

LES ENFANTS RÉSILIENTS DE PARENTS AFFECTÉS D'UNE DÉPENDANCE

**À L'ORIGINE PUBLIÉ EN MAI 2004 PAR LE
COMITÉ PERMANENT DE LUTTE À LA TOXICOMANIE
COMME DEUXIÈME PARTIE DE:**

**<< LES ENFANTS DE PARENTS AFFECTÉS
D'UNE DÉPENDANCE :**

**Bilan des connaissances et
leçons pour l'intervention>>**

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	3
La résilience : un concept spécifique avec des implications méthodologiques particulières	4
ASPECT HISTORIQUE	4
ASPECTS CONCEPTUELS	4
ASPECTS MÉTHODOLOGIQUES	7
LES ENFANTS RÉSILIENTS DE PARENTS ALCOOLIQUES	9
LES ENFANTS RÉSILIENTS DE PARENTS TOXICOMANES	13
LES ENFANTS RÉSILIENTS DE PARENTS PATHOLOGIQUEMENT ACCOUTUMÉS AU JEU	16
Leçons pour la prévention et le traitement des enfants de parents aux prises avec une dépendance	18
FACTEURS SPÉCIFIQUES DE RÉSILIENCE CHEZ LES ENFANTS DE PARENTS ALCOOLIQUES ET DE PARENTS TOXICOMANES	18
FACTEURS GÉNÉRIQUES DE RÉSILIENCE	20
Retombées sur la prévention et les politiques sociales	23
CIBLES ET STRATÉGIES EFFICACES D'INTERVENTION PRÉVENTIVE	23
EXPÉRIENCES SPÉCIFIQUES DE PRÉVENTION AUPRÈS D'ENFANTS DE PARENTS ALCOOLIQUES ET D'ENFANTS DE PARENTS TOXICOMANES	24
Conclusions et recommandations	28
PAR RAPPORT À LA RECHERCHE	28
ASPECTS MÉTHODOLOGIQUES	28
PLUSIEURS NIVEAUX D'ANALYSE	29
PAR RAPPORT À L'INTERVENTION	30
Liste de référence	33

Le texte de ce document a été pris *in extenso* dans le document publié par le CPLT.

Introduction

Le présent document intitulé « Les enfants résilients de parents affectés d'une dépendance », a d'abord été publié à titre de deuxième partie du rapport intitulé « Les enfants de parents affectés d'une dépendance : bilan des connaissances et leçons pour l'intervention » par le Comité permanent de lutte à la toxicomanie (CPLT) du Québec. Ce texte a été rédigé par trois experts dans le domaine : Frank Vitaro, Ph.D., de l'Université de Montréal, Jean-Marc Assaad, Ph.D., de l'Université McGill, et René Carbonneau, Ph.D., de l'Université de Montréal.

Étant donné le manque de vision claire de la notion de résilience et le manque de sensibilisation aux connaissances actuelles, y compris aux programmes de promotion et d'intervention et aux activités de recherche, le Bureau de la recherche et de la surveillance du Programme de la stratégie antidrogue et des substances contrôlées de Santé Canada, croit qu'il est important de partager cette information avec tous les Canadiens. C'est pourquoi Santé Canada a conclu une entente avec le CPLT pour traduire ce document afin qu'il soit diffusé dans les deux langues officielles. Le Bureau de la recherche et de la surveillance aimerait remercier les auteurs et le CPLT de lui avoir donné l'occasion de publier leur travail dans les deux langues officielles et tient à les féliciter de leur excellent travail.

Jusqu'à tout récemment, de nombreuses études sur les enfants d'un parent ou de parents ayant une dépendance étaient fortement axées sur les difficultés et les problèmes auxquels sont confrontés ces enfants au cours de leur développement jusqu'à l'âge adulte. Les méthodes actuelles d'intervention et de prévention sont en grande partie axées sur les facteurs de risque et les comportements problématiques. Dans ce document, cependant, les auteurs présentent et examinent des études (de 1981 à 2003) qui portent principalement sur les facteurs et les comportements positifs, ce qui ouvre à ces enfants un avenir plus prometteur.

En examinant les études présentées dans le document sur « les enfants de parents affectés d'une dépendance », les auteurs font ressortir les caractéristiques et les expériences qui semblent favoriser une adaptation réussie à la société, malgré des circonstances personnelles et socio-économiques difficiles qui ont souvent un lien avec l'alcoolisme, la dépendance aux drogues ou le jeu pathologique des parents. Les études portent sur des enfants de divers milieux socio-économiques et groupes d'âge. Les auteurs analysent les études sur la résilience chez ces enfants dans le contexte des facteurs de modération, de compensation et de risque.

De plus, ils discutent des forces et des faiblesses de leur conception et de leurs conclusions. Les auteurs comparent aussi les similitudes et les différences entre les études, montrant ainsi quelles études et conclusions corroborent ou contredisent les autres. En outre, les auteurs traitent des programmes et des stratégies d'intervention déjà en place et formulent des recommandations en prévision des recherches et de l'élaboration de politiques à venir.

La résilience : un concept spécifique avec des implications méthodologiques particulières

Avant d'aborder spécifiquement les études sur les enfants résilients de parents affectés d'une dépendance, voici, sous trois aspects, quelques éléments relatifs à la notion de résilience.

ASPECT HISTORIQUE

Le terme « résilience » est emprunté aux sciences physiques : il renvoie à la propriété de retrouver sa forme initiale après avoir subi une déformation résultant d'un stress. Transposé dans le domaine du développement humain, la résilience indique chez des individus la victoire de leurs processus d'adaptation sur d'éventuels déséquilibres résultant d'expériences plus ou moins traumatisantes (Masten, 2001). Le concept de résilience émane surtout de la grande variabilité des capacités d'adaptation personnelle et sociale observées dans des circonstances apparemment d'égale dangerosité.

La majorité des études menées auprès d'enfants issus de parents alcooliques ou toxicomanes ont porté sur leurs problèmes d'adaptation et sur les mécanismes de transmission intergénérationnelle. Toutefois, durant les années '70, certains chercheurs se sont penchés sur l'adaptation réussie de groupes d'individus exposés à divers facteurs de risque, ce qui a lancé l'intérêt pour ce qu'on appelait alors l'invulnérabilité (Anthony, 1974 ; Garmezy, 1974 ; Rutter, 1979 ; Werner et Smith, 1982). Puisque personne n'est totalement invulnérable au stress ni aux événements éventuellement difficiles de sa vie et que le phénomène examiné englobe aussi bien les personnes qui assument le stress après coup et celles qui n'en sont nullement marquées, Garmezy (1991) a préféré le terme « résilience ».

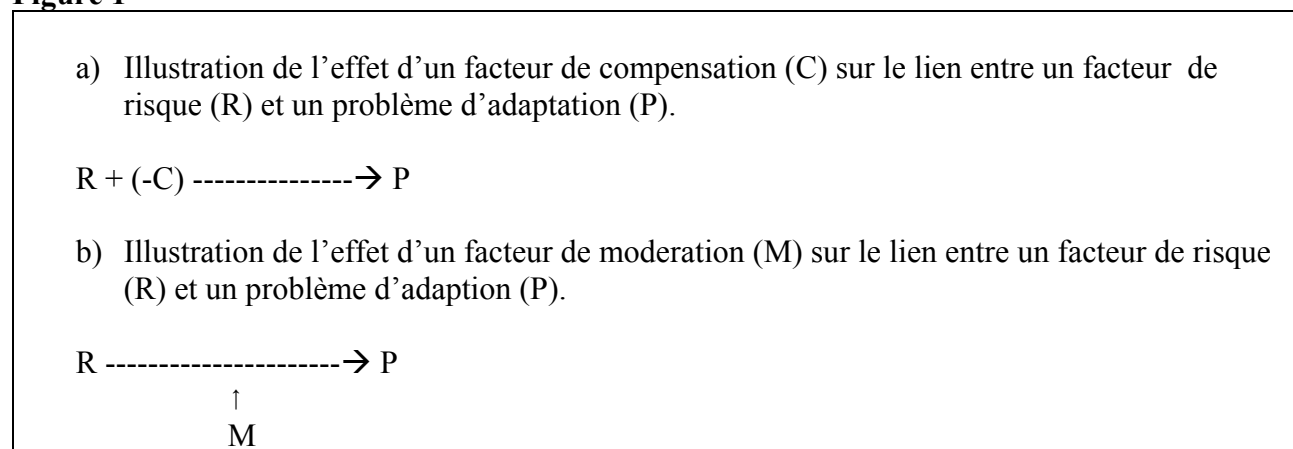
ASPECTS CONCEPTUELS

Même si les enfants de parents alcooliques ou toxicomanes sont davantage susceptibles d'achopper à divers problèmes d'adaptation, une proportion importante, parfois la majorité dépendamment des définitions utilisées et de l'âge des enfants, semble présenter un développement normal. Ces enfants, dits résilients, correspondent aux cas positifs tenus pour non valides dans les études épidémiologiques. Ces cas jouent en défaveur de liens prédictifs entre les problèmes de dépendance des parents et les problèmes concomitants ou ultérieurs de leurs enfants. Considérés comme des éléments nuisibles aux études de prédiction, ces sujets sont ignorés de quiconque cherche à identifier les facteurs de risque à l'origine des problèmes d'adaptation. Quelques chercheurs, toutefois, ont reconnu l'importance des enfants dits résilients qui ont le mérite de nous renseigner sur d'éventuels mécanismes protecteurs à teneur préventive.

Selon certains, la résilience de ces enfants résulterait de caractéristiques personnelles qui atténuent l'effet néfaste de la dépendance parentale sur leurs processus d'adaptation, ce qui recoupe la notion d'effet modérateur. On appellera plutôt « facteurs de protection » les caractéristiques environnementales qui exercent également un effet modérateur (Sher, 1993). Les facteurs de

résilience et les facteurs de protection correspondent également à la catégorie des facteurs dits modérateurs en ce sens qu'ils affaiblissent la relation de cause à effet entre un facteur de risque (ici la dépendance parentale) et certaines conséquences néfastes (ici des problèmes d'adaptation chez l'enfant) (Baron et Kenny, 1986). À noter qu'un facteur modérateur pourrait aussi bien exacerber cette relation de cause à effet mais il s'agirait plutôt alors d'un facteur de vulnérabilité. De même, un facteur de résilience ou de protection pourrait, à la rigueur, bloquer complètement l'effet néfaste d'un facteur de risque. On parle alors d'amortissement (*buffer*). Les facteurs de résilience ou de protection sont souvent confondus avec les facteurs de compensation qui exercent un effet dominant contraire à celui des facteurs de risque. La figure 1 illustre le rôle respectif d'un facteur de modulation et d'un facteur de compensation par rapport au lien entre facteur de risque et conséquence néfaste.

Figure 1



Suivant la figure précédente, un facteur de compensation¹, c'est-à-dire une caractéristique personnelle ou une expérience sociale, exerce un effet dominant contraire à celui d'un facteur de risque. Par addition (ou, dans le cas présent, par soustraction), tel facteur de compensation empêche tel facteur de risque d'entraîner le problème d'adaptation P selon la probabilité attendue, la gravité pressentie, la précocité ou même la chronicité prévisibles. Un facteur de compensation contribue à augmenter le bien-être chez les individus qui sont exposés à un facteur de risque, mais aussi chez ceux qui ne sont exposés à aucun risque. Quant à l'effet d'un facteur modérateur, il relève davantage de la multiplication, et il se manifeste par une interaction significative (au plan statistique) entre le facteur de risque et le présumé facteur modérateur (par exemple R x M). Il n'est pas nécessaire que M exerce un effet qui lui serait propre. Il n'a qu'à moduler, par multiplication, le lien entre le facteur de risque R et le problème éventuel. Par conséquent, il ne peut pas être question de facteur de résilience ou de protection en l'absence de facteurs de risque puisqu'il n'y aurait rien

¹ À noter qu'un facteur de compensation peut dériver d'un facteur de risque. Par exemple, les dommages cérébraux subis en bas âge à la suite d'un accident peuvent être « compensés » par l'établissement de nouveaux liens neuronaux qui, normalement, n'existeraient pas. Ces éléments de compensation, comme les éléments de résilience, devraient alors exister uniquement ou surtout chez les individus à risque ou vulnérables qui s'adaptent bien malgré leur situation désavantageuse. Toutefois, la plupart des auteurs recourent à l'expression « facteurs de compensation » pour indiquer les éléments salutaires dont disposent tous les individus et qui, chez les individus à risque ou vulnérables, contre-balaçent ou effacent (par addition ou par soustraction) les facteurs de risque ou de vulnérabilité. D'où leur adaptation réussie en dépit de facteurs de risque ou de vulnérabilité.

