

On estime que 8 % des enfants de 17 ans et moins vivent avec un parent dépendant à l'alcool et environ 4 % avec un parent dépendant aux drogues (Institut de la statistique du Québec, 2000). De plus, les enfants dont les parents sont aux prises avec un problème de toxicomanie présentent eux aussi le risque de développer un problème d'abus de substances (Conners, Bradley, Mansell, Liu, Roberts, Burgdorf, Herrell, 2004 ; Dunn, Tarter, Mezzich, Vanyukov, Kirisci et Kirillova, 2002).

Au-delà de la toxicomanie des parents, des études ont montré que, durant certaines périodes de transition propres à l'enfance où des changements significatifs se produisent sur le plan du développement physique, émotionnel ou social, le risque augmente que ces enfants connaissent des problèmes de comportement, notamment des problèmes de consommation (Moon, Hecht, Jackson et Speller, 1999). La plus grande transition dans la vie d'un enfant serait son entrée à l'école (Conners, Bradley, Mansell, Liu, Roberts, Burgdorf, et Herrell, 2004). À cet effet, l'intervention

chez les 6-12 ans représenterait un défi particulier, puisqu'à cette période de leur développement les enfants présentent encore une grande dépendance à leurs parents, tout en étant ouverts à l'influence et aux opportunités du monde extérieur, comme les amis et l'école (Thomassin, 2004). En ce sens, une intervention précoce ciblant les facteurs liés à l'exposition à des parents toxicomanes permettrait d'optimiser les chances que le développement de ces enfants ne soit pas trop compromis. Par ailleurs, il semble plus facile d'intervenir avant l'adolescence, car les attitudes et les comportements sont moins cristallisés et plus facilement modifiables (National Institute on Drug Abuse, 2003).

Il semblerait ainsi tout à fait indiqué de consacrer des efforts cliniques depuis l'entrée à l'école jusqu'au début de l'adolescence, c'est-à-dire entre 6 et 12 ans, afin d'éviter que ces enfants développent des problèmes de consommation par la suite. Cette orientation s'appuie sur les recommandations de Vitaro et ses collègues (2004), qui suggèrent d'offrir des services à ces enfants et à leurs parents dans le but de prévenir les conséquences négatives liées à la consommation, surtout dans un contexte familial où la toxicomanie parentale est présente.

De plus, la période comprise entre 6 et 12 ans semble moins documentée que la petite enfance (0-5 ans), où les programmes d'intervention en toxicomanie ciblent davantage les habiletés des parents, ainsi que celle de l'adolescence où les programmes sont adaptés à la réalité et aux besoins des jeunes.

Afin de mieux comprendre les enjeux relatifs à la toxicomanie parentale sur le développement des enfants, ce document présentera tout d'abord les grandes caractéristiques développementales des enfants âgés entre 6 à 12 ans. Nous exposerons ensuite les principaux impacts de la toxicomanie parentale sur le développement des enfants de cette catégorie d'âge. Puis, en dernière partie, nous verrons pourquoi le programme 6-12 ans élaboré par le Centre Dollard-Cormier – Institut universitaire sur les dépendances (CDC – IUD) est considéré comme un programme

d'intervention novateur visant à réduire les impacts de la toxicomanie parentale sur les enfants ainsi qu'à favoriser leur résilience. Les composantes du programme et les objectifs poursuivis seront décrits et appuyés par une brève recension des écrits. Le présent document ne propose donc pas une recension exhaustive des programmes d'intervention existants, mais traite plutôt du *Programme d'intervention familiale 6-12 ans* du CDC – IUD, une pratique de pointe reconnue comme telle.

2. CARACTÉRISTIQUES DÉVELOPPEMENTALES DES ENFANTS ÂGÉS DE 6 À 12 ANS

Longtemps considérée comme une période sans changement majeur sur le plan du développement des enfants, et d'ailleurs qualifiée de « période de latence » par les tenants freudiens, nous savons aujourd'hui que la période de 6 à 12 ans est fondamentale, notamment pour le développement social et émotionnel de l'enfant. En fait, des caractéristiques spécifiques sont liées au développement physique et comportemental, cognitif, social et affectif des enfants de cette tranche d'âge (DeHart, Sroufe et Cooper, 2000, dans Thomassin, 2004). Nous examinerons ci-après quelques-unes de ces caractéristiques.

DÉVELOPPEMENT PHYSIQUE ET MOTEUR

Les principales caractéristiques liées au développement physique et comportemental ont trait à l'augmentation appréciable de la taille et du poids, tant chez le garçon que chez la fille. Cette transformation est notable surtout entre 10 et 12 ans. Les changements dans l'apparence physique et les habiletés motrices sont des caractéristiques importantes du développement des 6-10 ans. À cet âge, les jeux favorisent le développement de la motricité fine et globale. L'enfant fait preuve de curiosité et il aime les activités physiques dynamiques (Thomassin, 2004). En somme, la période de développement de 6 à 12 ans se caractérise par une croissance fulgurante de la force physique et des habiletés motrices (Sigelman et Rider, 2009). Ces acquis pourront croître et se raffiner durant l'adolescence, mais ils auront bien souvent pris racine dans l'enfance.

DÉVELOPPEMENT COGNITIF

En ce qui concerne le développement cognitif, la période de 6 à 12 ans se caractérise, selon la théorie de Piaget, par le stade opératoire concret, c'est-à-dire que l'enfant devient capable de réaliser des opérations directement liées à des objets, qu'il développe une habileté à résoudre des problèmes de plus en plus complexes et qu'il maîtrise les opérations mathématiques inhérentes à la quantification des choses (Sigelman

et Rider, 2009). La pensée égocentrique fait graduellement place à la pensée opérationnelle, plus rationnelle, organisée et logique. À cet effet, le développement des principes de réversibilité (exemple : addition et soustraction) et de conservation témoignent de progrès intellectuels importants chez l'enfant (Sigelman et Rider, 2009 ; Duclos, Laporte et Ross, 1994).

Entre 6 et 8 ans, l'enfant peut considérer les dimensions spatio-temporelles de la réalité. À 6 ans, il peut se représenter hier et demain, bien qu'il soit davantage centré sur le moment présent. Il peut également s'orienter dans un itinéraire peu complexe (aller au dépanneur du coin, chez les voisins...). À 7 ans, il est en mesure de lire l'heure et de comprendre l'organisation d'un calendrier et, à 8 ans, il comprend le déroulement du temps en fonction des minutes, des heures, des jours, des années et des saisons. Il peut donc prévoir et organiser son espace et son temps (DeHart, Sroufe et Cooper, 2000, dans Thomassin, 2004)

De plus, même s'il arrive encore à l'enfant de 7 à 8 ans de se contredire dans ses raisonnements et de confondre le fantasme et la réalité, il développe sa capacité à tenir compte du point de vue des autres et commence à saisir que ce qui lui arrive n'est pas nécessairement par sa faute. Entre 10 et 11 ans, l'enfant sait reconnaître les causes d'événements complexes, il peut se mettre à la place de l'autre, il est capable d'introspection, il perçoit le temps de façon plus réaliste, il comprend que les règles ne sont pas immuables, c'est-à-dire qu'elles peuvent changer en fonction des situations, et il est de plus en plus en mesure d'adapter son comportement en fonction des attentes qui lui sont communiquées (DeHart, Sroufe et Cooper, 2000, dans Thomassin, 2004). La capacité d'évaluer les conséquences à court et à long terme d'un comportement se développe également à cet âge (Educ'Alcool, 2009).

DÉVELOPPEMENT SOCIAL ET AFFECTIF

Par ailleurs, la période de 6 à 12 ans est marquante sur le plan du développement social. La socialisation se définit comme un processus par lequel l'enfant s'intègre

dans la société en apprenant à exercer adéquatement les comportements et les attitudes encouragées par les différents groupes auxquels il adhère (famille, école, groupes de pairs) ainsi qu'à se conformer à leurs codes de conduite. À la faveur de ses interactions sociales, l'enfant de 6 à 8 ans découvre peu à peu le plaisir d'être avec les autres. L'identité de genre et les stéréotypes associés se développent, les champs d'intérêt et la nature des relations distinguent les garçons et les filles de cet âge. Les relations sociales se créent surtout entre enfants du même sexe (Trautner, Ruble, Cyphers, Kirsten, Behrendt et Hartman, 2005 ; Halle, 1999).

De plus, l'enfant de 6 à 8 ans commence à être plus soucieux d'autrui et éprouve de la culpabilité lorsqu'il commet quelque chose de mal (Sigelman et Rider, 2009). Entre 8 et 10 ans, il peut faire des choix et prendre des décisions quant à ses relations. Selon les stades développementaux d'Érikson, l'enfant apprend à composer avec les autres, fait l'expérience de la différence, se compare à ses copains et désire agir pour être reconnu par eux (Michel et Purper-Ouakil, 2006). La conscience morale se développe et l'enfant passe ainsi de la période de l'âge de raison à celle de l'auto-discipline (Sigelman et Rider, 2009). En ce sens, l'enfant devient sensible à la notion de justice et a besoin d'être encadré par des règles cohérentes et réalistes dont on lui a expliqué la pertinence. Ces règles lui permettent de modérer son comportement et de régir ses relations (Turiel, 2006 ; Rainville, 2000 ; Thomassin, 2004).

Entre 6 et 12 ans, le groupe de pairs occupe une place aussi grande que la famille. Il représente, en fait, un lieu privilégié d'affirmation de soi, de valorisation personnelle et d'identification à des conduites morales et sociales, parfois différentes du milieu familial (Duclos, Laporte et Ross, 1994). La relation avec les pairs s'illustre par la formation de liens d'amitié fondés sur la loyauté, par la création de liens significatifs au sein d'un réseau d'amis, par un besoin accru d'adhérer non seulement aux normes et aux valeurs véhiculées par les parents, mais également à celles du groupe de pairs (Thomassin, 2004). En bref, être accepté par le groupe de pairs et avoir des amis revêt beaucoup d'importance pendant cette période (Sigelman et Rider, 2009).

En d'autres mots, l'environnement social de l'enfant ne se limite donc plus exclusivement à la famille. À

cet effet, les relations d'attachement, même si elles sont toujours fortes entre les membres de la famille, peuvent s'étendre à l'extérieur de la cellule familiale (professeurs, amis...). L'enfant peut désormais comprendre que ses parents peuvent mal agir, mais il n'en demeure pas moins qu'il a toujours besoin du leadership, du soutien et de l'approbation des personnes adultes en qui il a confiance (Thomassin, 2004).

Le processus de socialisation diffère d'un enfant à l'autre, car il est largement façonné par l'environnement physique, relationnel, familial, scolaire et culturel de chacun (Duclos, Laporte et Ross, 1994). Selon ces chercheurs, le soutien et l'encouragement familial déterminent souvent la quantité et la qualité des apprentissages de l'enfant ainsi que la rapidité avec laquelle il les acquiert. Ces auteurs précisent que l'éducation parentale devra favoriser parallèlement la socialisation et l'individuation, consolider la relation d'attachement et encourager la relation d'égalité et de coopération.

L'école, quant à elle, avec ses règles morales et sociales parfois distinctes de celles existant dans la famille ou le groupe de pairs, représente aussi un lieu privilégié de socialisation (DeHart, Sroufe et Cooper, 2000, dans Thomassin, 2004).

Par ailleurs, l'apprentissage de la socialisation est indissociable du développement émotionnel et affectif de l'enfant. Grâce aux interactions avec les autres, l'enfant développe des habiletés sociales et des compétences. Au cours de la période de 6 à 11 ans, l'enfant comprend davantage la complexité du monde émotif. Il commence à éprouver de l'empathie envers les autres, exprime ce qu'il ressent de façon plus subtile et variée et gère mieux ses émotions (Thomassin, 2004).