à modérer. L'analogie suivante sert à clarifier la distinction entre un facteur de compensation et un facteur de résilience/protection.

Imaginons un canoteur qui, face au vent, doit traverser un large plan d'eau. S'il dispose de bons muscles, il pourra « compenser » l'effet contrariant du vent et avancer. À noter que ses muscles se sont peut-être d'autant plus développés qu'il a souvent fait face au vent, mais ils peuvent aussi lui venir d'un héritage génétique. Par ailleurs, de bons muscles permettent à tout canoteur qui en dispose d'avancer plus vite quelles que soient les circonstances climatiques. Ils correspondent alors à un facteur de compensation en ce qu'ils exercent un effet dominant contraire au facteur défavorable que représenterait éventuellement le vent de face. Cet effet dominant recèle un impact général bénéfique en ce qu'il permet à quiconque en est gratifié d'avancer plus rapidement en toutes circonstances. Évidemment, les canoteurs musclés exposés au vent de face n'iront pas aussi vite que ceux qui n'y sont pas exposés, mais ils vont tout de même réussir la traversée du plan d'eau. Si leurs muscles sont exceptionnellement développés, ils pourront même rivaliser avec les canoteurs épargnés par le vent. Imaginons maintenant qu'une montagne fait obstacle au vent en faveur des canoteurs qui l'affronteraient de face, ils avanceront plus rapidement les journées de grand vent en vertu des effets de la montagne sur le vent. Mais l'effet « protecteur » de la montagne ne sert que les canoteurs qui doivent affronter un vent de face. Contrairement aux muscles bien développés, la montagne ne favorise nullement les canoteurs soumis au vent arrière ou encore en manque de vent. La montagne exerce donc un effet protecteur en modérant ou en atténuant partiellement l'effet du vent de face ou en l'annulant carrément et ce, en faveur – et en faveur seulement – des canoteurs qui affrontent le vent auquel, précisément, elle fait obstacle.

En résumé, la résilience représente un processus dynamique inhérent au développement, qui se traduit par une adaptation réussie au plan individuel en dépit de circonstances ou d'expériences de vie néfastes habituellement considérées comme des facteurs de risque en matière d'adaptation (Egeland *et al.*, 1993; Luther *et al.*, 2000; Masten, 2001). La résilience ne dépend pas exclusivement d'attributs personnels particuliers, elle renvoie également au processus interactif entre ces attributs et diverses expériences ou circonstances de la vie (Luthar, 1999; Rutter, 1987). Une telle définition comporte plusieurs implications d'ordre conceptuel et méthodologique.

Premièrement, elle exige de répertorier l'ensemble des problèmes associés aux facteurs de risque que représentent dans le contexte actuel l'alcoolisme, la toxicomanie ou le jeu pathologique des parents. Si l'on ne tenait compte que des problèmes idoines (ici alcoolisme, toxicomanie ou jeu pathologique affectant les enfants eux-mêmes), on risquerait d'attribuer la résilience à des enfants dépourvus de tels penchants, alors qu'ils peuvent présenter des déficits dans d'autres domaines, par exemple des symptômes dépressifs ou des difficultés scolaires. Or, les enfants de parents alcooliques ou toxicomanes ne risquent pas seulement de développer à leur tour des problèmes d'accoutumance ni davantage les enfants dont les parents sont marqués par une pathologie ayant trait au jeu de hasard ou d'argent.

Deuxièmement, la définition citée exige de comparer des enfants résilients à d'autres qui ne le sont pas dans un créneau de risque équivalent. Il est par conséquent indispensable d'évaluer d'abord le niveau de dépendance chez tous les parents concernés par l'étude. Il importe également de vérifier la présence ou l'absence chez ces derniers de problèmes souvent associés à la dépendance (par exemple une personnalité antisociale ou le dysfonctionnement sociofamilial). Autrement dit,

comparant des enfants de parents alcooliques ou toxicomanes résilients et non résilients, il est indispensable de maintenir constants les autres facteurs de risque auxquels sont également soumis les parents ou l'environnement sociofamilial. Sans quoi l'apparente résilience de certains enfants de parents alcooliques ou toxicomanes pourrait résulter de l'absence de certains facteurs de risque associés à l'alcoolisme ou à la toxicomanie des parents plutôt qu'à la présence de caractéristiques personnelles ou sociofamiliales protectrices ou favorables à la résilience. Il importe, en second lieu, de s'assurer que les enfants résilients et non résilients disposent des mêmes caractéristiques de vulnérabilité aux plans génétique, neuro-endocrinie, psychophysiologique, neuropsychologique ou quant au tempérament ou à la personnalité, autant de facteurs qui jouent d'une génération à l'autre sur les facultés d'adaptation. Sinon, une apparente résilience pourrait carrément résulter d'une absence de vulnérabilité au plan personnel plutôt que de caractéristiques particulières susceptibles d'amoindrir le lien entre la vulnérabilité typique dérivée de la dépendance parentale et les problèmes des rejetons qui lui sont habituellement associés. Autrement dit, sans vulnérabilité, les facteurs de résilience/protection ou même de compensation sont superflus puisque les problèmes consécutifs à l'accoutumance parentale sont peu probables.

Enfin, pour déterminer dans quelle mesure des individus exposés à quelque facteur de risque sont authentiquement résilients, ils doivent être comparés à des individus similaires bien que non exposés à un tel facteur de risque, ni à aucun autre. Cela implique qu'on ne peut déterminer clairement s'il y a résilience, ni identifier d'éventuels facteurs de résilience ou de protection, sans comparer les sujets examinés à d'autres pairs non exposés au facteur de risque mais appariés quant aux variables sociodémographiques habituelles. Idéalement, on devrait finalement comparer les enfants de parents alcooliques, toxicomanes ou joueurs pathologiques à des enfants exposés à des facteurs de risque autres que l'alcoolisme, la toxicomanie ou le jeu pathologique des parents pour déterminer jusqu'à quel point les facteurs de résilience sont spécifiques.

ASPECTS MÉTHODOLOGIQUES

Ce qui précède invite à regarder de près les autres aspects méthodologiques propres aux études sur la résilience.

Depuis l'introduction du concept de résilience, diverses approches méthodologiques ont été utilisées. Certaines présentent des limites notoires qui mettent en doute leur validité interne, par exemple la nature rétrospective de la technique de cueillette des données (possibilité d'oubli ou difficulté de reconstitution) et l'impossibilité de contrôler des tierces variables en raison du petit nombre de participants. Les études de cas rétrospectives font partie de cette catégorie et relèvent davantage de l'anecdote que de la recherche scientifique. D'autres approches – dont les études transversales – ne permettent guère de déterminer la préséance des facteurs de résilience par rapport à l'adaptation personnelle, sociale ou scolaire des participants. En raison de leur nature concomitante, les données recueillies ne permettent pas de distinguer si les caractéristiques de résilience précèdent ou suivent l'adaptation des enfants résilients. Par conséquent, sans écarter d'emblée les études sur la résilience basées sur une méthodologie transversale, leurs résultats et leurs conclusions laissent perplexes. Nettement préférables sont les études longitudinales prospectives qui, contrairement aux études transversales ou rétrospectives, permettent de

déterminer la direction du lien entre les présumés facteurs de résilience et la réussite en matière d'adaptation des enfants de parents affectés d'une dépendance.

On compte deux types d'études longitudinales : de *follow-up* ou de *follow-back*. L'étude de *follow-up* suit des enfants de parents alcooliques, toxicomanes ou joueurs pathologiques et note les expériences ou les attributs associés à leur adaptation ultérieure suivant une ligne prospective. La méthode *follow-back* consiste à identifier des enfants apparemment bien adaptés issus de parents alcooliques, toxicomanes ou joueurs pathologiques et de les comparer à des enfants en difficulté soumis aux mêmes problèmes parentaux de même qu'à des enfants épargnés de tels problèmes et ce, sur une série de caractéristiques personnelles et d'expériences de vie recueillies prospectivement. Il s'agit, en fait, de deux variantes de la même démarche de recherche. C'est uniquement au moment d'analyser les résultats que la différence entre *follow-up* et *follow-back* apparaît. Il est important de souligner que les études longitudinales ne permettent toutefois pas de déterminer la nature causale du lien entre les variables de résilience et une saine adaptation chez l'enfant. Des études de prévention ou d'intervention menées dans un cadre expérimental avec assignation aléatoire des participants pourraient clarifier cet aspect, mais elles sont rares. Enfin, certains auteurs ont fait appel à des devis de jumeaux pour décanter la contribution des facteurs génétiques et des facteurs de l'environnement dans l'explication de la résilience (Rutter *et al.*, 1997). Toutefois, à notre connaissance, aucune étude complétée n'a porté sur des jumeaux de parents affectés d'une dépendance, sinon celle de Pérusse, Brendgen, Robaey et Vitaro actuellement en cours (2003).

Outre le choix du devis transversal, longitudinal ou expérimental de la recherche, deux approches empiriques ont été utilisées jusqu'ici pour identifier les caractéristiques et les expériences de vie des enfants résilients. La première approche se trouve centrée sur les personnes. Elle consiste à comparer des enfants de parents déployant une dépendance, qui ne présentent pas de difficulté d'adaptation à leurs homologues en difficulté. Ces comparaisons peuvent ne porter que sur des variables d'ordre personnel, familial ou social concomitantes ou s'étendre à des variables et des mécanismes (processus) recueillis de manière longitudinale. On peut également recourir à un groupe témoin ou normatif composé d'enfants non soumis aux mêmes risques mais appariés quant à certaines variables de contrôle. Tel que déjà mentionné, la présence d'un tel groupe est essentielle si l'on veut savoir a) jusqu'à quel point les enfants résilients ressemblent aux enfants libres des mêmes risques et b) jusqu'à quel point les facteurs de résilience leur sont propres.

L'autre approche est centrée sur les variables; elle consiste à identifier des variables d'ordre personnel ou environnemental qui atténuent – on dira techniquement « modèrent » – le lien entre les problèmes parentaux et les problèmes ultérieurs des enfants, après avoir vérifié que ce lien n'est pas factice, c'est-à-dire attribuable à des tierces variables. L'identification des variables modératrices de résilience ou de protection repose sur des stratégies d'analyse comme la régression multiple, ou la régression logistique, ou encore les équations structurales multigroupes. Concernant la régression, multiple ou logistique, un effet modérateur se révèle quand apparaît une interaction significative entre la variable de risque (ici la dépendance parentale) et la variable présumée de résilience/protection (Baron et Kenny, 1986). Ces deux dernières perspectives méthodologiques centrées l'une sur les personnes et l'autre sur les variables, se révèlent tout à fait complémentaires et également valables.

LES ENFANTS RÉSILIENTS DE PARENTS ALCOOLIQUES

Les enfants de parents alcooliques risquent davantage de développer des problèmes d'alcoolisme que les enfants de parents non alcooliques (Goodwin, 1979 ; Russell, 1990). Le risque est également accentué de les voir développer des difficultés cognitives et comportementales elles-mêmes propices à l'éclosion de problèmes ultérieurs d'accoutumance (Fitzgerald *et al.*, 1993 ; Sher, 1991 ; West et Prinz, 1987). Toutefois, tous les enfants de parents alcooliques ne développent pas de telles tendances. En fait, certaines études montrent que la majorité des enfants de parents alcooliques ne développent pas de problèmes d'alcool ou de drogue (de 60 % à 75 % selon Bearsdale, Son et Vaillant, 1986). Qui plus est, certaines études ne rapportent pas de problèmes particuliers chez les enfants de parents alcooliques en comparaison d'enfants de parents non dépendants (Alterman *et al.*, 1989 ; Bates et Pandina, 1992 ; Gilles et Hesselbrock, 1992 ; Pandina et Johnson, 1989). Des résultats aussi disparates signalent pour le moins une forte hétérogénéité chez les enfants de parents alcooliques.

Nous l'avons déjà mentionné, une telle hétérogénéité peut dériver de différences méthodologiques entre les études ou encore de la forte variabilité du degré de gravité ou de comorbidité de l'alcoolisme parental. Par exemple, Jacob et Leonard (1986) ont comparé des enfants de parents alcooliques résilients à des enfants soumis au même problème qui, eux, présentent des difficultés d'adaptation. Ils les ont aussi comparé à des enfants de parents dépressifs. D'après leurs résultats, les parents des enfants non résilients montrent plus de problèmes de santé mentale et plus de problèmes afférents à l'alcool que les parents des enfants résilients, ce qui confirme la possibilité que ces derniers ne soient pas toujours exposés au même niveau de risque que les premiers.

L'hétérogénéité relevée chez les enfants de parents alcooliques peut également dépendre de la variabilité des caractéristiques personnelles des enfants et de la variabilité des expériences salutaires (compensatoires ou protectrices) dont ils bénéficient, lesquelles constituent précisément les facteurs de résilience/protection et de compensation² qui nous intéressent. Malheureusement, comme nous l'avons déjà souligné, les études sur l'adaptation réussie des enfants de parents alcooliques (c'est-à-dire les enfants résilients) sont beaucoup moins nombreuses que les recherches sur les problèmes d'adaptation des enfants de parents alcooliques. En outre, peu d'études utilisent un devis longitudinal-prospectif qui traiterait spécifiquement des enfants de parents alcooliques (encore moins s'intéressent aux enfants de parents toxicomanes et aux enfants de parents accoutumés au jeu). Nous avons réussi à repérer une dizaine d'études qui ont examiné les enfants résilients de parents alcooliques, mais leurs qualités méthodologiques apparaissent très inégales.

Parmi ces études, la plus ancienne est signée par le chercheur suédois Rydelius (1981) qui a suivi un groupe d'enfants de pères alcooliques sur une période de 20 ans. Malheureusement, l'absence d'un groupe témoin d'enfants de pères non alcooliques interdit de dégager tout élément de résilience ou de protection au sens précédemment proposé. Mieux connue, la seconde étude revient à Werner (1986); elle porte sur des enfants de parents alcooliques vivant sur l'île de Kauai. En

² Étant donné le nombre restreint d'études consacrées aux facteurs de résilience ou de protection chez les enfants de parents alcooliques, nous avons décidé d'ajouter celles qui ont examiné les facteurs de compensation puisque ces derniers pourraient aussi donner lieu à des stratégies et des cibles d'intervention pertinente. Nous avons fait de même pour les études menées auprès des enfants de parents toxicomanes.

comparant les enfants de parents alcooliques résilients à ceux de parents alcooliques non résilients à l'âge de 18 ans, Werner a constaté des différences en termes de tempérament, d'intelligence, d'habiletés langagières, de sentiment de contrôle interne et de rendement scolaire en faveur des enfants résilients et ce, dès la petite enfance (à 1 et 2 ans), puis à l'enfance (à 10 ans) et à l'adolescence (à 18 ans). L'auteure a aussi remarqué d'autres différences en faveur du premier groupe : l'expérience d'une relation harmonieuse avec une figure d'attachement, moins de stress socio-économique et moins de perturbations au sein de la cellule familiale, particulièrement au cours des deux premières années de vie. Les résultats de cette étude sont plus inspirants que concluants en raison de lacunes méthodologiques sur au moins deux plans. Comme dans l'étude de Rydelius (1981), l'absence d'un groupe d'enfants de parents non alcooliques ne permet pas de savoir si les présumés facteurs de résilience distinguent davantage les enfants résilients des enfants en difficulté exposés les uns et les autres à l'alcoolisme parental qu'ils ne distinguent les enfants bien adaptés des enfants en difficulté issus de parents sobres. De plus, dans l'étude de Werner (1986), 21 des 29 enfants résilients de parents alcooliques étaient de sexe féminin, alors que le groupe des enfants de parents alcooliques en difficulté était majoritairement composé de garçons (14 sur 20). Comme les garçons diffèrent des filles en matière d'adaptation, l'appartenance sexuelle suffirait à expliquer l'écart entre les enfants résilients et non résilients de parents alcooliques. En revanche, Werner (1986) a pris soin de noter les complications et les problèmes prénataux et périnataux auxquels les enfants de parents alcooliques auraient pu être exposés. On est en droit, par conséquent, d'écarter ce facteur à titre de source explicative des différences constatées entre les enfants résilients et les autres exposés à l'alcoolisme parental.

Werner et Smith (2001) ont continué à suivre leurs groupes d'enfants résilients et non résilients à l'âge adulte (à 32 ans puis à 40 ans). Ils ont noté que les sujets résilients semblaient alors mieux se dégager affectivement des problèmes qui continuaient de marquer leurs parents, alors que les non résilients semblaient plutôt s'y empêtrer. Comme les auteurs eux-mêmes le font remarquer, ce résultat surprend : on s'attendrait plutôt à un moindre détachement de la part des enfants résilients à l'égard de leurs parents. À noter que les enfants résilients ou non résilients dans la récente étude de Werner et Smith (2001) ne renvoient plus seulement aux enfants de parents alcooliques comme il en était dans l'étude de 1986, mais incluent aussi les enfants de parents aux prises avec un problème de santé mentale, ou avec des discordes maritales chroniques, ou avec un très faible niveau socio-économique.

McCord (1988) a comblé les lacunes relevées précédemment par l'ajout d'un groupe d'enfants de parents non alcooliques et par une centration exclusive sur des garçons de pères alcooliques. Elle a aussi mis en évidence le rôle de la mère auprès des enfants de parents alcooliques. Aussi McCord (1988) a-t-elle observé que lorsque la mère démontre un haut niveau d'estime pour le père alcoolique – ce qui se produit plus généralement dans les familles intactes – les garçons risquent davantage de rencontrer eux-mêmes des problèmes d'alcool. En revanche, lorsque la mère se montre peu tolérante à l'égard de l'alcoolisme du père et exerce une supervision adéquate de son fils, ce dernier semble aussi bien adapté que les enfants de parents non alcooliques. Dans une autre série de travaux, McCord (1990 ; 1991) a observé que les garçons séparés d'un père alcoolique ou criminel étaient moins délinquants que leurs pairs demeurés dans une famille intacte dont le père présente des problèmes équivalents.

Les résultats de McCord sont corroborés par ceux de Dobkin, Tremblay, Desmarais-Gervais et Dépelteau (1994) qui ont observé que les fils de parents alcooliques provenant de familles intactes sont plus susceptibles d'avoir recours aux services d'un psychologue que leurs homologues provenant de familles éclatées. La situation s'inverse toutefois pour les enfants de parents non alcooliques : ceux qui proviennent de familles éclatées ont davantage recours aux services d'aide psychologique. D'autres études rapportent également qu'une relation positive avec la mère dans une famille séparée est préférable pour le développement de l'enfant qu'une famille intacte où les conflits sont nombreux et les conditions d'adversité considérables (Rutter, 1971 ; West & Farrington, 1973). Par contre, les travaux de Wolin et Bennet (Bennet, Wolin & Reiss, 1988b ; Wolin, Bennet, Noonan & Teitlebaum, 1980) montrent que les enfants de parents alcooliques dont les familles ont su conserver leurs rituels intacts (célébrations d'anniversaires et de fêtes, vacances en famille) sont moins susceptibles de développer un problème d'alcool que ceux dont les rituels familiaux se trouvent perturbés par le comportement de parents alcooliques, ce qui nuance les résultats précédents. L'absence d'un groupe d'enfants de parents non alcooliques limite toutefois les conclusions des travaux de Wolin et Bennet.

La quatrième étude à examiner les enfants résilients de parents alcooliques dénués de problèmes psychiatriques et les enfants de parents alcooliques présentant de surcroît un ou plusieurs problèmes psychiatriques (tels que définis par le DSM) est celle de Reich *et al.* (1988). À leur tour, ces auteurs ont constaté que les enfants résilients de parents uniquement alcooliques entretenaient une meilleure relation avec le parent sobre que les enfants en difficulté de parents dont l'alcoolisme est conjugué à d'autres problèmes; ils sont également moins exposés aux conflits parentaux et à de moindres perturbations familiales.

Les deux prochaines études mentionnées ont toutes deux inclus un groupe d'enfants adaptés issus de parents non alcooliques et un groupe d'enfants en difficulté issus de parents non alcooliques, établis en fonction des mêmes critères que ceux utilisés respectivement pour constituer le groupe des enfants résilients de parents alcooliques et celui des enfants non résilients de parents alcooliques. Qui plus est, le groupe d'enfants de parents alcooliques a été apparié aux groupes d'enfants de parents non alcooliques sur un certain nombre de variables sociodémographiques. Dans les deux études, l'alcoolisme paternel est basé sur une mesure auto-révoquée (Short Michigan Alcohol Screening Test, Selzer *et al.*, 1975), corroborée par une entrevue diagnostique clinique conforme aux critères du DSM. Enfin, les deux recherches ont adopté une perspective longitudinale par rapport aux présumés facteurs de résilience mais elles se sont également limitées à une seule séquence temporelle pour vérifier la présence ou l'absence de problèmes d'adaptation chez les enfants (seulement des garçons).

Dans l'étude de Vitaro *et al.* (1996) réalisée à Montréal auprès de garçons de milieux défavorisés, quatre groupes d'enfants de parents alcooliques et quatre groupes d'enfants de parents non alcooliques ont été constitués en distinguant les enfants concernés ou non par les comportements suivants : consommation abusive de psychotropes, comportements délinquants et échecs scolaires à l'âge de 14 ans. Une des particularités de cette étude fut de distinguer parmi les enfants de parents alcooliques ceux qui ne présentent qu'un seul problème de ceux qui en conjuguent plusieurs. De plus, l'étude a fait appel aux enseignants et aux pairs pour évaluer les présumés facteurs de résilience, éliminant ainsi les biais possibles habituellement associés aux évaluations parentales ou provenant des enfants eux-mêmes. Les résultats relatifs aux facteurs de résilience ont été recueillis

à trois moments différents de la vie des enfants, soit à l'âge de 6, 10 et 12 ans. Ils montrent d'abord que les mères des enfants résilients (sans problèmes de délinquance, d'abus de substance et d'échec scolaire) issus de parents alcooliques sont plus instruites et exercent une meilleure supervision de leur fils que les mères des pairs en difficulté, ce qui corrobore les résultats de McCord (1988). Les résultats montrent aussi que les enfants résilients de parents alcooliques sont perçus par leurs enseignants et leurs pairs comme moins hyperactifs-inattentifs et moins agressifs que les enfants en difficulté issus de parents alcooliques. Ils apparaissent également plus sociables et jouissent en partant d'une plus grande popularité auprès des camarades de classe. Enfin, ils présentent un meilleur rendement scolaire à l'âge de 10 et 12 ans. Toutefois, aucune interaction entre les groupes de résilience (sans problème, un seul problème, plusieurs problèmes) et la présence ou l'absence d'alcoolisme paternel ne fut détectée, de sorte que les différences précédentes entre les enfants résilients de parents alcooliques et les enfants en difficulté de parents alcooliques s'appliquent aussi aux enfants de parents alcooliques. Autrement dit, ce que cette étude met en évidence, ce ne sont pas tant des éléments de résilience à proprement parler mais plutôt des éléments compensatoires.

L'étude de Zucker *et al.* (2003) réalisée au Michigan compare les enfants bien adaptés issus de parents alcooliques et non alcooliques à des enfants présentant des difficultés issus, quant à eux, de parents alcooliques et non alcooliques sans toutefois distinguer ces derniers quant au nombre et à la nature des problèmes en cause. Les auteurs définissent l'absence ou la présence de problèmes d'adaptation en distinguant les enfants dont la cote se situe de part et d'autre du 80^e percentile sur une mesure composite de problèmes de comportement évalués par les parents lorsque les enfants étaient âgés entre 3 à 5 ans. Les enfants résilients obtiennent donc une cote inférieure au 80^e percentile sur l'échelle des problèmes de comportement. Tous les enfants sont par la suite réévalués à l'âge de 6-8, 9-11 et 12-14 ans. Fait intéressant, les auteurs ont tenu compte du degré de sévérité de l'alcoolisme paternel et des tendances antisociales ou non des pères. Dans le but d'accroître la validité de leur étude sur le plan de la dynamique interne, les auteurs ont aussi exclu les sujets affectés d'un syndrome d'alcoolisme fœtal. En revanche, la validité au plan environnemental est hypothéquée par une centration exclusive sur des enfants vivant auprès de leurs deux parents biologiques.