De plus, des développements marqués s'observent dans la formation du concept de soi et de l'image de soi. La période de 6 à 12 ans est capitale pour le développement de l'estime de soi. Plusieurs études montrent que l'estime de soi est déterminante dans la prévention de problèmes comme le décrochage, les difficultés d'apprentissage, la délinquance, l'abus de drogue et d'alcool (Sigelman et Rider, 2009 ; Laporte et Sévigny, 2004).

Durant cette période, l'enfant gagne de la confiance en lui, devient plus autonome, exprime ses opinions, est capable d'introspection et d'autoévaluation. Entre 6 et 11 ans, il commence à se définir en fonction des relations interpersonnelles qu'il entretient et des groupes de pairs auxquels il appartient. De plus, le sentiment de valeur personnelle augmente et la perception qu'il a de lui-même est modelée par ce qu'il apprend. Les personnes significatives représentent un idéal à atteindre. Entre 6 et 9 ans, l'enfant s'identifie surtout à ses parents et son estime de soi est intimement liée à la valeur qu'on lui attribue dans sa famille. Par exemple, le développement d'une estime de soi positive l'incitera à prendre des initiatives, à développer son autonomie et à être confiant dans ses capacités (Rainville, 2000 ; Thomassin, 2004).

L'enfant âgé de 6 à 8 ans aura besoin d'admirer, de nommer ses sentiments, de s'amuser, d'être aimé et encouragé, de connaître ses limites, d'utiliser son imaginaire, d'acquérir de nouvelles connaissances, d'être autonome et de se séparer graduellement de ses parents. Par conséquent, il aura notamment besoin d'adultes guides (parents ou professeurs) qui l'encouragent et le valorisent, qui l'aident à

comprendre les règles et les balises qui régissent les conduites sociales et morales, qui l'encadrent de façon sécurisante, qui établissent une relation affectueuse et qui l'amènent à raisonner tout en restant en contact avec ses émotions. De 8 ans jusqu'à 10 ans, il aura besoin de savoir, de construire des mécanismes d'adaptation, de se rapprocher du parent du même sexe, de se structurer par des règles, d'actualiser et de cultiver son imaginaire, d'avoir des amis de son sexe et de démontrer de l'autonomie. Pour s'accomplir, il aura donc besoin d'un cadre de vie souple, d'être dirigé dans ses activités, tout en étant attentif à ses propres besoins et à ceux des autres et, malgré le fait que le groupe de pairs soit très important, de partager des activités avec ses parents. De 10 à 11 ans, il voudra être accepté par ses pairs, être rassuré sur ses changements corporels, être renseigné sur les comportements à risque ainsi qu'être valorisé et considéré. Il aura besoin d'adultes guides qui acceptent le fait qu'il ait besoin d'admirer des personnages extraordinaires, qui respectent son rythme d'apprentissage, qui l'aident à faire des liens entre les informations recueillies et qui soulignent et renforcent ses qualités (Duclos, Laporte et Ross, 1994).

3. IMPACT DE LA TOXICOMANIE PARENTALE SUR LE DÉVELOPPEMENT DES ENFANTS DE 6 À 12 ANS

Nous avons vu au chapitre précédent les principales caractéristiques des enfants de 6 à 12 ans. Pour favoriser le plein développement de ces diverses dimensions, certaines compétences parentales sont nécessaires. De façon générale, celles-ci constituent la somme des attitudes et des conduites favorables au développement normal d'un enfant. Certaines demeureront essentielles à toutes les étapes du développement de l'enfant, soit : (1) répondre aux besoins de base ; (2) offrir une réponse et un engagement affectifs ; (3) adopter une attitude positive envers l'enfant ; (4) considérer et traiter l'enfant comme une entité distincte ; (5) établir un cadre de vie ; (6) favoriser la socialisation de l'enfant ; (7) répondre aux besoins intellectuels et éducatifs de l'enfant (Bouchard, De Rancourt-Pilotte, Desjardins, Gauthier, Paquette et Rainville, 2003).

La toxicomanie, nous l'avons vu, est considérée comme un facteur de risque élevé pour l'expression des compétences parentales, ce qui peut compromettre le plein développement de l'enfant (Eiden, Leonard, Hoyle et Chavez, 2004; Hans, 2000; Kroll et Taylor, 2003; Kumpfer et Bluth, 2004). De fait, plusieurs études révèlent que, faute de temps consacré à leurs enfants, certains parents toxicomanes n'adoptent pas toujours des conduites parentales appropriées (Eiden, Leonard, Hoyle et Chavez, 2004; Hans, 2000; Hogan, 2003; Kumpfer et Bluth, 2004; Kroll et Taylor, 2003).

Les paragraphes suivants traitent des composantes associées aux compétences parentales et exposent certains facteurs qui peuvent nuire à la pratique de la parentalité chez les toxicomanes.

L'ATTACHEMENT

La création du lien d'attachement s'inscrit, sans contredit, parmi les conduites parentales nécessaires au développement intégral d'un enfant. Selon

Bowlby, l'attachement se définit comme « un lien émotif établi entre la mère et son enfant, favorisant ainsi la proximité physique entre eux afin d'assurer soins et protection à ce dernier ». La disponibilité de l'adulte, la qualité des soins dispensés, le caractère approprié et adapté des réponses aux signaux de l'enfant contribuent à l'émergence progressive d'un sentiment de sécurité chez celui-ci. D'après Bowlby, l'enfant développe et intériorise dès la petite enfance un modèle d'attachement particulier en fonction de l'attitude maternelle manifestée à son endroit (Moss, Tarabulsy, St-Laurent, Bernier et Cyr, 2007).

Un type d'attachement « insécure »¹ est souvent observé chez les enfants de mères dépendantes aux psychotropes (Howard, Beckwith et Rodning, 1998). Des difficultés relationnelles entre la mère toxicomane et son enfant seraient notamment dues à l'exposition intra-utérine aux drogues (Mayes, 1995). De fait, une étude menée chez des enfants de 15 mois exposés *in utero* à la cocaïne révèle un attachement « insécure » chez ces derniers. De leur côté, certaines mères montrent un manque de sensibilité émotionnelle, du rejet, de l'inconsistance dans les soins et des manifestations d'impulsivité envers leur enfant (Mayers et Bornstein, 1995).

Par ailleurs, dans les cas où l'enfant est intoxiqué par la consommation de la mère, la période néonatale est souvent accompagnée d'un sevrage chez le nourrisson, ce qui augmente la durée d'hospitalisation du nouveau-né et de séparation avec sa mère à un moment critique pour le développement du lien d'attachement (Lejeune, Floch-Tudal, Montmat et al., 1997a). Les symptômes du sevrage chez le nouveau-né se manifestent notamment par de l'irritabilité, des cris, des trémulations, des problèmes d'alimentation que la mère interprète souvent comme une forme de rejet, ce qui renforce son sentiment d'incompétence et d'anxiété. Plus l'anxiété de la mère augmente, plus l'irritabilité de l'enfant s'accroît, ce qui augmente

¹ Selon la théorie de l'attachement de Bowlby (1982), l'attachement « insécure » représente un type d'attachement négatif caractérisé par l'indifférence ou l'ambivalence des enfants à l'égard des figures d'attachement (Moss, Tarabulsy, St-Laurent, Bernier et Cyr, 2007).

en retour l'anxiété de la mère : s'installe alors un cercle vicieux. De plus, le fait d'être séparée de son enfant empêche la mère de répondre à ses besoins et d'y être attentive, ce qui diminue la qualité d'interaction nécessaire à la création du lien d'attachement (Finnegan, 1994).

Autre constatation, il semble que le parent dépendant aux substances psychoactives ait plus de difficulté à communiquer et à s'investir positivement auprès de son enfant (Barnard et McKeganey, 2004). De plus, le parent toxicomane n'offre pas toujours de figure d'attachement stable, si bien qu'un changement fréquent de la personne maternelle (ou responsable des soins) durant les deux premières années² de vie peut avoir des effets néfastes sur les habiletés de l'enfant à créer un attachement «sécure» et causer des séquelles émotionnelles persistantes (Mayers et Borstein, 1995, dans Lecompte, Perreault, Venne et Lavandier, 2002). À long terme, les conséquences d'un type d'attachement «insécure» conduisent au développement de comportements antisociaux et anxieux, à des problèmes cognitifs, à des difficultés relationnelles, à une faible estime de soi, etc. (Barnard et McKeganey, 2004; Dunn, Tarter, Mezzich, Vanyukov, Kirisci, Kirillova, 2002). Un attachement «insécure» pourra donc occasionner de graves difficultés chez l'enfant âgé de 6 à 12 ans, étape cruciale pour le développement de l'estime de soi, de l'identité et des habiletés sociales (Kroll, 2004). De plus, ce type d'attachement est souvent associé à la peur de la séparation. Ce sentiment pourra perdurer, surtout s'il est associé à des arrestations ou des hospitalisations d'un parent dues à une intoxication. L'enfant qui vivra ces événements pourra craindre que ce parent ne revienne plus (Barnard, 2007; Barnard et Barlow, 2003; Kroll et Taylor, 2003).

LE MODÈLE PARENTAL

La façon dont le parent toxicomane, surtout la mère, perçoit la qualité des soins qu'elle a elle-même reçus dans l'enfance a une incidence sur le lien d'attache-

ment qu'elle développe avec son enfant (Camp et Finkelstein, 1997). Plusieurs études montrent que les mères toxicomanes ont souvent manqué de modèles parentaux appropriés. Cette lacune peut donc générer, chez certaines, une tendance à dénigrer leurs propres compétences parentales (Lewis, Klee et Jackson, 1995). Par ailleurs, une étude qualitative auprès de mères toxicomanes en traitement révèle qu'elles manquent de structure et de connaissances quant au rôle parental, manifestent de l'impatience et de la négligence et ont tendance à reproduire un modèle parental dysfonctionnel reçu durant leur enfance (Coyer, 2003).

Baumrind (1991) a développé une typologie des pratiques parentales qui permet de comprendre la façon dont une personne exerce son rôle parental. L'auteure distingue quatre types principaux. Les parents permissifs (laisser-faire) se caractérisent par un style parental peu exigeant envers l'enfant. Ils démontrent beaucoup d'indulgence, utilisent peu de discipline et évitent la confrontation. Ce type de parents seraient peu «contrôlants», mais chaleureux envers leurs enfants. Les parents du type autoritaire sont, contrairement à ceux du premier groupe, beaucoup plus «contrôlants» et directifs. Ils exigent l'obéissance de la part de leurs enfants et leur témoignent peu de chaleur et d'affection. Entre ces deux catégories se retrouvent les parents à caractère démocratique ou structurant, qui optent pour un style parental chaleureux et flexible, mais ferme. Ils maintiennent le contrôle et la discipline, tout en expliquant les raisons qui sous-tendent leurs comportements. Ils sont ouverts à la communication et à l'argumentation. Enfin, les parents rejetants/négligents sont les moins compétents des quatre groupes de Baumrind (1991). Ces parents font preuve de peu de contrôle et d'affection. Ce sont en fait des parents désengagés. À la maison, il n'y a ni structure, ni organisation, ni discipline. Les enfants sont laissés à eux-mêmes sans supervision ni manifestation de chaleur émotionnelle.

² La naissance d'un enfant représente une période anxiogène pour des parents toxicomanes, surtout pour la mère. La naissance d'un bébé, ou les mois qui suivent, sont souvent accompagnés d'une rechute chez la mère. Le placement de l'enfant s'observe assez souvent durant les premières années de vie de l'enfant.

Un milieu familial de type démocratique, où les parents sont attentifs aux besoins de l'enfant, favorisera le développement de ce dernier, alors que des pratiques parentales déficientes, surtout celles qui accompagnent la négligence, risqueront en revanche de l'entraver. La toxicomanie est considérée comme un facteur de risque élevé pour l'expression des compétences parentales ce qui, comme nous le verrons plus loin, risque de compromettre le plein développement de l'enfant.