Les résultats montrent qu'à 3-5 ans, les enfants résilients de parents alcooliques obtiennent des cotes plus élevées quant à leur fonctionnement intellectuel que leurs pairs en difficulté, sans toutefois se distinguer des enfants bien adaptés de parents non alcooliques. Au plan du tempérament évalué au même âge, les enfants résilients de parents alcooliques affichent une réactivité émotionnelle plus faible que les enfants en difficulté issus de parents alcooliques. Enfin, à l'âge de 3-5 ans, les enfants résilients de parents alcooliques présentent également moins de problèmes de comportement et un meilleur fonctionnement cognitif que les enfants jugés en difficulté issus de parents alcooliques. Toutefois, les mêmes enfants de parents alcooliques jugés initialement résilients à 3-5 ans affichent plus de problèmes de comportement de type extériorisé et de type intériorisé à 9-11 et 12-14 ans que leurs pairs sans problème issus de parents sobres. Ces derniers résultats démontrent qu'on ne doit pas tenir la résilience pour un phénomène définitif puisque des enfants de parents alcooliques et initialement considérés résilients à la petite enfance développent néanmoins des difficultés d'adaptation par la suite. En conclusion, cette étude est intéressante en raison de ses qualités méthodologiques; elle témoigne aussi des limites d'une vérification de la résilience qui ne reposerait que sur une seule séquence de mesure et une source unique d'informations.

L'avant-dernière étude examinée est celle de Vitaro, Tremblay et Zoccolillo (1999). Cette fois, les critères servant à définir le groupe des enfants résilients de parents alcooliques reposent sur l'abstinence des jeunes (drogue ou alcool) à l'âge de 15-16 ans. Les enfants non résilients issus de parents alcooliques, quant à eux, sont distribués sur trois sous-groupes : les sujets ne présentant qu'un problème d'alcool, les sujets ne présentant qu'un problème de drogue et, finalement, les sujets aux prises avec les deux accoutumances. Seul l'alcoolisme du père a été considéré vu le faible nombre de mères alcooliques d'ailleurs exclues de l'étude. Quant aux facteurs de résilience, ils ont été mesurés à l'enfance (6-7-8 ans) et à la pré-adolescence (10-11-12 ans). Ils concernent trois dimensions de la personnalité selon le modèle de Cloninger (1986) : la recherche de sensation, la réserve-inhibition et la sensibilité à la gratification sociale (ou sensibilité au renforcement positif). Ils couvrent également certaines pratiques parentales telles que la supervision et ainsi que l'adversité socio-familiale. La particularité et l'intérêt de cette étude résident dans l'établissement d'un vaste échantillon de garçons et de filles représentatifs des jeunes Québécois. Comme dans les précédentes, les résultats de cette étude révèlent, qu'au Québec, être issu d'un père alcoolique augmente substantiellement le risque de consommer des substances psychoactives à l'adolescence, même lorsque des facteurs confondants tels l'adversité sociofamiliale et le sexe des sujets sont pris en compte. En retour, une faible recherche de sensation et la présence de conduites inhibées à l'enfance et à la pré-adolescence diminuent ce risque au milieu de l'adolescence. Ces éléments d'ordre personnel doivent être considérés comme des facteurs bénéfiques ou compensatoires plutôt que de résilience ou de protection, car ils réduisent le risque de consommation abusive de psychotropes chez tous les jeunes, que leur père soit alcoolique ou non. Par contre, une bonne supervision exercée par la mère se révèle un facteur de protection en ce qu'il distingue les enfants résilients de parents alcooliques des enfants consommateurs d'alcool ou de drogue issus de parents alcooliques davantage qu'il ne distingue les enfants bien adaptés de parents non alcooliques des enfants consommateurs d'alcool ou de drogue issus de parents non alcooliques. En termes statistiques, la supervision maternelle produit un effet modérateur sur le lien prédictif entre l'alcoolisme paternel et l'appartenance à un groupe de consommateurs d'alcool et/ou de drogue à l'adolescence. Cet effet modérateur se traduit par une interaction significative entre la supervision maternelle et l'alcoolisme paternel. Il correspond à la définition d'une variable de protection ou de résilience telle que débattue précédemment.

Enfin, la dernière étude s'attache aux enfants ayant subi une exposition prénatale à l'alcool (Olson, O'Connor et Fitzgerald, 2001). Quoiqu'une telle exposition augmente la prévalence de problèmes dits intériorisés chez les enfants tout au long de leur développement préscolaire (niveau élevé d'affects négatifs, attachements peu positifs et sentiments dépressifs notoires), il semble qu'une bonne interaction mère-enfant à la période préscolaire produit un effet modérateur sur ces conséquences délétères.

LES ENFANTS RÉSILIENTS DE PARENTS TOXICOMANES

Nous avons pu recenser quatre études sur le développement des enfants de parents toxicomanes, en distinguant les enfants sans problème ou résilients des autres qui montrent des difficultés d'adaptation. Contrairement aux études précédemment citées qui mettent en cause l'alcoolisme paternel, les études sur les enfants de parents toxicomanes visent surtout les mères consommatrices.

Kumpfer et ses collaborateurs (1986) auraient été les premiers, selon nos recherches, à dégager une propriété de résilience des habiletés cognitives et comportementales d'enfants de parents toxicomanes. Leurs études, cependant, n'incluent pas de groupes d'enfants de parents non toxicomanes, ce qui ne permet pas d'en tirer de véritables facteurs de résilience.

Une étude récente de Luthar, D'Avanzo et Hites (2003) a comparé les enfants de mères toxicomanes à des pairs de mères souffrant de troubles affectifs (anxiété ou dépression) et d'autres issus de mères souffrant à la fois des deux types de troubles (co-morbides). Comme le veut toute approche comparative, on a établi un groupe témoin composé de mères non toxicomanes et sans trouble affectif mais appariées quant à l'âge et au sexe de leurs enfants ainsi qu'au niveau socio-économique. Sont considérés résilients les enfants qui, issus de mères toxicomanes, ne manifestent pas de problème de type extériorisé (agressivité, hyperactivité, opposition) – soit près de 70 % –, ni de problèmes de type intériorisé (anxiété, dépression) – soit un peu plus de 50 % –, ou encore qui affichent une compétence personnelle et sociale au-dessus de la moyenne des enfants du même âge - soit environ 35 %.

Afin de dégager les variables susceptibles d'avoir une incidence protectrice ou compensatoire en regard de la toxicomanie maternelle, les groupes issus de mères toxicomanes et co-morbides ont été fusionnés (groupe des enfants de mères toxicomanes). Le groupe issu de mères sans problème et celui des mères présentant un problème affectif ont été également fusionnés (groupe des enfants de mères non toxicomanes). Cette procédure fort discutable tient de la crainte des auteurs de disposer d'une capacité statistique insuffisante malgré un échantillon de 227 participants. C'est en raison de cette même crainte que, dans les analyses, ils ont passé sous silence les interactions entre les variables présumées de résilience et la toxicomanie des mères (groupe de mères toxicomanes et groupe de mères non toxicomanes). On peut regretter cette option qui empêche de circonscrire des variables de résilience, lesquelles auraient exigé, comme on le sait, d'introduire des termes d'interaction significatifs entre la toxicomanie maternelle et les facteurs présumés de résilience. Les auteurs ont préféré examiner directement quelles variables sont associées à des problèmes de comportement ou à la compétence sociale d'une part chez les enfants de mères toxicomanes et, d'autre part, chez les enfants de mères non toxicomanes. Ils interprètent ensuite les liens significatifs chez les enfants de mères toxicomanes et non significatifs chez les enfants de mères non toxicomanes comme indicatifs de facteurs de résilience.

Au plan des caractéristiques liées à l'enfant, les résultats révèlent que le sexe, l'âge, le quotient intellectuel et le degré de tolérance vis-à-vis des conduites déviantes prédisent partiellement les problèmes extériorisés et intériorisés ainsi que la compétence sociale mais chez les enfants de mères toxicomanes exclusivement. Dérivées des deux sources d'évaluation (enfants et parents), ces relations sont toutefois faibles et non systématiques. Au plan des caractéristiques maternelles, moins de stress perçu, plus d'habiletés disciplinaires et une meilleure capacité de communication sont associées à moins de problèmes et plus de compétence chez le groupe des enfants de mères toxicomanes, mais les mêmes associations valent également pour les enfants de mères non toxicomanes. Enfin, au plan des variables liées à la communauté, ni l'affiliation à des pairs déviants, ni l'exposition à la violence de quartier ne prédisent des problèmes d'adaptation ou la compétence sociale chez les enfants de mères toxicomanes lorsque les autres variables de prédiction sont prises en compte. En somme, cette étude a l'intérêt de considérer plusieurs variables simultanément comme le veut tout modèle multivarié. Elle est toutefois discutable des points de

vue du type d'analyses utilisées et de la nature transversale du devis. Par exemple, le stress parental se révèle d'une importante variable pour expliquer une large portion des problèmes de comportement des enfants : elle supplante les autres variables d'ordre personnel et sociofamilial. Cependant, le stress parental prédit à la fois les problèmes de comportement chez les enfants de mères toxicomanes et chez les enfants de mères non toxicomanes, ce qui lui confère un statut compensatoire. En outre, la nature transversale du devis de recherche oblige à conclure qu'une telle variable pourrait aussi bien découler des problèmes d'adaptation des enfants qu'en être la cause. Encore une fois, un devis transversal ne permet pas de préciser la direction des liens associatifs, encore moins leur nature causale.

Dans leur étude, Johnson, Glassman, Files et Rosen (1989) ont examiné le développement de 36 enfants nés de mères toxicomanes pendant qu'elles participaient à un programme de maintien à la méthadone. Le groupe témoin comptait 18 enfants nés de mères non toxicomanes. À l'âge de 3 ans, à l'aide d'une analyse de regroupement (cluster analysis), les enfants ont été divisés en trois groupes sur la base de leurs résultats à une batterie de tests évaluant leurs développements physique, cognitif et socio-affectif. Les enfants les mieux adaptés sur la foi de l'ensemble des mesures se sont retrouvés dans le groupe 1 qui comportait proportionnellement autant d'enfants de mères toxicomanes que d'enfants de mères non toxicomanes, soit 9 et 4 respectivement. À l'opposé, le groupe 3 était composé majoritairement d'enfants de mères toxicomanes (17 sur 20). C'est dans ce groupe 3 qu'on détecte le plus de retards de développement et ce, sur toutes les mesures recueillies à l'âge de 36 mois. Quant au groupe 2, composé de 10 enfants de mères toxicomanes et de 11 enfants de mères non toxicomanes, la performance des enfants se révèle de niveau intermédiaire au chapitre des mesures de développement utilisées.

Pour les analyses concernant la résilience, les auteurs ont comparé les 17 enfants en difficulté des mères toxicomanes du groupe 3 aux 9 enfants résilients de mères toxicomanes du groupe 1. Une plus grande sensibilité maternelle, et moins de violence et d'abus au sein de la famille démarquent les enfants résilients de mères toxicomanes des enfants en difficulté issus de mères toxicomanes. Aucune mesure de nature socio-économique ou médicale ne distingue les deux mêmes catégories d'enfants. Ces résultats montrent le rôle protecteur (mais aussi possiblement compensatoire) de l'environnement sociofamilial au cours des premières années de la vie des enfants de mères toxicomanes. Le petit nombre de participants dans cette étude et la brève période de développement examinée empêchent toutefois de tirer des conclusions fermes au sujet des facteurs de résilience, d'autant que la plus grande sensibilité maternelle chez les mères toxicomanes des enfants résilients peut résulter, encore une fois, du caractère plus facile de ces enfants plutôt qu'en être la cause.