En effet, la consommation de drogues affecte la capacité des parents à répondre adéquatement aux besoins de l'enfant. Le temps et les ressources nécessaires pour se procurer et consommer la drogue et l'alcool interfèrent avec la disponibilité parentale (Azzi-Lessing et Olsen, 1996; Barnard, 2007; Barnard et McKeganey, 2004; Hogan, 2003; Magura et Laudet, 1996). De plus, sous l'effet des psychotropes, les parents sont moins attentifs aux besoins et à la sécurité des enfants (Hogan et Higgins, 2001). Les divers besoins de l'enfant – amour, attention, nourriture, habillement, logement – peuvent donc devenir secondaires pour le parent toxicomane. Des difficultés s'observent aussi en matière de discipline et de supervision parentale. Certains parents toxicomanes auraient de la difficulté à superviser adéquatement leur enfant (Barnard et McKeganey, 2004) ainsi qu'à établir des règles familiales claires, à les faire respecter et à les maintenir à long terme (Hogan et Higgins, 2001).

LA NÉGLIGENCE

La cooccurrence entre l'abus de substances et la négligence envers les enfants est bien documentée, tant en matière de traitement des dépendances que dans les services de protection de la jeunesse (Donohue, Romero et Hill, 2006). Aux États-Unis, les services de santé et de services sociaux pour enfants reconnaissent que l'abus de substances des parents constitue un facteur déterminant de la négligence (Semidei, Radel et Nolan, 2001). Au Québec, la toxicomanie parentale représente le deuxième facteur de risque susceptible d'entraîner un signalement pour négligence (Clément et Tourigny, 1999). Par ailleurs, les personnes dépendantes aux psychotropes seraient 4,2 fois plus à risque d'avoir des conduites négligentes que les non-dépendantes (Chamberland, Léveillé et Trocmé, 2007). Il semble

donc que la négligence parentale fasse partie intégrante de la problématique de la toxicomanie chez les adultes (Barnard, 2007; Barnard et McKeganey, 2004; Forrester et Harwin, 2006; Kroll et Taylor, 2003). Il sera exposé ci-dessous de quelles façons la négligence et la toxicomanie sont intimement liées et comment elles affectent les enfants de 6 à 12 ans.

Dubowitz, Black, Starr et Zuravin (dans Mayer, Lavergne, Guyon, Gemme, Trocmé et Girard, 2005) décrivent la négligence comme une absence de satisfaction d'un des besoins fondamentaux de l'enfant (physique, intellectuel ou affectif). Contrairement au concept d'abus ou de violence envers les enfants, la négligence consiste non seulement, de la part des parents ou de ceux qui assument la garde de l'enfant, à poser des gestes inadéquats mais également à ne pas exercer les responsabilités ou les devoirs inhérents au bien-être de l'enfant (Rapport du comité d'experts sur la révision de la Loi sur la protection de la jeunesse, 2004; Clément et Tourigny, 1999). Cette lacune peut se manifester sur le plan des soins physiques (alimentation, habillement, hygiène, logement), des soins émotifs (attention, sécurité, estime de soi) ou des soins liés au développement de l'enfant (surveillance, éducation, santé).

Une étude nationale sur l'incidence de l'abus et la négligence envers les enfants réalisée aux États-Unis distingue trois catégories de négligence : physique, éducative et émotionnelle (Sedlak et Broadhurst, 1996).

La négligence physique consiste à ne pas procurer à l'enfant les soins médicaux, ou à tarder beaucoup à le faire, à abandonner l'enfant ou à omettre de fournir une supervision adéquate en cas d'absence, à expulser l'enfant du foyer, ou toute autre situation concernant la garde de l'enfant. Ce type de négligence comprend aussi les carences en matière de soins physiques (inadéquation sur les plans alimentaire, vestimentaire et hygiénique) ou les attitudes compromettantes pour la sécurité de l'enfant (conduite d'un véhicule en état d'ébriété en sa présence). En outre, la toxicomanie et les exigences de la consommation affectent les capacités des parents à répondre adéquatement aux besoins de l'enfant. Une étude de Kelly (1992) souligne que les enfants exposés aux drogues sont significativement plus à risque d'être victimes de négligence physique.

La négligence éducative consiste à laisser faire le vagabondage (c'est-à-dire une absence non justifiée de l'école cinq jours ou plus par mois), ou à omettre d'inscrire l'enfant à l'école et/ou à lui fournir les services éducatifs appropriés en cas de troubles d'apprentissage ou autres. Ce type de négligence peut entraîner des conséquences graves sur le plan cognitif, comme des retards intellectuels et langagiers et des problèmes d'apprentissage (Kaplan, Pelcovitz, Labruna, 1999). Au Québec, une étude en toxicomanie réalisée auprès de jeunes Montréalais soutient ce constat. Les résultats indiquent en effet que les fils de pères alcooliques sont plus susceptibles que les autres enfants de présenter un retard scolaire, une faible performance scolaire et d'être inscrits dans une classe spécialisée (Vitaro, Assaad et Carbonneau, 2004). Enfin, les enfants victimes de négligence éducative auraient une plus forte propension à la consommation d'alcool et de drogues que leurs pairs (Mayer-Renaud, 1993).

La négligence émotionnelle se traduit de plusieurs façons : manque d'attention apporté aux besoins affectifs de l'enfant, violence conjugale en sa présence, assentiment tacite ou formel de consommer de l'alcool ou des drogues, encouragement et autorisation à des conduites délinquantes, refus de fournir des soins psychologiques à l'enfant en cas de besoin, ou encore avoir des attentes irréalistes par rapport à l'âge et aux caractéristiques développementales de l'enfant (Kroll et Taylor, 2003 ; Sedlack et Broadhurst, 1996). Ce type de négligence est d'ailleurs prévu à l'article 38 de la Loi sur la protection de la jeunesse (Paquette, Malenfant et Young, 2004). Il serait lié à des problèmes comportementaux dits intériorisés, comme la dépression et l'anxiété, et extériorisés, comme les problèmes de comportement et la délinquance (Forrester et Harwin, 2006 ; Hogan, 2003 ; Kaplan et al., 1999 ; Kroll, 2004). Les problèmes de consommation occasionneraient eux aussi ce même type de troubles. En fait, l'alcoolisme parental serait l'un des facteurs du développement de troubles intériorisés chez l'enfant, comme les troubles émotionnels, l'anxiété et la dépression. Par ailleurs, un certain nombre d'études ont montré que les enfants de parents alcooliques sont à risque de développer des problèmes extériorisés, tels que l'agressivité, l'opposition, l'hyperactivité, l'inattention, les troubles

de conduite et la délinquance. Le profil serait similaire pour les enfants de parents consommateurs de drogues (Vitaro, Assaad et Carbonneau, 2004).

Autre constatation, les enfants victimes de négligence émotionnelle se montreraient moins créatifs dans la résolution de problèmes, démontreraient plus de tristesse, d'apathie et une faible estime de soi. Ils interagiraient peu socialement et seraient plus passifs, contrairement aux enfants victimes d'abus physique, qui seraient plus agressifs en groupe (Mayer-Renaud, 1993).

LA PARENTIFICATION

En outre, la relation entre les parents toxicomanes et leurs enfants serait souvent marquée par une inversion des rôles. À cet effet, plusieurs études révèlent que les enfants de parents dépendants à l'alcool et à la drogue assument souvent des responsabilités inappropriées à leur étape de développement (Barnard, 2007 ; Kroll et Taylor, 2003 ; Dunn, Tarter, Mezzich, et al., 2002 ; Valteau, Bergner et Horton, 1995). Cette « surresponsabilisation » de l'enfant relève du concept de parentification. Vu l'importance de tenir compte de l'âge et des capacités développementales de l'enfant, la parentification peut, à cet égard, être considérée comme une incompétence parentale. Ce concept se caractérise par le fait d'assumer une variété de responsabilités qui ne correspondent pas aux compétences développementales d'un enfant, comme prendre soin de ses parents, les consoler, les rassurer, en être le confident, s'occuper de ses frères et sœurs, assumer des tâches ménagères (faire la lessive, le ménage et la cuisine). Autrement dit, l'enfant est placé dans une situation où il se sent forcé d'endosser prématurément un rôle parental et d'assumer des responsabilités d'adulte (Stein, Riedel et Rotheram-Borus, 1999).

En conséquence, l'enfant « parentifié », accablé de responsabilités, disposera de peu de temps pour s'amuser avec ses amis et participer à des activités propres à son âge. Se sentant responsable de ses parents, il n'osera pas les laisser seuls pour aller s'amuser avec ses copains ou, le cas échéant, il se sentira coupable (Chayer Gélinau et Moreau, 1998). Rappelons qu'à cet âge, la socialisation avec les pairs représente un enjeu clé du développement.

Le processus de parentification entraîne aussi des conséquences sur les étapes développementales de l'enfant, notamment sur le plan de la formation de son identité, de la socialisation et de la réussite scolaire (Jurkovic, 1997, dans Stein, Riedel et Rotheram-Borus, 1999).

LA CODÉPENDANCE

Les enfants de parents toxicomanes seraient également affectés par le phénomène de la codépendance. Melody Beattie (1992) définit ainsi le codépendant : « celui ou celle qui s'est laissé affecter par le comportement d'un autre individu, et qui se fait une obsession de contrôler le comportement de cette autre personne ». Concernant la toxicomanie, le codépendant aura tendance à gérer les problèmes de l'autre, à le protéger, à faire sienne sa souffrance, tout cela en secret, par crainte du jugement d'autrui. Nous avons vu plus haut que la toxicomanie parentale entraîne des enjeux relationnels qui affectent le développement optimal des enfants. Selon Barnard et Barlow (2003) et Chayer Gélinau et Moreau (1998), dans un milieu alcoolique, le quotidien s'articule autour de la personne qui consomme, ne laissant plus de place aux autres membres de la famille. L'entourage devient envahi par la consommation et ses méfaits. Le quotidien des personnes qui côtoient une personne dépendante à la drogue ou à l'alcool est marqué par la peur, la honte, l'imprévisibilité, l'instabilité et le doute (Chayer Gélinau et Moreau, 1998).

En somme, la vie de la personne codépendante tourne autour du consommateur. Aider l'autre devient une priorité, sa plus grande source de motivation et de valorisation. À long terme, cet investissement conduit à un essoufflement, générant de la souffrance et de la détresse. Pour bien des personnes codépendantes, nier ou minimiser leur réalité devient un mécanisme de protection. Par cette attitude de déni, elles renforcent involontairement la dépendance du consommateur (Larsen, 1998).

Dans ces circonstances, l'enfant grandira dans un environnement familial caractérisé par la loi du silence, l'ambivalence, la confusion, le contrôle, l'état d'urgence et sera, par conséquent, inscrit lui aussi dans le cycle de la codépendance (Barnard et Barlow, 2003 ; Chayer Gélinau et Moreau, 1998 ; Hogan, 2003 ; Kroll et Taylor, 2003 ; Taylor et Kroll, 2004).

LES CARACTÉRISTIQUES PERSONNELLES DES PARENTS TOXICOMANES

Enfin, les études indiquent que les parents toxicomanes présentent souvent un ensemble d'autres facteurs de risque, soit d'ordre individuel (ex. : dépression, personnalité antisociale) (Conwell, O'Callaghan, Andersen, Najman, Bor, Williams, 2003 ; Moss, Baron, Hardie, Vanyukov, 2001 ; Poon, Ellis, Fitzgerald et Zucker, 2000), d'ordre familial (ex. : historique d'abus et de mauvais traitement, violence conjugale) (Dunn, Tarter, Mezzich et al., 2002 ; Vaz-Serra, Canavarro, Ramalheira, 1998 ; Johnson, 2001), ou encore d'ordre social (ex. : isolement, pauvreté économique, faible niveau de scolarité, monoparentalité) (Bertrand, Allard, Ménard & Nadeau, 2007 ; Dunn, Tarter, Mezzich et al., 2002). Tous ces facteurs contribuent à diminuer leurs capacités à répondre adéquatement aux besoins de leurs enfants (Magura et Laudet, 1996). Cette diminution des capacités parentales prend plus souvent la forme de la négligence, car les parents toxicomanes n'abusent pas ou n'agressent pas nécessairement leurs enfants. Cependant, leur propension à reléguer leurs responsabilités parentales au second plan mérite une attention particulière des services à l'enfance puisque cela risque de compromettre le développement de l'enfant, tant sur le plan social, affectif que cognitif.

4. FACTEURS DE PROTECTION

Le fait de vivre dans un environnement où la toxicomanie est omniprésente ne conduit pas automatiquement au développement de problèmes d'adaptation (Kroll et Taylor, 2003 ; Vitaro, Assaad et Carbonneau, 2004). Certains facteurs personnels, interpersonnels et sociaux agissent comme modérateurs ou « tampons » afin de protéger l'enfant contre un milieu à haut risque de compromettre son développement (Fergusson et Horwood, 2003). L'influence des facteurs de protection serait davantage déterminante à certaines périodes de développement, notamment au moment de la transition de l'enfance à l'adolescence, c'est-à-dire entre 6 et 12 ans (Meschke et Patterson, 2003).

Les facteurs de résilience, par exemple, sont considérés comme des facteurs de protection importants chez l'enfant. Le phénomène de la résilience, étudié depuis les années 1970, demeure un concept de grand intérêt pour de nombreux chercheurs et cliniciens. Pour plusieurs, la résilience correspond à la capacité d'adaptation personnelle et sociale d'un individu suite à une situation traumatisante et constitue une barrière de protection contre un événement stressant (Wong et al., 2006). Elle résulte d'un processus dynamique qui émerge d'une interaction entre un individu, un contexte et son environnement (Moe, Johnson et Wade, 2007 ; Anaut, 2003). Selon Rutter (1993), un enfant résilient est celui qui démontre une grande adaptation dans un contexte de grande adversité. En accord avec Rutter, Cyrulnik (1999) définit la résilience comme « la capacité à vivre et à se développer positivement, de manière socialement acceptable, en dépit du stress ou d'une adversité qui comporte normalement le risque grave d'une issue négative ». En ce sens, Masten, Best et Garmezy (1990) définissent la résilience comme la capacité à se développer de manière positive malgré l'expérience d'un environnement à haut risque.

Or, bien que la résilience ne soit pas un processus universel, selon les travaux de Vitaro, Assaad et Carbonneau (2004), l'influence de facteurs de protection dans la démarche adaptative s'appliquerait aussi aux enfants de parents toxicomanes. Ces indices de protection ont trait à des facteurs individuels, familiaux, interpersonnels et environnementaux.

FACTEURS INDIVIDUELS

Les facteurs individuels de protection sont de divers ordres : de bonnes habiletés cognitives (intelligence au-dessus de la moyenne, habileté dans la résolution de problèmes), le genre, une perception de soi positive, un sentiment de compétence, un tempérament facile, une grande sociabilité, et une bonne capacité d'adaptation et d'autorégulation de l'impulsivité (Masten, 1994).

FACTEURS FAMILIAUX

Les facteurs familiaux sont liés à la qualité de la relation avec le parent, c'est-à-dire l'attachement parental, les attentes positives, le soutien, la chaleur... (Fergusson et Horwood, 2003 ; Anaut et Pedinielli, 2008). Selon plusieurs études, l'attachement jouerait un rôle fondamental dans la constitution de la résilience chez l'enfant (Kumpfer et Bluth, 2004).

La fratrie constitue un autre facteur de protection notable. Un membre de la fratrie, comme un frère ou une sœur plus âgé, peut constituer une figure d'attachement déterminante pour un enfant. Parfois, certains membres de la famille deviennent même des parents substituts (Lemay, 2001). Dans un milieu désorganisé, comme cela s'observe souvent dans les familles où les parents sont toxicomanes, le rôle du grand frère ou de la grande sœur revêt beaucoup d'importance. De fait, si les parents éprouvent des difficultés à exercer leurs capacités parentales, la fratrie peut combler les lacunes et devenir un repère identificatoire déterminant. L'enfant bénéficiera alors d'une autre personne significative pour répondre à ses besoins fondamentaux. Cette attention de la part d'un frère ou d'une sœur aîné pourra prévenir les risques de carences sur les plans du développement physique, social et affectif de l'enfant. Cette situation se distingue de celle de parentification qui, au contraire, peut nuire au développement des membres de la fratrie. La famille élargie, tels les grands-parents, les oncles et les tantes, peut également représenter des figures d'attachement significatives et s'imposer comme parents de remplacement (Barnard, 2003 ; Kroll, 2007 ; Lemay, 2001).

FACTEURS INTERPERSONNELS

Les facteurs interpersonnels ont trait aux relations significatives créées avec des adultes compétents (parenté, professeurs, mentors), à un réseau social soutenant, à une relation positive avec des pairs, à la fréquentation d'écoles de qualité et à l'accès à des services sociaux adéquats (Anaut et Pedinielli, 2008; Fergusson et Horwood, 2003; Masten, 1994; Garmezy et Masten, 1991).

FACTEURS ENVIRONNEMENTAUX

Enfin, certains milieux substitués, dont l'école, sont considérés comme des facteurs environnementaux qui peuvent protéger l'enfant d'un milieu inadéquat. L'école constitue un milieu de vie riche en expériences de socialisation où les enfants peuvent se sentir encouragés, valorisés et aimés des autres. Sans remplacer la maison, l'école devient, pour certains enfants vivant dans des familles dysfonctionnelles, un autre

«chez-soi». Par sa structure organisationnelle, l'école peut convenir à certains enfants qui n'ont, à la maison, ni balises ni règles claires. Pour ceux-ci, l'école offre un cadre bien défini où des valeurs fondamentales leur sont enseignées. L'enfant peut également développer un lien d'attachement significatif avec un enseignant ou un autre adulte (Luthar, Cicchetti, Becker, 2000).

L'école permet aussi aux enfants âgés de 6 à 12 ans d'appartenir et de s'identifier à un groupe de pairs. Le groupe d'amis amène l'enfant à tisser des liens, certains plus significatifs que d'autres. Le choix d'un «meilleur ami» permettra à l'enfant d'entretenir une relation privilégiée avec un camarade, quelqu'un en qui il a confiance, avec qui il se sent bien et à qui il peut se confier. Avec ses copains, l'enfant partage également des activités. Dans ses loisirs, l'enfant développe, en s'amusant, des compétences et des habiletés qui l'aideront à acquérir une meilleure confiance en lui. Les habiletés qu'il développe à travers les loisirs pourront s'appliquer à d'autres sphères d'activités, comme les tâches scolaires (Lemay, 2001).

5. INTERVENTION AUPRÈS DES PARENTS TOXICOMANES ET LEURS ENFANTS

Nous avons vu que la période de 6 à 12 ans est déterminante pour le développement physique et moteur, cognitif, social et affectif des enfants. En somme, durant cette période, l'enfant aura besoin de s'investir dans des activités qui stimulent le développement de ses habiletés motrices et de sa force physique, c'est-à-dire le développement physique et moteur. Il lui faudra aussi être respecté dans son rythme d'apprentissage et être encouragé et soutenu dans sa capacité de résolution de problèmes et dans l'apprentissage de l'orientation spatio-temporelle. Pour assurer son bien-être, il devra vivre des situations qui l'incitent à développer sa capacité d'introspection et à considérer le point de vue des autres, c'est-à-dire le développement cognitif. La présence d'adultes guides aidera l'enfant à mieux comprendre les normes et les conduites morales et sociales qui régissent ses comportements. Grâce à la socialisation, qui occupe une grande place à cet âge, et à l'identification, notamment aux pairs et au parent du même sexe, l'enfant développera l'affirmation de soi, l'expression de ses émotions, un sentiment de valeur personnelle et d'estime de soi, ce qu'on appelle le développement social et affectif.

Des conduites parentales appropriées permettront de répondre aux besoins développementaux de l'enfant. Toutefois, certains enfants de parents toxicomanes ne bénéficient pas d'un tel encadrement et certains besoins non comblés auront des séquelles importantes. Comme on l'a vu plus haut, ces enfants présentent souvent des difficultés relationnelles, des troubles émotionnels (anxiété, dépression), des problèmes cognitifs (troubles d'apprentissage), une faible estime de soi et une plus forte propension à la toxicomanie que leurs pairs. Ces difficultés sont intimement liées à la négligence parentale et au développement d'un type d'attachement « insécure ». De plus, on a observé que certains enfants de parents toxicomanes sont souvent laissés à eux-mêmes, sans structure ou dans une structure trop rigide, sans règles ou sans régularité dans les règles, sans organisation, qu'ils assument un rôle qui ne correspond pas à leur niveau de développement (la parentification) et qu'ils doivent assumer

prématurément une pseudo-autonomie car leurs parents, trop investis dans la consommation, ne sont pas disponibles pour s'occuper d'eux et leur témoigner de l'attention et de l'affection.

Considérant les notions ci-dessus, l'intervention à privilégier pour les enfants de 6 à 12 ans de parents toxicomanes consisterait à favoriser un développement adéquat de l'enfant en misant, à la fois, sur la réduction des facteurs de risque et l'augmentation des facteurs de protection.

Pour atteindre de tels objectifs, des programmes centrés sur la famille, dits *Family-based programs*, et destinés à la prévention d'abus de drogues, sont développés depuis quelques années. Comme le recommande le NIDA (National Institute on Drug Abuse, 2003), ces types de programmes doivent être axés sur le renforcement des liens familiaux, c'est-à-dire l'amélioration des compétences parentales, la communication et les interactions parents-enfants, l'engagement et le soutien des parents, ainsi que la consolidation des habiletés sociales de l'enfant (Hans, 2000).

De plus, selon Botvin, Griffin, Paul et Macaulay (2003), les programmes de prévention sont plus efficaces s'ils font appel à des techniques interactives (groupes de pairs, jeux de rôles, etc.), qui favorisent les apprentissages concernant l'abus de drogues et le renforcement des habiletés, autant chez les parents que chez l'enfant. Dans cet ordre d'idées, un nombre croissant d'études montrent l'efficacité des groupes bimodaux (groupe de parents et d'enfants) pour les familles en difficulté. Il semblerait que les programmes d'intervention qui impliquent à la fois les parents et les enfants ont un taux d'efficacité plus élevé que ceux qui les considèrent séparément (Tremblay, Pagani-Kurtz, Vitaro, Mâsse et Pihl, 1995). Une étude de Kumpfer (1997) abonde dans le même sens, indiquant que les programmes conçus uniquement pour les parents n'améliorent pas les habiletés prosociales des enfants (communication, résolution de problèmes, etc.), alors qu'elles augmentent de façon significative si les enfants sont intégrés dans l'intervention. Il en va de même pour l'amélioration

des relations familiales; les résultats indiquent aussi une amélioration des facteurs de protection par rapport au risque de consommation chez l'enfant quand les enfants et les parents participent ensemble à l'intervention.