L'étude de Moe (2002) ne s'intéresse pas directement aux enfants résilients de parents toxicomanes. Elle jette néanmoins une lumière utile sur les variables sociofamiliales propices à une plus saine adaptation des enfants de parents toxicomanes. Moe (2002) a suivi une cohorte de 64 enfants (dont 27 filles) de parents toxicomanes élevés par des familles adoptives ou des familles d'accueil, de la naissance à l'âge de 4.5 ans, moment où les sujets ont été soumis à plusieurs mesures de fonctionnement neurocognitif et psychomoteur. Les mères biologiques des enfants de parents toxicomanes avaient abusé de substances psychoactives durant leur grossesse, allant du valium/cannabis aux opiacés et aux amphétamines. Certaines mères avaient aussi consommé de l'alcool et du tabac. Un groupe de 52 enfants (dont 22 filles) nées de mères non toxicomanes composait le groupe témoin. À l'âge de 4.5 ans, les enfants de parents toxicomanes élevés dans des

familles sans toxicomanie affichent, en moyenne, des cotes « normales » aux échelles neurocognitives et psychomotrices (cotes moyennes à l'intérieur d'un écart-type de la moyenne établie auprès d'un groupe normatif). Ces résultats sont encourageants au chapitre des effets compensateurs d'un milieu sociofamilial normal chez des enfants de parents toxicomanes. Cependant, les enfants de parents toxicomanes, et surtout les garçons, affichent en moyenne des cotes significativement inférieures aux enfants de parents non toxicomanes sur plusieurs des échelles neurocognitives et psychomotrices, notamment sous les angles du développement visuo-moteur et des habiletés de perception. Ces résultats indiquent les limites de l'effet compensateur ou protecteur d'un environnement postnatal favorable chez des enfants de mères toxicomanes. Il est important de signaler qu'environ 20 % des bébés de parents toxicomanes montraient à la naissance une taille et un poids inférieurs à la moyenne ou sont nés prématurément, ce qui n'est le cas d'aucun bébé de parents non toxicomanes. De plus, à l'âge de 1 an, ils affichaient déjà, en moyenne, un retard mental et un retard psychomoteur par rapport aux enfants de mères non toxicomanes. Une comparaison avec des enfants de parents toxicomanes élevés par leurs parents biologiques eût permis de préciser le degré de compensation ou de protection qu'un environnement « normal » peut assurer à des enfants issus de mères toxicomanes. Une subdivision des enfants de parents toxicomanes et des enfants de parents non toxicomanes en groupes de résilients (adaptés selon un degré supérieur aux normes) et de non résilients (sous les normes) eût permis de préciser le rôle compensatoire ou protecteur des familles adoptives ou d'accueil.

LES ENFANTS RÉSILIENTS DE PARENTS PATHOLOGIQUEMENT ACCOUTUMÉS AU JEU

Nous n'avons repéré aucune étude qui traite spécifiquement des enfants résilients de parents présentant un problème de jeu, sinon la recherche en cours déjà mentionnée (Vitaro *et al.*, 2002) dont les résultats pourront renseigner sur les facteurs de résilience.

Tableau récapitulatif

- Les enfants résilients sont ceux qui n'ont pas de problèmes d'adaptation en dépit de leur exposition à des facteurs de risque. En termes épidémiologiques, les enfants résilients correspondant aux cas positifs non valides.
- Les facteurs de résilience sont souvent confondus avec les facteurs de compensation. Les premiers, impliquent une interaction avec les facteurs de risque alors que les seconds impliquent des effets additifs.
- Les facteurs de résilience, comme les facteurs de protection, correspondent à des facteurs de modération (i.e. facteurs modérateurs). Le rôle des facteurs modérateurs consiste à atténuer (ou à exacerber) le lien entre les facteurs de risque et les problèmes ultérieurs d'adaptation. Ils incluent donc également des facteurs de vulnérabilité.
- Le rôle des facteurs de compensation consiste à augmenter le bien-être et l'adaptation des individus, non pas en affaiblissant les facteurs de risque mais en développant des forces

qui leur sont contraires. Évidemment, la connaissance des facteurs de compensation peut être utile pour l'intervention préventive autant que la connaissance des facteurs de résilience.

- Une analyse appropriée des facteurs de résilience exige :
 - l'assurance que les enfants présumés résilients sont exposés aux mêmes facteurs de risque que leurs confrères et consœurs non résilients ;
 - la présence de groupes de comparaison composés d'enfants non exposés aux facteurs de risque ;
 - un suivi longitudinal des enfants présumés à risque afin de pouvoir identifier ceux qui développeront et ceux qui ne développeront pas de problèmes d'adaptation à divers moments de leur vie ;
 - l'évaluation d'une variété de domaines de fonctionnement chez les enfants à risque et non à risque ;
 - la présence additionnelle d'enfants de parents avec une problématique différente de l'alcoolisme ou de la toxicomanie, afin de déterminer la spécificité des facteurs de risque; ce critère est toutefois moins important que les précédents.
- La douzaine d'études sur les enfants résilients de parents alcooliques concernent surtout les garçons de pères alcooliques. Quelques-unes d'entre elles ont été réalisées au Québec.
- En revanche, la demi-douzaine d'études sur les enfants résilients de parents toxicomanes se limite aux enfants de mères toxicomanes.
- Très peu d'études répondent à toutes les conditions de rigueur méthodologique énumérées ici. Par conséquent, les conclusions qui s'en dégagent sont parfois équivoques et certainement pas définitives.
- Les études sur les enfants résilients de parents aux prises avec un problème de jeu sont inexistantes.

Leçons pour la prévention et le traitement des enfants de parents aux prises avec une dépendance

Les prochains paragraphes présentent une synthèse des facteurs de résilience et de compensation chez les enfants de parents alcooliques ou toxicomanes ; ils font aussi un survol des facteurs de résilience et de compensation dans d'autres domaines à titre de comparaison. Quelques programmes de prévention spécifiquement destinés à des enfants de parents aux prises avec une dépendance sont mentionnés. Enfin, puisque les programmes de prévention de type ciblé visent à réduire les facteurs de risque et à augmenter les facteurs de résilience et de protection, des principes et des stratégies propres aux programmes de prévention efficaces sont dégagés.

FACTEURS SPÉCIFIQUES DE RÉSILIENCE CHEZ LES ENFANTS DE PARENTS ALCOOLIQUES ET DE PARENTS TOXICOMANES

On pourrait d'emblée conclure que la meilleure stratégie en faveur des enfants de parents alcooliques ou toxicomanes serait de mettre en place ou d'améliorer les facteurs de résilience ou de protection précédemment relevés, mais cela serait prématuré et fort discutable. Premièrement, la nature corrélationnelle³ des devis utilisés dans les études dont on dégage les présumés facteurs de résilience/protection ou de compensation ne permet guère de leur attribuer un statut de causalité. Cette limite résulte de l'incapacité des études corrélationnelles, si sophistiquées soient-elles, à contrôler toutes les variables confondantes et de prévoir toutes les variables médiatrices et modératrices possibles. Encore une fois, en plus des variables de résilience, il existe possiblement d'autres différences entre les enfants résilients de parents alcooliques ou toxicomanes et leurs homologues non résilients. On a beau faire le tour des études sur la résilience, on ne sait toujours pas, en effet, si les enfants résilients de parents alcooliques ou toxicomanes ont quelque chose de plus (facteurs de résilience) ou quelque chose de moins que leurs pairs non résilients (une moindre exposition aux facteurs de risque ou une moindre vulnérabilité aux plans génétique et neurophysiologique).

Force est de constater que plusieurs des caractéristiques personnelles de résilience s'apparentent à un tempérament facile, une faible réactivité émotionnelle, un taux normal de recherche de sensation et de nouveauté. Or, ces éléments de résilience peuvent se définir aussi bien par leur absence chez les enfants non résilients que par leur présence chez les enfants résilients puisqu'ils représentent des facteurs favorables pour tous les enfants issus ou non d'un parent alcoolique ou toxicomane. Autrement dit, leur présence constitue un facteur de compensation (et non de résilience), alors que leur absence (ou encore la présence de leur contre-partie) constitue tout simplement un facteur de risque. De plus, ces éléments apparents de résilience (ou plutôt de compensation) revêtent un caractère fortement héréditaire comme le montrent plusieurs études de génétique quantitative impliquant de larges échantillons de jumeaux (Heath, Cloninger et Martin, 1994). Même des

³ Les études longitudinales recourent aussi au devis corrélationnel. Contrairement aux études transversales, elles permettent de préciser la direction du lien entre les variables en jeu mais sans davantage établir de relations causales. Tout au plus augmentent-elles le degré de présomption d'une relation causale possible.

domaines comme une bonne estime de soi ou de saines capacités relationnelles semblent plus ou moins régis par les gènes (Kendler, Myers et Neale, 2000).

De surcroît, ces caractéristiques (un tempérament facile, une propension à la sociabilité ou une bonne capacité de résoudre des problèmes) qui relèvent initialement du bagage génétique des individus, peuvent donner lieu à des expériences sociales ou familiales positives apparemment porteuses, elles aussi, de résilience. C'est ce que les auteurs appellent une corrélation gènes-environnement (ou r_{GE} ; Rutter, 2003). On compte trois types de corrélation r_{GE} : passive, active et évoquée. La corrélation dont il est ici question en est une de type évoquée : les expériences sociales et sociofamiliales en apparence protectrices ainsi que les dispositions personnelles qui leur ont donné lieu sont, en fait, sous contrôle génétique. Cela n'empêche toutefois pas les expériences sociales de porter des fruits spécifiques qui accéléreraient l'adaptation des enfants dits résilients (Rutter, Pickles, Murray et Eaves, 2001). Autrement dit, les caractéristiques personnelles qui ont une forte héritabilité génétique, telle la recherche de sensation ou la réactivité émotionnelle, peuvent être substantiellement influencées par les pratiques éducatives et les normes sociales qu'elles contribuent en retour à déclencher. C'est précisément en vertu de la nature génétique de ces caractères qu'il convient de centrer les efforts cliniques et éducatifs auprès des enfants vulnérables le plus précocement possible afin de réduire ce qu'ils tendent à déclencher au profit de contreparties compensatoires favorables à un développement mieux adapté.

Plus encore, de récents travaux de recherche en génétique moléculaire montrent que les expériences défavorables n'entraînent des conséquences néfastes que conjuguées à une certaine vulnérabilité génétique. C'est ce que les auteurs appellent une interaction gènes X environnement (ou GXE; Rutter, 2003). Deux études récentes de Caspi et coll. servent à illustrer une telle interaction. Dans la première étude, Caspi *et al.* (2002) montrent que des enfants victimes de maltraitance et de négligence parentale ne développent pas de problèmes d'agressivité ni de comportements antisociaux si, au plan génotypique, le niveau d'activité de leur gène MAOA est élevé. Ce gène sert incidemment à encoder une enzyme (la monoamine oxydase A) qui permet de métaboliser divers neurotransmetteurs tels la nore-épinephrine, la sérotonine et la dopamine. Par contre, les problèmes d'adaptation à l'adolescence et à l'âge adulte se multiplient et s'aggravent dans la mesure où l'activité de ce gène diminue. Dans la seconde étude, Caspi *et al.* (2003) rapportent que la maltraitance et la négligence parentales au cours de l'enfance ne sont associées à la dépression majeure et aux tentatives de suicide à l'âge adulte que lorsque le gène responsable du transport de la sérotonine, le 5-HTT, se révèle déficient (présente un allèle court). Dans le cas génétique contraire, les mêmes expériences défavorables à l'enfance ne prédisent pas ce genre de problèmes à l'âge adulte. Dans les deux études, les auteurs se sont assurés que leurs sujets avec et sans vulnérabilité génétique ont été exposés à des expériences de maltraitance et de négligence équivalentes au cours de l'enfance.

On comprend facilement les répercussions possibles de ces travaux sur les recherches dans le domaine de la résilience chez les enfants de parents alcooliques ou toxicomanes. À la lumière des caractéristiques génétiques, psychophysiologiques et neuropsychologiques qui distinguent les enfants de parents alcooliques ou toxicomanes mieux adaptés que leurs homologues, on peut présumer que l'alcoolisme ou la toxicomanie parentale affecte uniquement ou surtout les enfants génétiquement plus vulnérables aux plans précités ou encore les affecte en raison de facteurs prénataux et périnataux associés à l'alcoolisme ou à la toxicomanie parentale. En corollaire, il se

peut que, comparativement à leurs pairs non résilients, les enfants résilients de parents alcooliques ou toxicomanes bénéficient tout simplement d'un bagage génétique qui les protège des stress environnementaux dérivés de l'alcoolisme ou de la toxicomanie parentale. L'hypothèse d'une interaction entre les dispositions personnelles et un environnement stressant n'est pas nouvelle. Toutefois, rares sont les études qui mettent directement en relation des gènes spécifiques avec des expériences sociofamiliales bien documentées et ce, dans des études longitudinales de plus de 30 ans comme celles de Caspi *et al.*

Les études de Caspi *et al.* mettent également en évidence la puissance de protection d'un environnement sociofamilial adéquat pour des individus vulnérables au plan génétique. En effet, les résultats précédents montrent aussi qu'un environnement sociofamilial adéquat (dénué de maltraitance et de négligence) prévient le développement de tendances antisociales ou dépressives même chez les individus qu'une faible activité du gène MAOA ou qu'une déficience du gène 5-HTT rend vulnérables. Qui plus est, Suomi (2001) a découvert que des singes rhésus dont le gène transporteur de la sérotonine (5-HTT) se révèle déficitaire – ce qui entraîne habituellement des comportements impulsifs et inattentifs semblables à ceux des enfants mal adaptés issus de parents alcooliques ou toxicomanes – n'affichent aucun problème de comportement lorsqu'ils sont élevés par des mères adoptives chaleureuses et attentionnées. Certains deviennent même des leaders parmi leurs pairs. Ces résultats concordent avec les conclusions de plusieurs chercheurs dont les travaux ont été cités.

En résumé, on peut penser que certaines caractéristiques personnelles et sociofamiliales chez les enfants de parents alcooliques ou toxicomanes s'apparentent à des facteurs de résilience/protection ou à des facteurs de compensation, même si elles sont en partie ou en totalité le fruit d'une corrélation r GE ou d'une interaction GXE. Pour résumer, voici la liste des variables de résilience dégagées des études recensées précédemment chez les enfants de parents alcooliques ou toxicomanes : un tempérament facile, l'absence de problèmes de comportement défavorables aux apprentissages scolaires (faible niveau d'hyperactivité, d'inattention, d'impulsivité), une bonne sociabilité, un parent sans accoutumance qui maintient une certaine harmonie familiale et déploie une supervision chaleureuse mais ferme, un soutien social adéquat à l'extérieur de la famille, une confiance bien établie en ses propres moyens et une perception positive de l'avenir.

FACTEURS GÉNÉRIQUES DE RÉSILIENCE

Après 30 ans de travaux de recherche, plusieurs facteurs de résilience et de protection ont été identifiés en lien avec une variété de facteurs de risque autres que l'alcoolisme et la toxicomanie des parents. Ces facteurs relèvent de caractéristiques personnelles, du milieu familial et des réseaux social et communautaire (Luthar, 2003 ; Rutter, 2000 ; Serbin et Karp, 2004). En voici le survol (a) pour montrer que l'étude des facteurs de résilience et de protection n'est pas limitée aux enfants de parents alcooliques ou toxicomanes, (b) pour circonscrire la spécificité ou non des facteurs de résilience/protection attribués aux enfants de parents alcooliques ou toxicomanes, (c) pour montrer leur utilité dans le champs de la prévention générique (Vitaro & Caron, 2003) et, enfin, (d) pour cerner leurs limites.

Les facteurs génériques de résilience repérés dans une variété de domaines au cours des 30 dernières années sont résumés aux tableaux 1 et 2. Dans le tableau 1 figurent les facteurs génériques de résilience colligés par Master et Coastworth (1998), Werner (2000) et Luthar (2003); dans le tableau 2, les stratégies génériques que propose Rutter (sous presse).

Tableau 1 – Synthèse des facteurs génériques de résilience selon Luthar (2003)

<p>Au plan des caractéristiques personnelles</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bonnes habiletés cognitives (quotient intellectuel supérieur à la moyenne, capacité d'attention, fonctions exécutives adéquates) • Perceptions de soi positives et sentiment de compétence • Tempérament facile, sociabilité, adaptabilité, faible réactivité • Capacité d'autorégulation (de l'impulsivité et des aspects négatifs) • Attitude positive face à la vie (confiance et orientation positive vers l'avenir) <p>Au niveau des relations interpersonnelles</p> <ul style="list-style-type: none"> • Qualité de présence du parent non affecté (chaleur, attentes positives, structuration familiale et supervision ferme) • Relation significative avec d'autres adultes compétents et attentifs (membres de la parenté, professeurs, mentors) • Relations positives avec des pairs prosociaux et normatifs (à la pré-adolescence et à l'adolescence) <p>Au niveau de la communauté</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fréquentation d'écoles de qualité • Liens avec des organisations sociales ou sportives structurées et supervisées par des adultes • Voisinage de qualité (supervision collective, accès à des ressources culturelles et artistiques, sécurité et absence de criminalité) • Accès à des services sociaux et de santé de qualité

Tableau 2 – Synthèse des stratégies génériques de résilience selon Rutter (sous presse)

<p>Au plan des caractéristiques ou des expériences personnelles précédant la période d'exposition à des facteurs de risque ou de stress</p> <ul style="list-style-type: none"> • Favoriser un bon développement intellectuel et un bon rendement scolaire. • Favoriser des attachements sélectifs à d'autres membres de la famille ou à des personnes bienveillantes à l'extérieur de la famille. • Favoriser l'établissement de plusieurs relations sociales harmonieuses à l'extérieur de la famille. • Cultiver un sentiment de compétence. • Développer des habiletés variées de résolution de problèmes. • Encourager l'ouverture aux autres et la générosité.
--

- Encourager la souplesse à l'égard de situations nouvelles.
- Offrir des occasions variées de rencontrer des objectifs et de surmonter le stress.
- Multiplier dans des domaines variés les possibilités de succès significatifs pour l'individu et la communauté.

Pendant la période d'exposition aux facteurs de risque ou de stress

- Réduire ou annuler l'impact de la situation de stress ou de risque en évitant, par exemple, que le parent dépressif ou alcoolique interagisse avec l'enfant aux moments inopportuns.
- Augmenter les expériences de socialisation extérieures à la famille.
- Favoriser l'acquisition d'habiletés de résolution de problèmes et d'un sentiment de compétence.
- Développer des perceptions claires et objectives de la source de stress ou de risque.
- Éviter de déployer des stratégies ou des comportements nuisibles à un développement adapté.

Les facteurs et les expériences propices à la résilience présentés aux tableaux 1 et 2 peuvent se résumer en quatre points selon Rutter (sous presse) :

- Réduire l'impact de la situation de stress ou de risque.
- Éviter la réaction en chaîne d'événements négatifs qu'entraîne habituellement la situation de stress ou de risque.
- Favoriser, en revanche, une cascade d'événements positifs, c'est-à-dire des occasions et des expériences de succès et de socialisation.
- Développer des stratégies efficaces de résolution de problèmes et une centration cognitive sur les aspects positifs plutôt que négatifs dans la vie de l'enfant.

Ces facteurs génériques de résilience/protection et de compensation ressemblent fort aux facteurs de résilience/protection ou de compensation identifiés chez les enfants de parents alcooliques ou toxicomanes (et, fort probablement aussi, de parents accoutumés au jeu). Aussi certains auteurs proposent-ils un modèle qui promeut un certain nombre de facteurs fondamentaux de protection ou de compensation à tous les enfants soumis à un stress quelle qu'en soit la nature (Masten, 2001 ; Masten et Reed, 2002 ; Serbin et Karp, 2004). Ces facteurs de protection ou de compensation s'inspirent des éléments les plus saillants et les mieux modifiables des tableaux 1 et 2. Quatre domaines sont plus particulièrement visés : le lien d'attachement avec un adulte significatif et bien adapté, une forte motivation à apprendre, un système d'autorégulation efficace aux plans comportemental et émotionnel, des structures organisationnelles et communautaires adaptées. Au plan opérationnel, de tels objectifs pourraient exiger ; a) d'offrir des sessions individuelles ou collectives de formation personnelle et sociale aux parents concernés ; b) d'impliquer et de former le ou la partenaire du parent affecté, ou un autre membre de la famille, ou une personne de la communauté dans le but de favoriser l'établissement d'un lien d'attachement mais aussi que soient accordées à l'enfant une attention et une vigilance particulières ; c) d'instituer ou de repérer quelque ressource communautaire qui puisse permettre à l'enfant des expériences favorables à l'égard desquels il aura été préalablement motivé ; d) de superviser et d'encourager la réussite scolaire ou, le cas échéant, la réussite dans des activités valorisantes à la fois au plan personnel et

sociofamilial. Plusieurs programmes de prévention et d'intervention précoces – dont certains sont décrits plus loin – se réclament de l'une ou de l'ensemble de ces stratégies. Leur recension exhaustive ainsi que des références documentaires sont disponibles dans les tomes 1 et 2 publiés par Vitaro et Gagnon (2000) à propos des programmes de prévention destinés aux jeunes. Évidemment, la mise en place de telles stratégies réclame des chefs d'orchestre et des promoteurs. Nous croyons que les centres de traitement pour adultes alcooliques, toxicomanes ou joueurs pathologiques pourraient endosser un tel rôle de concert avec les Centres locaux de services communautaires (CLSC), et les milieux scolaires.

Retombées sur la prévention et les politiques sociales

Dans la foulée de ce qui précède, cette partie du chapitre dégage certaines leçons des études sur la résilience en matière de prévention et de politiques sociales. Puisque les facteurs de résilience/protection et les facteurs de compensation semblent en bonne partie les mêmes chez les enfants résilients de parents alcooliques ou toxicomanes et chez d'autres catégories d'enfants résilients, voici un aperçu des principes et des stratégies des programmes de promotion et de prévention jugés efficaces à l'égard des enfants vulnérables. Suivra la description de quelques programmes de prévention spécifiques aux enfants de parents affectés d'une dépendance.

CIBLES ET STRATÉGIES EFFICACES D'INTERVENTION PRÉVENTIVE

Concernant les compétences personnelles et sociales susceptibles de favoriser la résilience des jeunes dont l'un des parents se révèle en difficulté, Werner (1999) propose les objectifs suivants qui intègrent ou précisent les suggestions formulées dans les paragraphes précédents :

- fournir aux jeunes des modèles prosociaux dans leur communauté ;
- mobiliser des adultes susceptibles d'aider les jeunes à développer leurs talents ;
- engager les jeunes dans des activités communautaires, culturelles ou sportives supervisées ;

- stimuler une vision optimiste de l'avenir et la connaissance des racines culturelles ;
- encourager l'humour comme moyen de faire face aux difficultés de la vie ;
- assurer un soutien personnalisé (tuteur ou mentor) dans les divers champs de croissance.

À leur tour Rolf et Johnson (1999) attribuent les caractéristiques suivantes aux programmes de prévention ou de promotion efficaces :

- ils impliquent des agences communautaires dans les efforts de prévention ;
- ils élargissent ou utilisent les organismes communautaires aux fins des jeunes en difficulté ;
- ils coordonnent des activités de prévention à l'intérieur et à l'extérieur du milieu scolaire ;
- ils établissent des programmes structurés axés sur l'amélioration des compétences personnelles et sociales (voir Vitaro et Gagnon, 2000) ;
- ils mettent à profit les médias pour créer un support communautaire et le promouvoir ;

- ils articulent des liens entre les jeunes en difficulté et certaines entreprises susceptibles de les embaucher ;
- ils promeuvent des liens entre les jeunes en difficulté et quelques pairs-leaders au sein de la communauté ;
- ils mobilisent les parents et d'autres adultes responsables ;
- ils s'intéressent le plus précocement possible aux enfants en difficulté ;
- ils soutiennent constamment les promoteurs de programmes de prévention dans le sens d'une mise à jour permanente des stratégies qu'ils promeuvent en termes d'efficacité et de cohérence théorique ;
- ils tiennent compte des paradigmes culturels où s'inscrivent les principes et les stratégies de prévention.

EXPÉRIENCES SPÉCIFIQUES DE PRÉVENTION AUPRÈS D'ENFANTS DE PARENTS ALCOOLIQUES ET D'ENFANTS DE PARENTS TOXICOMANES

Peu de programmes de prévention dûment évalués s'adressent spécifiquement aux enfants de parents alcooliques ou toxicomanes. À notre connaissance aucun programme ne cible les enfants de parents aux prises avec des problèmes de jeu.