De plus, l'intervention de groupe présente plusieurs avantages, notamment celui d'offrir un lieu de soutien et d'échange entre les parents aux prises avec les mêmes expériences difficiles, où ces derniers peuvent s'exprimer librement sans craindre le jugement des autres. Les enfants peuvent eux-aussi partager leur vécu avec d'autres qui, étant à la même étape de leur développement, vivent des réalités ou des impacts similaires. Les intervenants chargés d'élaborer le plan des sessions ont prévu des «devoirs» pour les parents et des activités pour les enfants à la fin de chaque session. Comme le démontrent les études de Davreux, Dupré, St-Maurice, Thomassin, Allard et Normandeau

(2005), les «devoirs» visent à souligner la nécessité de l'effort soutenu et de la pratique, ils permettent le transfert des apprentissages de la situation de groupe à la situation familiale de chacun et ils servent de point de départ pour les discussions de la semaine suivante. Les travaux donnés aux parents jouent aussi un autre rôle : c'est une façon concrète de démontrer que la modification d'un comportement ou d'une attitude exige un investissement quotidien (Davreux, Dupré, St-Maurice, Thomassin, Allard et Normandeau, 2005). Quant aux activités prévues pour les enfants à la fin des sessions, elles serviront d'aide-mémoire afin de faciliter l'intégration des concepts présentés durant les réunions.

C'est dans cette optique que s'inscrit le *Programme d'intervention familiale 6-12 ans* élaboré par le programme adulte du Centre Dollard-Cormier – Institut universitaire sur les dépendances (CDC – IUD).

6. PROGRAMME D'INTERVENTION FAMILIALE 6-12 ANS DU CENTRE DOLLARD-CORMIER – INSTITUT UNIVERSITAIRE SUR LES DÉPENDANCES

Les intervenants du Centre Dollard-Cormier – Institut universitaire sur les dépendances (CDC – IUD), en dépit de leur longue expérience de l'intervention auprès d'adultes et d'adolescents toxicomanes, sont actuellement confrontés à un nouveau phénomène. Des enfants viennent demander directement de l'aide, et ce à un âge de plus en plus précoce – le plus jeune ayant 8 ans – non pas pour leur propre problème de toxicomanie, mais bien pour celui de leur parent.

Comme le prévoit son mandat, le Centre répond à la demande d'aide manifestée par les adolescents de parents toxicomanes, mais n'offre pas de service visant les enfants plus jeunes. Devant ce besoin manifeste, mais laissé sans réponse, il devient impératif de prévoir un encadrement adapté aux besoins des enfants âgés entre 6 et 12 ans. Cette orientation s'appuie sur les recommandations de Vitaro et ses collègues (2004), qui suggèrent d'offrir des services à ces enfants et à leurs parents dans le but de prévenir les conséquences néfastes de l'exposition des enfants à un contexte familial où la toxicomanie est présente.

La démarche d'une nouvelle programmation de service pour les 6-12 ans, lancée par le programme spécialisé adulte du CDC – IUD, découle de l'approche de la réduction des méfaits, la perspective théorique préconisée par le Centre. En effet, un des méfaits majeurs pour un adulte dépendant est de compromettre l'exercice de ses pratiques parentales, ce qui peut nuire au développement optimal de ses enfants. Cette démarche exprime donc une volonté d'accompagner les parents toxicomanes afin d'assurer une diminution des impacts négatifs de leur consommation sur le devenir de leurs enfants.

STRUCTURE DES GROUPES ET OBJECTIFS POURSUIVIS

Douze sessions de groupe, d'une durée de 90 minutes chacune, ont été prévues en simultané pour les enfants et les parents consommateurs ou non. La durée du programme s'étend sur 12 mois, à savoir 3 rencontres d'évaluation, 12 séances de groupe

et 3 rencontres de suivi. Les familles participantes ont été préalablement informées du déroulement du programme par leur intervenant principal.

Pour répondre aux principaux besoins des enfants de 6 à 12 ans, le programme aborde plusieurs thèmes, dont : comprendre les difficultés liées aux dépendances et les impacts sur la famille (le développement cognitif); nommer et exprimer des émotions; apprendre à se connaître et à connaître les autres; communiquer et résoudre des problèmes; comprendre les frontières et les rôles (le développement social et affectif). Une collation et une séance de relaxation terminent chacune des rencontres. La relaxation permet aux enfants de se détendre, de diminuer la tension, de retrouver un équilibre et de faciliter la transition et la clôture de la soirée. On privilégie cette méthode, que Micheline Nadeau (1998) nomme REJOUÉ, car elle est conçue sous forme de jeux qui aident à calmer les enfants de 5 à 12 ans et favorisent le développement de leurs compétences.

Pour améliorer les compétences parentales, les thèmes qui sont discutés traitent de plusieurs sujets : le rôle parental, la connaissance des étapes développementales de l'enfant et des besoins qui y sont associés, l'impact de l'assuétude et de la codépendance sur l'enfant, l'importance des règles, des routines, de la sécurité et du soutien ainsi que l'adoption de meilleures stratégies de communication. La diminution des risques de négligence et l'amélioration du lien d'attachement s'inscrit en toile de fond de tous les thèmes présentés aux parents.

Quant à la promotion des facteurs de protection, les thèmes visent pour l'essentiel quatre objectifs : augmenter le sentiment de compétence, d'estime de soi et de confiance chez l'enfant et les parents, encourager une meilleure connaissance de soi et des autres, développer la capacité à nommer et à identifier les émotions, ainsi qu'améliorer la capacité de résolution de problèmes et connaître les ressources et le réseau social (par exemple, à qui les parents peuvent s'adresser quand ils ont besoin d'aide, à qui se confier, avec qui faire diverses activités, etc.).

Les interventions réalisées par les intervenants avec les groupes s'appuient surtout sur l'approche systémique et l'analyse transactionnelle. L'approche systémique est privilégiée, car elle s'intéresse spécifiquement aux interactions entre les membres de la famille et aux relations entretenues avec l'extérieur du système familial (Steinglass, 2009). Pour les tenants de cette approche, le fonctionnement ou le dysfonctionnement, l'action ou l'inaction du système familial auront des répercussions sur chacun des membres et vice versa. Un changement dans la structure familiale affectera donc l'ensemble de la famille (St-Yves, 1992). Des thèmes comme les rôles familiaux, la communication et les frontières constituent des notions, largement étudiées selon cette approche, qui sont abordées durant plusieurs rencontres (Amiguet et Julier, 1996).

De plus, on a démontré que l'implication de la famille dans l'intervention est un ingrédient actif de succès. Avec la clientèle dépendante, inclure les membres de la famille dans l'intervention augmente significativement l'engagement et la rétention dans le traitement. De plus, les impacts à long terme du traitement sont encore plus positifs si les membres de la famille sont partie prenante de l'intervention (Steinglass, 2009).

Quant à l'analyse transactionnelle, elle est aussi intégrée dans les sessions de rencontres de groupe. Même si cette approche ne bénéficie pas d'une solide base empirique, elle repose sur des principes d'intervention qui s'intègrent bien dans les objectifs poursuivis par le programme. Cette approche, qui est largement utilisée avec les adultes au service d'aide à l'entourage du CDC – IUD, est très appréciée, notamment en raison de son contenu plus concret que l'approche psychanalytique. D'après St-Yves (1992), l'analyse transactionnelle est un modèle thérapeutique conçu afin d'aider les personnes à cheminer, tout en tenant compte de leurs interactions avec les autres. Cette approche est orientée vers les solutions et, selon les intervenants responsables du programme, elle est accessible tant aux enfants qu'aux parents. D'ailleurs, un conte de Claude Steiner (2004) conçu pour les enfants traite explicitement de l'approche transactionnelle et est utilisé lors d'une rencontre avec les enfants.

L'analyse transactionnelle a trait au fait que l'être humain porte en lui trois états différents. Eric Berne (dans De Lassus, 1991) les nomme les trois États du moi, qui représentent en fait la structure de la personnalité. Selon lui, nous prenons des décisions et nous réagissons à partir d'une de ces parties de nous-mêmes. Ce qui nous arrive dans la vie dépend largement de l'État du moi à partir duquel nous agissons. Ces trois États se caractérisent ainsi : le **Parent** (*normatif* – autorité, normes, valeurs et *bienveillant* – soutien, encouragement, protection), l'**Enfant** (*libre* – expression des émotions et sentiments, créativité, capacité intuitive et *adapté* – acceptation des règles et demandes sociales, soumission, dévalorisation) et l'**Adulte** (*l'ordinateur* – évaluer, comparer, analyser, réfléchir, communiquer). Chacun des trois États du moi sont, d'après Berne, d'importance égale et ont leur utilité et leur nocivité. Une situation donnée amènera à utiliser un État du moi particulier, alors qu'une autre en sollicitera un différent.

L'analyse transactionnelle est présentée aux parents afin qu'ils définissent lequel des États du moi les représentent le plus et quel aspect du moi (positif ou négatif) s'exprime davantage. Les parents arriveront ainsi à mieux comprendre les impacts qu'ils ont sur leur enfant. Selon James (1979), cette approche permet aux parents de mieux comprendre ce qu'ils transmettent à leurs enfants et surtout de choisir des enseignements adaptés qui auront une influence positive sur ces derniers. Ainsi, l'analyse transactionnelle permet de se réapproprier un rôle parental plus adéquat. Lors de la rencontre avec les enfants, l'analyse transactionnelle est abordée différemment : on leur explique que nous avons tous plusieurs personnages en chacun de nous. Les intervenants font appel à cette approche durant la rencontre portant sur les rôles et les frontières, car ils estiment que les États du moi ont un impact sur ces deux dimensions.

Pour faciliter les apprentissages, dynamiser les rencontres et consolider les acquis, tous les thèmes sont abordés dans le cadre d'une activité préparatoire, comme des animations, des jeux, des mises en situation, des récits, des lectures, etc.

PRÉSENTATION DES GROUPES³

La première rencontre est réservée à l'accueil, aux présentations et à la création d'une dynamique de groupe. Les animateurs présentent le déroulement des sessions, les règles de fonctionnement, etc. Les cycles de l'assuétude et de la codépendance sont expliqués à la deuxième soirée. Avec le groupe des parents, on poursuit quatre objectifs : connaître la dynamique répétitive de la problématique, identifier la part émotive impliquée dans les deux cycles, comprendre la multiplicité des facteurs en cause et augmenter les stratégies de sortie de ces cycles. Avec le groupe des enfants, les objectifs consistent à expliquer le cercle vicieux de la dépendance, à amener l'enfant à comprendre que le problème appartient à la personne qui se trouve dans le cycle et à aider l'enfant à ne pas se charger du problème de son ou ses parents.

La troisième soirée est consacrée à la présentation des impacts de la problématique sur la famille, à savoir l'ambivalence, la responsabilisation des enfants, le contrôle, l'imprévisibilité, le doute et la loi du silence. Les parents sont encouragés à identifier les conséquences de leur problématique sur leurs enfants et les pistes de changement possibles. Chez les enfants, on met l'accent sur les émotions liées à la dépendance du parent.

La quatrième soirée traite de la réduction des méfaits et des solutions de rechange. Les parents sont amenés à identifier des stratégies pour réduire les méfaits de leur situation sur leurs enfants. Quant aux enfants, ils sont invités à nommer les personnes significatives de leur entourage, celles sur qui ils peuvent compter en cas de besoin, comment elles peuvent leur fournir des solutions de rechange à leurs difficultés et comment ils peuvent eux-mêmes développer des stratégies pour gérer des situations difficiles.

Les impacts de la problématique de dépendance sur les membres de la famille étant alors mieux connus, la cinquième rencontre concerne le système familial. Les principaux objectifs visent à amener les participants à mieux comprendre l'importance de chacun

des membres dans un système familial, à identifier l'interrelation entre chacun et à évaluer leur propre fonctionnement familial.

Durant la sixième soirée, on utilise l'analyse transactionnelle pour comprendre la dynamique familiale. Les objectifs poursuivis avec les parents sont les suivants : les amener à connaître les trois États du moi et ses impacts, faire des liens entre leur vécu personnel et leur vécu familial, puis découvrir chacun des États et leur utilisation appropriée. Avec les enfants, l'analyse transactionnelle est présentée par l'intermédiaire de rôles et de personnages propres à chacun de nous, les positifs comme les négatifs.