Kumpfer et ses collaborateurs (De Marsh et Kumpfer, 1986 ; Kumpfer et De Marsh, 1986 ; Kumpfer, Molgaard et Spoth, 1996) ont élaboré un programme qui cible les enfants et les familles dont l'un des parents est alcoolique ou toxicomane. Ce programme, connu sous le nom de « Strengthening Families Program » ou SFP, s'adresse spécifiquement aux familles comportant un ou plusieurs enfants dont l'âge varie de 6 à 12 ans. Bien qu'elle vise nommément l'occurrence d'un parent alcoolique, cette proposition n'a rien de particulier puisque qu'elle s'inspire de programmes existants destinés à diverses catégories d'enfants considérés vulnérables (voir Vitaro et Gagnon, 2000). Afin d'évaluer le SFP, Kumpfer et coll. ont réparti au hasard les familles en trois catégories. Les familles de la première catégorie participent à 14 rencontres qui visent l'amélioration de leurs pratiques éducatives selon la méthode de Patterson (1975, 1976). Les familles de la deuxième catégorie participent aussi aux 14 sessions précitées mais les enfants participent de leur côté à des ateliers visant l'amélioration des compétences en matière de résolution de problèmes suivant la méthode de Shure et Spivack (1982). Les familles de la troisième catégorie, en plus de remplir les engagements des deux premiers groupes, participent à 14 sessions visant à perfectionner leurs pratiques éducatives selon la méthode de Guernsey (1977). Les analyses montrent que cette dernière catégorie de familles obtient les meilleurs résultats quant à l'amélioration des habiletés des enfants et quant à la réduction de leurs problèmes de comportement; les pratiques éducatives des parents deviennent plus adéquates; la famille fonctionne mieux et recèle un meilleur climat qu'auparavant. On note également une réduction de la consommation de cigarettes et d'alcool chez les enfants plus âgés, et un affaiblissement de l'intention de consommer ces substances chez les plus jeunes. Enfin, les parents ont eux-mêmes réduit leur propre consommation et ont amélioré leur sentiment d'efficacité à titre de parents.

Le SFP a été évalué auprès de plusieurs clientèles vulnérables sous l'angle socioculturel (voir Kumpfer *et al.*, 1996). Une version québécoise de ce programme a été appliquée auprès de familles comportant un parent alcoolique en traitement (Beaudoin, 1996).

Deux autres programmes de type ciblé s'adressent aussi aux enfants et aux familles comportant un parent alcoolique. Le premier, le Michigan State University Multiple Risk Outreach Program (Maguin, Zucker et Fitzgerald, 1994 ; Nye, Zucker et Fitzgerald, 1995), vise des familles dont le père a été reconnu coupable d'ivresse au volant et qui comporte un enfant âgé entre 3 et 6 ans. Vu le risque élevé pour les enfants de père alcoolique de présenter des problèmes de comportement, eux-mêmes précurseurs de toxicomanie à l'adolescence, l'objectif de ce programme vise à réduire les problèmes de comportement chez les enfants en enseignant aux parents des moyens de discipliner les comportements difficiles de leur enfant et, alternativement, à augmenter les comportements appropriés. Une partie du programme touche aux éventuels conflits conjugaux et à divers autres problèmes familiaux. Incidemment, ce programme s'adresse uniquement aux familles dont les deux parents (y compris donc le père alcoolique) vivent avec l'enfant. Une évaluation de ce programme porte sur un groupe dont environ la moitié des pères alcooliques affichaient aussi une personnalité antisociale. Les résultats à court terme montrent que les enfants du groupe expérimental ont augmenté leurs comportements appropriés et diminué leurs comportements inappropriés en comparaison des enfants d'un groupe témoin initialement répartis au hasard. Il reste toutefois à démontrer que ces effets se répercuteront favorablement sur les tendances adolescentes (soit la variable distale). Le plan de recherche semble néanmoins rigoureux et un suivi à long terme des jeunes et de leurs familles est prévu. De plus, ce programme suit les suggestions faites par divers groupes de chercheurs de centrer les efforts de prévention sur les enfants exposés à des facteurs de risque bien connus : alcoolisme parental, pratiques disciplinaires déficientes ou erratiques, problèmes de comportement et conflits au sein de la famille (Hawkins *et al.*, 1992b ; Zucker et Noll, 1987).

Le dernier programme évalué qui a ciblé spécifiquement les enfants de parents alcooliques est celui de Emshoff et de ses collaborateurs. Contrairement à l'équipe de Zucker qui cible les enfants d'âge préscolaire, Emshoff et coll. interviennent en milieu scolaire. Leur stratégie courante consiste à réunir les enfants de parents alcooliques en petits groupes afin de stimuler chez eux l'acquisition de diverses habiletés personnelles et interpersonnelles (Ayers, Short, Gensheimer, Roosa et Sandler, 1988 ; Emshoff, 1989). Les séances en groupe ont aussi pour objectif de fournir un réseau de soutien social aux sujets vulnérables. On ne vise pas ici à modifier l'environnement familial, mais plutôt à faire découvrir ou à stimuler des ressources personnelles permettant de faire face à d'éventuelles difficultés. Les résultats disponibles pour ce qui concerne la consommation de psychotropes se révèlent positifs (Emshoff, 1989). Toutefois, cette approche crée divers problèmes d'ordre pratique, sinon éthique. Premièrement, il n'est pas facile d'identifier les enfants de parents alcooliques ou encore il n'est pas sûr que les parents accepteront de participer au programme de prévention proposé. Deuxièmement, l'identification des enfants à l'école risque de les stigmatiser aux yeux des enseignants et des pairs. Enfin, le fait de regrouper des enfants en difficulté peut entraîner des effets iatrogènes comme l'ont souligné Dishion, McCord et Poulin (1999).

Il existe évidemment plusieurs autres programmes qui visent à prévenir la consommation précoce ou abusive de substances psychoactives. Puisque ces programmes, de type universel ou ciblé, ne s'adressent pas spécifiquement à des enfants de parents alcooliques ou toxicomanes, il n'en est pas fait mention ici. Des recensions critiques sont toutefois disponibles (par exemple, Tobler *et al.*, 2000 ou Vitaro et Carbonneau, 2000).

Par ailleurs une situation de haut risque mérite une attention particulière en raison de ses conséquences néfastes sur les enfants et de son caractère facilement modifiable dans une optique préventive. Il s'agit de la consommation de tabac, d'alcool ou d'autres drogues pendant la grossesse, tant par la mère que par le conjoint pour ce qui concerne le tabac compte tenu de la portée de la fumée secondaire. La consommation d'alcool ou de drogue durant la période prénatale peut nuire au développement du fœtus et présage une kyrielle de problèmes chez les enfants à naître. Plusieurs travaux de recherche montrent que la consommation de cigarettes est tout aussi nocive (voir Dauphin et Gendreau, sous presse; Thapar *et al.*, 2003). La situation se complique encore quand les mères font un usage abusif et simultané de tabac, d'alcool et d'autres drogues, ce qui se produit plus fréquemment chez les jeunes mères aux prises avec divers problèmes d'ordre personnel et socio-économique. Modifier à la baisse de telles pratiques chez ces jeunes mères aurait un impact majeur en termes de prévention des problèmes d'adaptation chez les enfants.

Olds et coll. (1998) ont établi un programme destiné aux jeunes mères seules et démunies, pendant leur grossesse et après l'accouchement. En comparaison d'un groupe témoin initialement établi au hasard, les résultats montrent moins de négligence parentale et moins de dépendance aux prestations gouvernementales chez les mères du groupe expérimental. Les résultats montrent aussi que celles-ci consomment moins de tabac et de substances psychotropes. On note enfin une meilleure adaptation sociale et scolaire de leurs enfants au primaire et au secondaire. Ce programme qui a donné naissance au Programme « Jeunes Parents » actuellement déployé dans les CLSC du Québec implique des visites à domicile de la part d'infirmières préalablement entraînées ; celles-ci tâchent d'aider les jeunes mères à surmonter diverses difficultés d'ordre personnel et de leur enseigner certaines attitudes et pratiques éducatives propices au développement des enfants.

Il reste à espérer que les intervenants des CLSC se préoccupent aussi de la consommation de tabac, d'alcool et de drogue chez les jeunes mères et qu'ils seront en mesure d'évaluer l'efficacité du programme « Jeunes Parents » dans son ensemble et au niveau de la consommation de psychotropes en particulier. On souhaite également que ce programme mette à profit les éléments de résilience disponibles dans l'environnement naturel des enfants à naître plutôt que de s'y substituer. Comme le soulignaient Werner et Smith (1993), les enfants de parents alcooliques résilients évoquent souvent des membres de leur famille ou de leur communauté à titre de personnes ressources préférablement aux professionnels de la santé ou des services sociaux. Ces derniers peuvent néanmoins exercer un rôle important de coordination pour ce qui est d'établir ou d'épanouir de tels liens.

D'autres stratégies ont pour objectif de rétablir une certaine harmonie familiale ou d'améliorer les pratiques éducatives des parents. Kumpfer et Alvarado (2003) fournissent une précieuse recension de divers programmes de prévention destinés aux parents et aux familles comportant un enfant vulnérable. Également, deux méta-analyses de Serketick et Dumas (1996) révisent l'ensemble des programmes destinés à l'amélioration des pratiques éducatives chez les parents alors que celle de Tobler et Kumpfer (2000) passe en revue les programmes visant l'amélioration des relations familiales.

Certains résultats de recherche suggèrent qu'il est parfois préférable que l'enfant s'éloigne temporairement du parent alcoolique ou toxicomane, ou encore qu'il apprenne à se détacher de celui-ci, sinon de toute sa famille (McCord, 1988). C'est à ce moment que les agents de

socialisation extra-familiaux deviennent pratiquement indispensables. Récemment, certains auteurs ont proposé un programme générique de prévention qui met directement à profit les connaissances acquises sur les facteurs de résilience (Waaktaar, Christie, Borge et Torgersen, 2004). Ces derniers proposent des stratégies qui font appel au soutien de pairs prosociaux et favorisent l'établissement de relations sociales satisfaisantes à l'extérieur de la famille. Ces auteurs proposent aussi des activités de groupe qui posent à l'horizon des jeunes certains apprentissages cognitifs. Enfin, ils suggèrent un certain développement de la créativité et ils insistent sur la nécessité pour le jeune de faire le lien entre les expériences positives qu'il traverse et les plans qu'il envisage pour l'avenir. Malheureusement, seules quelques études de cas ont servi à l'évaluation.

Tableau récapitulatif

- La vulnérabilité individuelle au plan génétique ou psychophysiologique peut modérer l'effet d'une exposition à des facteurs de risque d'origine sociofamiliale tel une dépendance parentale. Elle peut aussi enclencher une chaîne d'événements favorables ou défavorables au plan de l'environnement sociofamilial.
- En retour, l'environnement sociofamilial peut exercer un effet modérateur important sur les liens entre la vulnérabilité génétique ou psychophysiologique et l'adaptation des individus. L'analyse des interactions ou des corrélations gènes-environnement constitue la base de la recherche future sur les facteurs de résilience.
- Les facteurs de résilience et de protection identifiés chez les enfants de parents alcooliques ou toxicomanes s'apparentent à ceux identifiés chez les enfants exposés à une variété d'autres facteurs de risque. Il s'agit en fait de facteurs de résilience/protection de type générique. Ces facteurs sont présentés aux tableaux 1 et 2.
- Des facteurs de résilience de type générique suggèrent une démarche de prévention de type également générique.
- Il existe quelques programmes de prévention qui se sont adressés spécifiquement à des enfants de parents alcooliques ou toxicomanes. Les résultats sont globalement positifs mais plusieurs lacunes méthodologiques, en particulier, un suivi à long terme, interdit toute conclusion définitive. Par ailleurs, le contenu et les stratégies de ces programmes de prévention ressemblent à ceux utilisés auprès d'enfants exposés à divers autres facteurs de risque. Ces programmes tournent essentiellement autour de deux cibles et de deux axes : d'une part, améliorer les compétences personnelles des enfants et, d'autre part, améliorer les pratiques éducatives des parents et l'harmonie familiale. Nous croyons qu'à la lumière des percées réalisées au cours de la dernière décennie en matière de prévention, il serait possible de mettre sur pied des programmes plus complets et possiblement plus efficaces de prévention auprès des enfants de parents avec une dépendance.

Conclusions et recommandations

PAR RAPPORT À LA RECHERCHE

ASPECTS MÉTHODOLOGIQUES

L'apport clé des recherches sur la résilience réside dans l'attention portée aux facteurs de réussite malgré la présence de facteurs de risque. Toutefois, la recherche sur la résilience a souvent ignoré ou confondu les facteurs de résilience/protection (limités aux facteurs de modulation tel que discuté précédemment) et les facteurs bénéfiques qui exercent un effet compensatoire sur les facteurs de risque. On l'a aussi critiquée pour la faiblesse des devis de recherche utilisés : sur ce point, la recherche sur la résilience est condamnée à des résultats biaisés et à des conclusions incertaines si elle néglige les devis longitudinaux à partir de l'âge le plus tendre, les instruments de mesure fiables, les analyses statistiques appropriées et des échantillons populationnels de taille suffisante ou composés de groupes appariés sur les variables pertinentes de contrôle. On lui reproche enfin le flou qui entoure la notion d'adaptation réussie chez les enfants résilients et le manque d'intégration de divers niveaux d'analyse susceptibles d'expliquer les mécanismes de résilience (Luthar et Cicchetti, 2000a ; Masten, 2001).