On aborde ensuite, à la septième séance, l'importance des rôles et des frontières et leur lien avec les rôles de survie. Les parents se questionnent sur les différents rôles adoptés dans leur famille. L'animatrice insiste sur l'importance des frontières personnelles, celles qui sont nécessaires au développement de notre identité. En l'absence de ces frontières personnelles, l'individu est poussé à adopter un rôle de survie (Larsen, 1998). Dans le groupe des enfants, les animatrices traitent des différents rôles existants dans une famille. Les enfants établissent les caractéristiques propres à différents rôles, tentent d'en comprendre les aspects positifs et négatifs ainsi que les conséquences qui en découlent sur eux et sur les autres.

Comme l'une des préoccupations centrales de ce programme consiste à améliorer le bien-être des enfants et des familles, il importe de mettre l'accent sur les attitudes et les rôles parentaux. La huitième rencontre est donc consacrée aux forces et aux faiblesses parentales. Les parents apprennent à connaître les différents types de parents, ils cherchent quel type se rapproche le plus de leur propre style et comment ils peuvent améliorer certaines attitudes parentales et favoriser l'estime de soi de leurs enfants. Quant au groupe d'enfants, il est orienté vers la connaissance de soi et les caractéristiques personnelles de façon à les aider à développer une estime de soi qui tienne compte de leurs forces et de leurs faiblesses.

³ Tiré de la présentation intégrale du programme. Document inédit. Rédaction : Estelle Gemme, Marlène Prévost et Suzanne Lavoie (2006).

Nous avons vu plus haut que la communication représente un facteur clé de résilience. De plus, comme la socialisation occupe une place marquante durant la période de 6 à 12 ans, la neuvième soirée est réservée à ce thème. L'animateur explique la différence entre la conversation, l'échange social, surtout basé sur des faits et des idées générales sans trop d'implication émotionnelle, et la communication, qui est un partage mutuel encourageant davantage un dévoilement de soi et des émotions ressenties. Les parents apprennent à utiliser des outils pour faciliter la communication avec leur enfant et à connaître les obstacles qui nuisent à une communication efficace. Quant aux enfants, à travers le jeu des clefs de la communication (Giguère, 1997), ils apprennent des trucs pour les aider à mieux communiquer et à exprimer ce qu'ils ressentent.

Les notions de frontières et d'identité personnelle abordées lors des premières rencontres visent à susciter une réflexion sur l'intimité et les secrets. À la dixième rencontre, les deux groupes sont appelés à distinguer ces deux concepts, le premier étant lié aux frontières personnelles et le second, qui implique un

interdit de dire. Les intervenants aident ainsi les participants à comprendre les différents types de secrets et les impacts des non-dits.

Enfin, le dernier thème du programme porte sur les émotions. Les parents sont encouragés à se familiariser davantage avec leur monde émotionnel et celui de leur enfant, à voir l'impact des émotions sur les relations, et aussi à comprendre la gradation des émotions et les conséquences sur le contrôle de soi. Les enfants arrivent à mieux connaître les différentes émotions, leur complexité, leur fonction et leur utilité. Ils apprennent aussi à développer des moyens pour mieux les gérer.

Le programme se termine par une fête, qui a aussi pour fonction de dresser un bilan du cheminement des participants et de les féliciter d'avoir accepté d'y prendre part.

Le *Programme d'intervention familiale 6-12 ans* du CDC – IUD est implanté depuis 2006. Sept cohortes de parents et d'enfants en ont bénéficié jusqu'à maintenant, soit un total de 47 parents et de 52 enfants.

7. PROGRAMMES D'INTERVENTION AU QUÉBEC ET AUX ÉTATS-UNIS

Un examen préalable des services existants au Québec et aux États-Unis a permis de mieux définir le service à offrir aux enfants de parents toxicomanes. Outre les thérapies individuelles, il semble que peu de programmes d'intervention soient conçus pour ces enfants. Aux États-Unis, tout comme au Québec, les programmes d'intervention pour les familles dont un parent est toxicomane sont surtout destinés au parent dépendant. Les programmes qui portent sur la parentalité du toxicomane (surtout la mère) sont généralement centrés sur l'amélioration des habiletés et des compétences parentales, sans intégrer les enfants dans l'intervention (Luthar et Walsh, 1995; Camp et Finkelstein, 1997; Peterson, Gable et Saldana, 1996; Uziel-Miller et Yons, 2000; Moore et Finkelstein, 2001).

Cette préoccupation à l'égard des compétences parentales démontre que la majeure partie des programmes d'intervention s'adresse aux parents avant de d'atteindre les enfants. Sans minimiser la pertinence de ces interventions auprès des parents toxicomanes, on reconnaît maintenant la nécessité de créer des programmes d'intervention qui intègrent aussi les enfants. Au Québec, d'après Dobkin, Beaudoin, Paré, Daoust et Chiasson (1996), les programmes de prévention des toxicomanies conçus à la fois pour les parents et les enfants à risque sont rares.

En Outaouais, le centre Jellinek a créé le programme d'intervention, *Moi, c'est moi*, pour les enfants de 6 à 12 ans de parents toxicomanes. Basé sur l'approche bimodale, le programme est conçu en 8 sessions. Parmi les thèmes abordés, mentionnons les émotions, le sentiment de valeur personnelle, l'importance de prendre soin de soi, ou encore la dynamique familiale, c'est-à-dire les comportements, les attitudes et les rôles familiaux. Seuls les parents non-consommateurs sont admis dans les groupes.

Les thèmes abordés dans ce programme (Nadeau, McKenzie, Drolet, D'Amour, 1996) ont servi d'inspiration pour élaborer le contenu des sessions parents-enfants du Centre Dollard-Cormier – Institut universitaire sur les dépendances. Mais ces deux programmes diffèrent

cependant à trois égards. Au CDC – IUD, on offre davantage de sessions de groupe (12 au lieu de 8, afin de couvrir plus de dimensions), on cherche à recruter le parent qui entretient le plus de liens avec l'enfant, qu'il soit dépendant ou non, et la philosophie d'intervention est différente. En effet, le Centre Jellinek s'intéresse davantage à l'abstinence, alors que le CDC – IUD adopte la perspective de réduction des méfaits, qui intervient aussi sur la diminution des impacts négatifs de la consommation. Toutefois, au moment de la rédaction de ce document, il semblerait que le programme *Moi, c'est moi* ne soit plus en activité.

Aux États-Unis, le *Strengthening Families Program* est l'un des seuls programmes conçu spécifiquement pour les enfants de 6 à 12 ans de parents toxicomanes. S'adressant à la fois aux parents consommateurs et à leurs enfants, ce programme de 14 rencontres (deux heures par session) vise à augmenter les facteurs de protection des enfants, comme l'amélioration des relations familiales, des habiletés parentales et des compétences sociales des enfants. Ce programme est également orienté vers la réduction des facteurs de risque chez l'enfant, soit les problèmes comportementaux, sociaux, émotionnels et scolaires. Lors des rencontres, les parents et les enfants travaillent individuellement et se réunissent ensuite pour expérimenter leurs apprentissages. Les sessions avec les parents sont axées sur cinq objectifs : l'amélioration des habiletés et des compétences parentales (attention, renforcement positif, comportements parentaux appropriés), la communication, la résolution de problèmes, les règles et le maintien de la routine. Les rencontres avec les enfants visent d'autres objectifs : l'apprentissage de la communication, l'expression et la gestion des émotions (soit le contrôle de l'impulsivité) et des sentiments, le développement d'habiletés sociales et de résolution de problèmes, la résistance à la pression des pairs quant à la consommation, la connaissance des substances et de leurs effets et le respect des règles familiales (Kumpfer, 1997).

Il a été démontré que le *Strengthening Families Program* améliore significativement l'organisation et les relations familiales, réduit les conflits familiaux

et augmente la cohésion entre les membres de la famille. Les parents participants rapportent avoir diminué leur consommation et amélioré leur conduite parentale. Quant aux enfants, ils affirment avoir de meilleurs comportements sociaux et familiaux et avoir moins envie de consommer. Bien qu'au départ il ait été conçu pour les enfants de parents consommateurs, ce programme est aussi utilisé avec des parents non toxicomanes et d'autres populations à risque (Kumpfer, 1997). Évalué scientifiquement, il a ensuite été adapté par le CAMH (Center for Addiction and Mental Health) en Ontario avec des résultats très satisfaisants (Lebert, Lalonde Rankin et Fjeld, 2007). Ce programme est actuellement en cours d'adaptation au Québec et sera implanté au Centre Dollard-Cormier – Institut universitaire sur les dépendances (CDC – IUD), au Centre de réadaptation en dépendance Chaudières-Appalaches (CRAT-CA) et au Centre de réadaptation Ubalde-Villeneuve (CRUV).

Certaines dimensions et modalités d'application de ce programme s'apparentent à celles du programme du CDC – IUD. Ainsi, les thèmes suivants sont communs aux deux programmes : les compétences parentales, la communication, les règles, la discipline (avec le groupe de parents), la maîtrise de soi, l'expression des émotions, le développement de stratégies de communication et de résolution de problèmes. Néanmoins, si certains thèmes sont similaires, la façon de les aborder peut différer. Par exemple, le thème sur les habiletés sociales et la communication est traité de façon trop «étapiste» par le programme américain aux yeux des intervenants du CDC – IUD, qui préfèrent traiter ces deux concepts plus globalement. De même, pour ce qui est de la présentation des différents psychotropes aux enfants, les intervenants ne souhaitent pas aller dans le détail. Ils insistent plutôt sur les impacts de la dépendance sur la famille. Très peu d'information est donc fournie aux enfants, à moins qu'ils ne le demandent, contrairement au *Strengthening Families Program*, qui consacre une rencontre entière aux substances et à leurs effets. Le projet 6-12 ans aborde la consommation plutôt sous l'angle du cycle de la dépendance.

De plus, certains éléments conceptuels distinguent les deux programmes. Le programme américain présente des éléments qui ne correspondent pas tout à fait à

la réalité culturelle, idéologique et clinique préconisée par le CDC – IUD. Le *Strengthening Families Program* est un programme de prévention tandis que le programme 6-12 ans du CDC – IUD est un programme de réadaptation. Le premier vise à prévenir l'apparition de comportements inadéquats chez l'enfant (comme la consommation), tandis que le second cherche à réduire les impacts négatifs liés à une problématique déjà présente (par exemple, la diminution de la souffrance liée à la toxicomanie du parent). La réadaptation en contexte de dépendance représente un processus grâce auquel une personne gagne un pouvoir d'action sur sa réalité et peut agir sur elle-même sans consommer de substances psychoactives. À cet égard, un des grands principes directeurs consiste à chercher à comprendre la relation d'un individu avec les substances consommées ainsi que les facteurs qui l'ont amené à une dépendance. Au cours du traitement, la démarche de réadaptation consiste alors à aider la personne à s'affranchir, à tout le moins partiellement, de sa dépendance et à réduire les méfaits occasionnés par la toxicomanie.

Compte tenu de sa philosophie d'intervention, le CDC – IUD s'intéresse davantage à la notion de souffrance que le programme américain. Le *Strengthening Families Program*, d'orientation cognitivo-behaviorale, est centré sur le changement de comportements, l'apprentissage d'habiletés sociales, le *modeling*, les renforcements et les récompenses, en plus d'endosser une philosophie d'abstinence. Le programme 6-12 ans du CDC – IUD, quant à lui, privilégie l'approche systémique, humaniste et psychodynamique, où l'on ne cherche pas d'abord à réduire les mauvais comportements, mais plutôt à diminuer la souffrance entourant la consommation. Ces objectifs s'inscrivent dans une perspective de réduction des méfaits.

Les conceptrices du *Programme d'intervention familiale 6-12 ans* estiment que le *Strengthening Families Program* insiste beaucoup sur le développement des habiletés parentales, mais s'intéresse trop peu à la problématique de la dépendance et à ses impacts sur le rôle de parent. À leur avis, le programme américain responsabilise trop les enfants, par exemple en leur donnant des devoirs après chacune des rencontres, ce qui n'est pas le cas dans le programme 6-12 ans où seuls les parents en reçoivent. Ce choix se justifie

par le fait que le problème de toxicomanie appartient aux parents. De plus, les intervenants désirent renforcer l'aspect ludique des groupes et considèrent que les enfants ont suffisamment de devoirs à l'école et ne souhaitent pas les surcharger. Les enfants n'ont que de petites activités à faire.

Par ailleurs, d'autres programmes d'intervention québécois, non conçus au départ pour la toxicomanie, ont servi à élaborer le contenu des rencontres du *Programme d'intervention familiale 6-12 ans* du CDC – IUD. Par exemple, deux exercices du projet *Famille d'aujourd'hui* du CLSC de Montréal-Nord (Giguère, 1997), un programme d'intervention psychosociale destiné aux enfants des troisième et quatrième années du primaire, ont été intégrés dans le projet 6-12 ans, soit *Les cartes sentiments* (expression des émotions) et *Les clefs de la communication* (favoriser les échanges parent-enfant). De plus, le guide d'intervention de groupe du CLSC Sainte-Foy-Sillery Laurentien (*Ensemble... on découvre*, Côté, Delisle, Le May, 2004), développé au départ à l'hôpital Jean-Talon de Montréal et conçu pour les enfants et les mères exposés à la violence conjugale, a servi de référence pour une activité.

Comme nous venons de le voir, le programme d'aide bimodale élaboré par le Centre Dollard-Cormier – Institut universitaire sur les dépendances semble tout à fait indiqué pour répondre à la fois aux besoins manifestes des enfants âgés entre 6 et 12 ans et à ceux de leurs parents dépendants. L'intervention de

groupe permet d'encadrer, de soutenir et d'outiller les enfants face à leurs difficultés tout en offrant de l'aide aux parents afin de les rendre plus sensibles et réceptifs à la réalité de leurs enfants. Cette démarche permet de consolider les acquis des enfants et des parents, de diminuer les risques de négligence parentale et de prévenir la transmission intergénérationnelle de la toxicomanie.

L'utilité et la pertinence de ce programme novateur sont d'autant plus manifestes que les services dédiés aux enfants de 6-12 ans de parents toxicomanes sont quasi-inexistants au Québec. Les résultats observés depuis le début de l'implantation du *Programme d'intervention familiale 6-12 ans* au CDC – IUD, en 2006, semblent satisfaisants. Une étude d'évaluation du programme doit d'ailleurs débiter sous peu.

De plus, le ministère de la Santé et des Services sociaux a reconnu qu'il s'agit d'une approche novatrice. À cet effet, dans le cadre de la stratégie d'action jeunesse 2009-2014 et de l'actualisation de l'Offre de service 2007-2012 – Programme-services Dépendances, le MSSS a invité les centres de réadaptation en dépendance du Québec qui désiraient implanter ce programme à soumettre leur candidature. Trois centres ont été retenus et seront soutenus dans le déploiement de ce programme. Il s'agit du Centre Domrémy / Mauricie-Centre-du-Québec (Mauricie), du Centre Le Virage (Montérégie) et du Centre Le Maillon (Laval).

8. CONCLUSION

Le présent texte avait pour objectif premier d'exposer avec précision les enjeux relatifs à la toxicomanie parentale sur le développement des enfants de 6 à 12 ans. Il a de plus permis de décrire comment certains programmes d'intervention, notamment celui du Centre Dollard-Cormier – Institut universitaire sur les dépendances (CDC – IUD), peuvent être articulés pour soutenir ces enfants et leurs parents.

Comme nous l'avons souligné, la période de 6 à 12 ans est déterminante pour le développement physique et moteur, cognitif, social et affectif des enfants. Or, certains facteurs de risque sont susceptibles de nuire à leur développement optimal. La toxicomanie des parents est considérée comme l'un des facteurs de risque les plus importants (Mayer et al., 2005). En effet, certains enfants de parents toxicomanes ne peuvent bénéficier d'un encadrement adéquat et certains besoins non comblés risquent de laisser des séquelles importantes. Selon la nature des lacunes parentales, les enfants peuvent éprouver des difficultés relationnelles, des problèmes d'attachement, d'estime de soi, d'apprentissage, etc.

Au Québec, les services conçus spécifiquement pour soutenir les parents toxicomanes dans leurs pratiques parentales, et qui y intègrent les enfants, en sont encore au stade embryonnaire. C'est pourquoi le CDC – IUD a développé un nouveau programme à l'intention des enfants de 6 à 12 ans et de leurs parents dépendants. Ce programme bimodal se distingue à plusieurs égards : les groupes de parents et ceux des enfants se déroulent en parallèle et simultanément, on y aborde des thèmes similaires, et des retours collectifs permettent de mettre en commun leurs acquis respectifs.

En somme, le *Programme d'intervention familiale 6-12 ans* nous rappelle l'importance de travailler en amont des difficultés qui peuvent survenir au sein des familles où la toxicomanie parentale est présente. Cette approche contribue à réduire les risques que les enfants ne se retrouvent, à leur tour et très jeunes, dans les services destinés aux personnes dépendantes.

Les programmes d'intervention de type bimodal ayant déjà fait leurs preuves, il importe de pouvoir continuer à les développer, à les évaluer et à les offrir le plus largement possible aux enfants et à leurs parents aux prises avec une dépendance.

Anaut, M. et Pedinielli, J.-L. (2008). *La résilience : Surmonter les traumatismes*. (2^e éd.), Paris : Nathan.

Amiguet, O. et Julier, C. (1996). *L'intervention systémique dans le travail social. Repères épistémologiques, éthiques et méthodologiques*. Genève : IES. Chapitre : Les théories sur lesquelles se fonde l'approche systémique.

Azzi-Lessing, L. et Olsen, L.J. (1996). Substance abuse-affected families in the child welfare system: New challenges, new alliances. *Social Work*, 41 (1), 15-23.

Barnard, M. (2007). *Drug Addiction and Families*. London: Jessica Kingsley Publishers.

Barnard, M. et Barlow, J. (2003). Discovering parental drug dependence: silence and disclosure, *Children and Society*, 17, 45-56.

Barnard, M.A. et McKeganey, N.P. (2004). The impact of parental problem use on children: what is the problem and what is being done to help? *Addiction*, 99 (5), 552-559.

Baumrind, D. (1991). The influence of Parenting Style on Adolescent Competence and Substance Use. *Journal of Early Adolescence*, 11(1), 56-95.

Beattie, M. (1992). *Vaincre la codépendance*. Montréal : Éditions Sciences et Culture.

Botvin, G., Griffin, K.W., Paul, E. et Macaulay, A.P. (2003). Preventing tobacco and alcohol use among elementary school students through Life Skills Training, *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse*, 12 (4), 1-18.

Bouchar, L., De Rancourt-Pilotte, L., Desjardins, L., Gauthier, L., Paquette, F. et Rainville, S. (2003). *Guide d'évaluation des capacités parentales : adaptation du guide de Steinhauer*. Centre jeunesse de Montréal.

Camp, J. M. et Finkelstein, N. (1997). Parenting Training for Women in Residential Substance Abuse Treatment. Results of a Demonstration project. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 14(5), 411-422.

Chamberland, C., Léveillé, S. et Trocmé, N. (2007). *Enfants à protéger – Parents à aider : des univers à rapprocher*. Québec : Presses de l'Université du Québec, 398 p.

Chayer Gélinau, P. et Moreau, F. (1998). *Guérir d'un parent alcoolique*. Québec : Novalis.

Clément, M.E. et Tourigny, M. (1999). *Négligence envers les enfants et toxicomanie des parents : portrait d'une double problématique*. Comité permanent de lutte à la toxicomanie, Montréal.

Comité d'experts sur la révision de la Loi sur la protection de la jeunesse (2004). *La protection des enfants au Québec : une responsabilité à mieux partager*. Direction générale des services à la population du ministère de la Santé et des Services sociaux. Document en ligne : <http://www.msss.gouv.qc.ca>.

Conners, N.A., Bradley, R.H., Mansell, L.W., Liu, J. Y., Roberts, T. J., Burgdorf, K. et Herrell, J.M. (2004). Children of Mothers with Serious Substance Abuse Problems: An Accumulation of Risks. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 30(1), 85-100.

Conwell, L., O'Callaghan, M.J., Anderson, M.J., Najman, J.M., Bor, W. et William, G.M. (2003). Early adolescence smoking and a web of personal and social disadvantage. *Journal of paediatrics and child health*, 39 (8), 580-585.

Côté, I., Delisle, R. et Le May, F. (2004). *Ensemble... on découvre. Guide d'intervention de groupe auprès des enfants exposés à la violence conjugale et de leurs mères*. CLSC de Sainte-Foy-Sillery Laurentien.

Coyer, S. (2003). Women in recovery discuss parenting while addicted to cocaine. *American Journal of Maternal Child Nursing*, 18 (1), 45-49.

Cyrulnik, B. (1999). *Un merveilleux malheur*. Paris : Odile Jacob.

Davreux, M., Dupré, S., St-Maurice, M., Thomassin, A., Allard, J. et Normandeau, S. (2005). *Bilan d'évaluation de la démarche d'implantation expérimentale de « Ces années incroyables »*, Centre jeunesse de Montréal-Institut universitaire.

De Lassus, R. (1991). *L'analyse transactionnelle*. Paris : Marabout.

Dobkin, L.P., Beaudoin, J., Paré, R., Daoust, R. et Chiasson, J.P. (1996). *Intervention familiale pour les enfants de parents toxicomanes*. Rapport de recherche présenté au Conseil québécois de la recherche sociale et au Secrétariat à la famille.

Donohue, B., Romero, V. et Hill, H.H. (2006). Treatment of co-occurring child maltreatment and substance abuse. *Agression and Violent Behavior*, 11, 626-640.

Dube, S.R., Anda, R.F., Felitti, V.J., Croft, J.B., Edwards, V.J. et Giles, W.H. (2001). Growing up with parental alcohol abuse: exposure to childhood abuse, neglect, and household dysfunction. *Child Abuse & Neglect*, 25:1627-1640.

Duclos, G., Laporte, D. et Ross, J. (1994). *Les besoins et les défis des enfants de 6 à 12 ans. Vivre en harmonie avec des apprentis sorciers*. Les éditions Héritages inc.

Dunn, M. G., Tarter, R. E., Mezzich, A. C., Vanyukov, M., Kirisci, L. et Kirillova, G. (2002). Origins and consequences of child neglect in substance abuse families. *Clinical Psychology Review*, 22, 1063-1090.

Educ'Alcool (2009). *Alcool et santé. Les effets de la consommation précoce d'alcool. Causes et conséquences de la surconsommation à l'adolescence*. Document en ligne : <http://www.educalcool.qc.ca>

Eiden, R.D., Leonard, K.E., Hoyle, R.H. et Chavez, F. (2004). A transactional model of parent-infant interactions in alcoholic families. *Psychological Addiction Behavior*, 18 (4), 350-361.

Fergusson, D.M. et Horwood, J.L. (2003). *Resilience to Childhood Adversity. Results of a 21-Year Study*. Dans Luthar, S.S. (2003). *Resilience and Vulnerability: Adaptation in the Context of Childhood Adversities*. New York, NY: Cambridge University Press.

Finnegan, L.P. (1994). Perinatal Morbidity and Mortality in Substance Using Families: Effects and Intervention Strategies. *Bulletin of Narcotics*, 46 (1), 19-43.

Forrester, D. et Harwin, J. (2006). Parental substance misuse and child care social work: findings from the first stage of a study of 100 families. *Child and Family Social Work*, 11, 325-335.

Giguère, R. (1997). *Les Familles d'aujourd'hui. Programme d'intervention psychosociale destiné aux enfants des 3^e et 4^e année du cycle élémentaire*. CLSC de Montréal-Nord.

Guyon, L., De Koninck, M., Morissette, P. et Chayer, L. (1998). *Toxicomanie et maternité : un projet possible. Une synthèse des connaissances actuelles*. Comité permanent de lutte à la toxicomanie, Montréal.

Halle, T. (1999). Implicit theories of social interactions: Children's reasoning about the relative importance of gender and friendship in social partner choice. *Merrill-Palmer Quartely*, 45, 445-467.

Hans, S.L. (2000). *Parenting and Parent-Child Relationships in Families Affected by Substance Abuse*. Dans Fitzgerald, Lester et Zuckerman. *Children of Addiction. Research, Health and Public Policy Issues*. London: RoutledgeFalmer.

Hogan, D. M. (2003). Parenting beliefs and practices of opiate-addicted parents: concealment and taboo. *European Addiction Research*, 9(3), 113-119.

Hogan, D. et Higgins, L. (2001). *When Parents Use Drugs: Key Findings from a Study of Children in the Care of Drug Using Parents*. Dublin: Children's Research Centre, Trinity College, Dublin.

Institut de la statistique du Québec, 2000.

James, M. (1979). *Le nouveau jeu des familles*. Paris : Interéditions.

Kaplan, S.J., Pelcovitz, D. et Labruna, V. (1999). Child and adolescent abuse and Neglect research: a review of the past 10 years. Part I: physical and emotional abuse and neglect. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38 (10), 1214-1222.

Kelly, S.J. (1992). Parenting stress and child maltreatment in drug-exposed children. *Child Abuse and Neglect*, 16, 317-328.

Kroll, B. (2004). Living with an elephant: growing up with parental substance misuse. *Child and Family Social Work*, 9, 129-140.

Kroll, B. (2007). A family affair? Kinship care and parental substance misuse: some dilemmas explored. *Child and Family Social Work*, 12, 84-93.

Kroll, B. et Taylor, A. (2003). *Parental Substance Misuse and Child Welfare*. London: Jessica Kingsley Publishers.

Kumpfer, K.L. (1997). *Strengthening Families Program*. Document en ligne : http://strengtheningfamilies.org/html/model_programs_1997/mfp_pg34.html

Kumpfer, K.L. et Bluth, B. (2004). Parent-child transactional processes predictive of resilience or vulnerability to « substance abuse disorders ». *Substance Use and Misuse*, 39 (5), 671-698.

Laporte D., et Sévigny L. (2004). *L'estime de soi des 6 à 12 ans*. Montréal : Éditions de l'Hôpital Sainte-Justine.

Larsen, E. (1998). *Tirer profit de son passé familial*. Montréal : Éditions Sciences et Culture.

Lebert, C., Lalonde Rankin, S. et Fjeld, J. (2007). *A Family Approach to Reducing Risk and Enhancing Protective Factors: The Strengthening Families for the Future Program*. Conférence présentée au colloque « Issues of Substance: Canadian Center on Substance Abuse National Conference », Edmonton, Alberta.

Lecompte, J., Perreault, E., Venne, M. et Lavandier, K.-A. (2002). *Impacts de la toxicomanie maternelle sur le développement de l'enfant et portrait des services existants au Québec*. Comité permanent de lutte à la toxicomanie, Montréal.

Lejeune, C., Floch-Tudal, C., Montmat, S. et al. (1997a). Prise en charge des femmes enceintes toxicomanes et de leurs enfants. *Archives Pédiatriques*, 4, 263-270.

Lemay, M. (2001). *Famille, qu'apportes-tu à l'enfant ?* Montréal : Éditions de l'Hôpital Sainte-Justine.

Lewis, S., Klee, H. et Jackson, M. (1995). Illicit Drug User's Experience of Pregnancy: An Exploratory Study. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 13 (3-4), 219-227.

Luthar, S.S., Cicchetti, D. et Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*, 71(3), 543-562.

Luthar, S.S. et Walsh, K. G. (1995). Treatment Needs of Drug-Addicted Mothers: Integrated Parenting Psychotherapy Interventions. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 12(5), 341-348.

Magura, S. et Laudet, A.B. (1996). Parental substance abuse and child maltreatment: Review and implications for intervention. *Children and Youth Services Review*, 18, 139-162.

Masten A.S., Best, K.M. et Garmezy, N. (1990). Resilience and development: Contributions from the study of children who overcome adversity. *Development and Psychopathology*, 2 (4), 425-444.

Mayers, L.C. et Bornstein, M.H. (1995). *Developmental dilemmas for cocaine-abusing parents and their children*. (p. 251-272). Dans Lewis, M. et Bendersky, M. (Eds). *The role of toxins in development in mothers, babies and cocaine*. Hillsdale: Erlbaum, N.J.

Mayer, M., Lavergne, C., Guyon, L., Gemme, E., Trocmé, N. et Girard, M. (2005). *Toxicomanie parentale et négligence envers les enfants. Les révélations de l'Étude d'incidence québécoise (ÉIQ)*. Dans Guyon, L., Brochu, S., Landry, M. *Les jeunes et les drogues. Usages et dépendances*. Les Presses de l'Université Laval, 69-106.

Mayer-Renaud, M. (1993). *La problématique de la négligence à l'égard des enfants : Une synthèse des causes et des conséquences*, Montréal : C.S.S.M.

Meschke, L.L. et Patterson, J. M. (2003). *Resilience as a Theoretical Basis for Substance Abuse Prevention*. *The Journal of Primary Prevention*, 23 (4), 483-514.

Michel, G. et Purper-Ouakil, D. (2006). *Personnalité et développement. Du normal au pathologique*. Paris : Dunod.

Moe, J., Johnson, J.L. et Wade, W. (2007). Resilience in Children of Substance Users: In Their Own Words. *Substance Use and Misuse*, 42, 381-398.

Moon, D.G., Hecht, M.L., Jackson, K.M. et Spellers, R.E. (1999). Ethnic and gender differences and similarities in adolescent drug use and refusals of drug offers. *Substance Use and Misuse*, 34 (8), 1059-1083.

Moore, J. et Finkelstein, N. (2001). Parenting Services for Families Affected by Substance Abuse. *Child Welfare*, 80 (2), 221-238.

Moss, H.B., Baron, D.A., Hardie, T.L. et Vanyukov, M.M. (2001). Preadolescent children of substance-dependant fathers with antisocial personality disorders: psychiatric disorders and problem behaviors. *American Journal of Addiction*, 10 (3), 269-278.

Nadeau, L., McKenzie, L., Drolet, A. et D'Amour, H.J. (1996). *Moi, c'est moi. Cahier d'accompagnement dans le cheminement des parents alcooliques ou toxicomanes*. Fondation Jellinek, Hull.

Nadeau, M. (1998). « 40 jeux de relaxation ». Montréal : Éditions Québecor.

National Institute on Drug Abuse (2003). *Preventing Drug Use among Children and Adolescents. A Research-Based Guide for Parents, Educators, and Community Leaders*, Second Edition, NIH Publication.

Peele, S. (2000). *Le cycle de l'assuétude*. Document en ligne : <http://www.geocities.com/toxicomanie2000/cycle.html>.

Peterson, L. Gable, S. et Saldana, L. (1996). Treatment of Maternal Addictions to Prevent Child Abuse and Neglect. *Addictive Behaviors*, 21(6), 789-801.

Pool, N. et Dell, C.A. (2005). *Girls, women and substance use*. Ottawa: Canadian Centre on Substance Abuse & BC Center for Excellence for Women's Health.

Poon, E., Ellis, D.A., Fitzgerald, H.E. et Zucker, R.A. (2000). Intellectual, Cognitive, and Academic Among Sons of Alcoholics during the Performance Early School Years: Differences Related to Subtypes of Familial Alcoholism. *Alcoholism: clinical and experimental research*, 24(7) : 1020-1027.

Rogosch, F.A., Cicchetti, D., Shields, A. et Toth, S. L. (1995). *Parenting Dysfunction in Child Maltreatment*. Dans Bornstein, M.H. (ed.), *Handbook of Parenting, vol. 4 : Applied and Practical Parenting*, New Jersey : Lawrence Erlbaum Associates publishers, 127-144.

Rutter, M. (1993). Resilience: Some Conceptual Considerations. *Journal of Adolescent Health*, 14(8), 626-631.

Sedlak, A.J. et Broadhurst, D.D. (1996). *Third national incidence study of child abuse and neglect*. Washington D.C. Department of Health and Human Services, National Center on Child Abuse and Neglect.

Semidei, J., Radel, L.F. et Nolan, C. (2001). Substance Abuse and Child Welfare : Clear Linkages and Promising Responses. *Child Welfare*, 80 (2), 109-128.

Sigelman, K. C et Rider, E.A. (2009). *Life-Span Human Development*. Sixth Edition. Belmont: Wadsworth Cengage Learning.

Stein, J.A., Ridel, M. et Rotheram-Borus, M.J. (1999). Parentification and its Impact on Adolescent Children of Parents with AIDS. *Family Process*, 38, 193-208.

Steiner, C. (2004). *Le conte chaud et doux des chaudoudoux*. France : Interéditions.

Steinglass, P. (2009). Systemic-motivational therapy for substance abuse disorders : an integrative model. *Journal of Family Therapy*, 31 : 155-174.

St-Yves, A. (1992). *Perturbations familiales et analyse transactionnelle thérapeutique*. Presses de l'Université du Québec.

Taylor, A. et Kroll, B. (2004). Working with parental substance misuse : dilemmas for practice. *British Journal of Social Work*, 38(5), 843-864.

Trautner, H.M., Ruble, D.N., Cyphers, L., Kirsten, B., Behrendt, R. et Hartman, P. (2005). Rigidity and flexibility of gender stereotypes in childhood: Developmental or differential? *Infant and Child Development*, 14, 365-381.

Tremblay, R.E., Pagani-Kurtz, L., Vitaro, F., Mâsse, L.C. 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.

Thomassin, A. (2004). *Les principales caractéristiques développementales des enfants âgés de 6 à 11 ans*. Centre jeunesse de Montréal, Institut universitaire.

Turiel, E. (2006). *The development of morality*. Dans N. Eisenberg, *Handbook of child psychology: vol. 3. Social, emotional and personality development* (6th ed.). Hoboken: Wiley.

Uziel-Miller, N.D. et Lyons, J.S. (2000). Specialized substance abuse treatment for women and their children : An analysis of program design. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 19, 355-367.

Valleau, M.P., Bergner, R.M. et Horton, C.B. (1995). Parentification and Caretaker Syndrome: an Empirical Investigation. *Family Therapy*, 22 (3), 158-164.

Vaz-Serra, A., Canavarro, M.C. et Ramalheira, C. (1998). The importance of family context in alcoholism. *Alcohol et Alcoholism*, 33 (1), 37-41.

Vitaro, F., Assaad, J.M. et Carbonneau, R. (2004). *Les enfants de parents affectés d'une dépendance : Bilan des connaissances et leçons pour l'intervention*. Montréal : Comité permanent de lutte à la toxicomanie.

Wong, M.M., Zucker, R.A., Puttler, L., Jester, J.M., Glass, J.M., Adams, K., Nigg, J.T. et Fitzgerald, H.E. (2006). Behavioral Control and Resiliency in the Onset of Alcohol and Illicit Drug Use: A Prospective Study From Preschool to Adolescence. *Child Development*, 77 (4), 1016-1033.



CENTRE DOLLARD-CORMIER
Institut universitaire sur les dépendances



Agréé par le
 **CONSEIL QUÉBÉCOIS
D'AGRÈMENT**

Affilié à
Université 
de Montréal

 **UNIVERSITÉ DE
SHERBROOKE**