Un défi important pour la recherche sur la résilience consiste donc à définir rigoureusement en quoi consiste une *adaptation réussie*; la plupart des auteurs se contentent de considérer l'absence de problèmes d'adaptation à titre de critère de résilience (Jessor, Van Den Bos, Vanderryn, Costa, & Turbin, 1995 ; Rutter, 1999). Néanmoins, certains y ajoutent l'acquisition de compétences (Masten et Coastworth, 1998). Ces deux critères restent plus ou moins difficiles à concilier puisqu'un même individu peut déployer des compétences dans certains domaines de fonctionnement tout en manifestant des problèmes ailleurs. De plus, la notion d'adaptation réussie dépend des normes sociales qui varient en fonction de l'appartenance ethnique, des habitudes culturelles et de la situation géographique (Werner, 1993). Les critères de résilience doivent également être ajustés aux domaines de fonctionnement de même qu'à la période du développement concernée. Ils ne s'appliquent pas uniformément à tous les domaines de fonctionnement ni à toutes les périodes de développement, *a fortiori* quand les normes varient. Il reste en effet possible que des enfants ne soient résilients que sous certains angles de la personnalité ou seulement dans quelques secteurs de l'expérience ou encore à une certaine période de leur développement (Cicchetti *et al.*, 1993 ; Luthar *et al.*, 2000). Même si certaines études montrent que les enfants et les adolescents résilients deviennent, en règle générale, des adultes bien adaptés, la continuité de la résilience n'est pas pour autant garantie (Masten et Curtis, 2000 ; Werner, 1995). À l'instar de certains auteurs (Cicchetti, 2003), nous soulignons l'importance d'examiner les facteurs de résilience/protection non pas sous l'angle de l'absence de problèmes d'adaptation à un tel moment isolé de la vie des individus mais sur plusieurs séquences échelonnées sur une longue période de développement (petite enfance, enfance, adolescence, début de l'âge adulte et ainsi de suite). Ces divers temps de mesure serviraient à établir des profils ou des trajectoires de développement qui témoigneraient du développement réussi ou non réussi chez les individus pendant un stade complet de développement (en guise d'illustration, voir Vitaro, Carbonneau, Tremblay et Gosselin, sous presse). Nous proposons d'établir de tels profils de développement dans les divers domaines de fonctionnement pertinents à chaque stade de développement. Une attention particulière devrait d'ailleurs être

accordée aux périodes de transition entre deux stades de développement en ce qu'elles sont souvent révélatrices de difficultés d'adaptation vu les nouveaux défis qui les accompagnent.

Concernant la recherche sur la résilience, nous avons déjà mentionné la difficulté que représente le critère d'équivalence des facteurs de risque auxquels sont exposés les groupes examinés résilients et non résilients (Rutter, 2000). Ces facteurs ne sont pas toujours définis clairement, ignorant ou négligeant la perception des individus concernés ou les mécanismes et autres paramètres relatifs à leur mode d'action (Luthar et Cushing, 1999). En outre, les mêmes facteurs de risque émanant de l'environnement sociofamilial n'ont pas toujours d'effets aussi néfastes sur les processus d'adaptation de certains enfants génétiquement mieux équipés pour leur faire face (Caspi *et al.*, 2002, 2003). On peut penser, par exemple, que d'être génétiquement épargné de certains facteurs de vulnérabilité puisse bloquer tout à fait ou partiellement l'enchaînement psychosocial précurseur de problèmes d'adaptation.

PLUSIEURS NIVEAUX D'ANALYSE

Les recherches futures dans le domaine de la résilience devraient intégrer divers niveaux d'analyse dont, en premier lieu, celui du génotype tel que mis au jour par la génétique moléculaire ou la génétique quantitative. Ce niveau d'analyse permettrait éventuellement de détecter des éléments de vulnérabilité, puis, le cas échéant, d'intervenir en priorité au niveau des manifestations phénotypiques éventuellement exacerbées ou susceptibles de l'être sous l'effet d'expériences sociales stressantes.

Le deuxième niveau d'analyse devrait viser les facteurs de risque auxquels l'enfant est exposé. Ce niveau d'analyse inclut évidemment les facteurs liés à l'alcoolisme ou à la toxicomanie des parents mais il tient également compte de ce qui a trait au phénomène de co-morbidité, c'est-à-dire d'autres facteurs susceptibles d'augmenter le stress tels la psychopathologie des parents ou leurs pratiques éducatives bancales et d'autres variables afférentes (conflits conjugaux, piètre situation économique, maltraitance, négligence, etc.). Ce niveau doit également tenir compte des effets neurophysiologiques que la consommation d'alcool ou de drogue, ou encore l'accoutumance au tabac ont pu infliger à l'enfant avant ou après sa naissance.

Un troisième niveau d'analyse concerne les expériences sociales positives et négatives auxquelles l'enfant est exposé tout au long de son développement. Celles-ci impliquent les adultes de la famille élargie et les adultes significatifs à l'extérieur de la famille, mais aussi la fratrie et les pairs. Les apprentissages cognitifs et comportementaux qui en découlent ainsi que les perceptions que les enfants en dégagent importent également. Ce troisième niveau inclut finalement les dispositions cognitives et sociocognitives aussi bien que les traits de personnalité de l'enfant qui méritent d'être pris en compte le plus tôt possible et tout au long de son développement.

Le quatrième niveau devrait s'attacher aux processus qui, précisément, distinguent les enfants résilients des autres toutes choses étant égales par ailleurs. Il s'agit en somme d'une micro-analyse des processus transactionnels entre l'enfant et les agents ou les expériences de socialisation auxquels il est exposé (par exemple, la manière d'affronter un défi scolaire ou social, ou encore le message sociocognitif et affectif qu'il en retire en terme de sentiment de compétence ou d'estime

de soi). Enfin, un cinquième et dernier niveau d'analyse examine le fonctionnement de l'enfant dans divers domaines d'expérience afin de bien cerner les champs d'adaptation réussie, plus ou moins réussie et les champs d'inadaptation, et ce à diverses étapes de son parcours allant de la petite enfance à l'âge adulte, en insistant particulièrement sur les séquences charnières entre deux stades. Un tel suivi doit également inclure les nouvelles expériences, positives ou négatives, auxquelles l'enfant continue d'être exposé en ce que celles-ci, tout autant que les expériences passées, peuvent jouer sur son degré d'adaptation ultérieure. Plusieurs travaux de recherche montrent en effet que des individus qui ont été exposés à des agents de stress sévère peuvent néanmoins récupérer au gré de conditions favorables comme en témoignent éloquemment les enfants des orphelinats roumains adoptés par des familles adéquates (Rutter, sous presse). Cela dit, une forte variabilité individuelle demeure pour ce qui regarde la réhabilitation de ces enfants; dans certains cas, des séquelles du retard accumulé demeurent en dépit des hautes qualités du nouvel environnement.

On ne doit pas davantage négliger l'appartenance sexuelle des enfants concernés par ce genre d'études. En effet, les garçons semblent plus vulnérables que les filles au chapitre des stress sociofamiliaux (Earls, 1987) quoique les résultats de certains travaux soient, sur ce point, plutôt équivoques (Zaslow, 1988, 1989). De la même manière, l'âge auquel l'enfant est exposé aux facteurs de risque ou de stress mérite d'être considéré. Bien que peu de recherches éclairent cet aspect, l'intervalle 2-6 ans semble particulièrement fragile (Rutter, 1979). Pour approfondir cette dimension, on doit examiner des enfants de divers âges, issus de parents alcooliques et toxicomanes (incluant les enfants de parents entre temps réhabilités).

PAR RAPPORT À L'INTERVENTION

Précédemment, nous avons proposé un modèle de prévention de type générique qui vise à favoriser chez l'enfant vulnérable l'acquisition d'un maximum de compétences personnelles et l'intégration d'un maximum d'expériences propices à la résilience et ce, autant que possible, dans la famille et en dehors de la famille. Il ne faut cependant pas oublier, comme le rappelle Rutter (sous presse), que la résilience n'a pas toujours lieu dans tous les domaines de l'existence. Il importe donc de détecter les champs spécifiques où s'exprime la vulnérabilité de tel enfant dans le but de proposer des stratégies appropriées et efficaces en faveur de la résilience dans ces domaines. Ces stratégies spécifiques et les expériences d'apprentissage requises peuvent être mises en place avant, pendant ou même après la période d'exposition aux facteurs de risque quitte à subir une constante évaluation en termes d'efficacité.

Une évaluation rigoureuse dans un contexte expérimental se révèle indispensable du point de vue de la recherche pour au moins deux raisons. Premièrement, si l'acquisition des compétences favorables à la résilience se traduit par une meilleure adaptation chez les enfants du groupe expérimental comparativement à ceux du groupe témoin initialement équivalent, il devient alors possible :

- de constater de manière objective les changements souhaités (à la condition d'utiliser différentes sources d'évaluation et des instruments de mesure valides sur plusieurs temps de mesure) ;

- d'attribuer ces changements aux stratégies d'intervention plutôt qu'aux sources habituelles d'invalidité interne dont, entre autres, le passage du temps, la répétition des mesures et les attentes positives.

Deuxièmement, une intervention préventive tenue pour réussie à la suite de l'acquisition de compétences favorables à la résilience et de l'intégration d'expériences de résilience dans le groupe expérimental par rapport au groupe contrôle constitue le meilleur et le seul moyen de vérifier le coefficient causal de ces compétences et expériences eu égard à l'adaptation ultérieure des enfants vulnérables (issus de parents alcooliques et de parents toxicomanes). Après avoir réparti au hasard les enfants vulnérables dans un groupe expérimental et dans un groupe de contrôle, la façon la plus sûre de démontrer la puissance causale d'un facteur de résilience consiste d'abord à déployer les efforts requis pour l'implanter dans le groupe expérimental et, ensuite, à comparer le niveau d'adaptation des enfants du groupe expérimental à celui des enfants du groupe témoin. Toutes choses étant égales par ailleurs, une meilleure adaptation des participants du groupe expérimental peut être considérée comme le résultat d'une manipulation du facteur de résilience. L'absence de différence entre le groupe expérimental et le groupe de contrôle témoignerait, au contraire, de la facticité du facteur présumé de résilience ou de l'inefficacité des stratégies d'intervention déployées pour assurer sa mise en place. Évidemment, on peut être contraint de « manipuler » plusieurs facteurs de résilience de front pour atteindre une efficacité maximale. Il deviendra dans ce cas impossible de déterminer de quel facteur de résilience spécifique dépendent les effets positifs. La possibilité d'un échec ou d'effets iatrogènes devrait enfin suffire à justifier l'établissement d'un groupe témoin, écartant tout dilemme éthique (tant et aussi longtemps que l'efficacité des stratégies d'intervention n'est pas clairement établie).

Plusieurs auteurs préconisent l'utilisation de programmes de prévention, considérés alors comme des « manipulations expérimentales » des variables de résilience, pour cerner coefficient causal de celles-ci par rapport à l'enchaînement des développements psychosociaux menant naturellement à une adaptation réussie (Weersing et Weisz, 2002). Ainsi, en utilisant des études de prévention pour vérifier si les variables présumées de résilience (ou de compensation) jouent effectivement un rôle protecteur causal par rapport aux problèmes d'adaptation des enfants vulnérables concernés, un cycle complet se crée de la recherche à l'intervention et inversement, tout en maximisant les retombées des efforts de prévention.

Sans le financement d'équipes de recherche performantes, sans la collaboration active des milieux de pratique (Centres de traitement, CLSC, milieux scolaires) et sans une volonté politique claire et déterminée, il y a fort à parier que les idées avancées ici restent lettre morte.

Tableau récapitulatif

- La prochaine génération d'études sur la résilience doit adopter une perspective longitudinale et intégrer divers niveaux d'analyse.
- Les intervenants auprès d'adultes toxicomanes ou alcooliques devraient se préoccuper aussi des autres membres de la famille et en particulier des enfants. Ces derniers sont à risque de devenir leurs futurs clients. De concert avec les intervenants des CLSC et des milieux scolaires, il y aurait lieu de mettre sur pied un programme de prévention qui

s'inspirerait des travaux sur la résilience et de ceux sur la prévention pour intervenir précocement auprès des enfants de leurs clients dont plusieurs afficheront, dès un jeune âge, des signes avant-coureurs de problèmes d'adaptation à l'adolescence et à l'âge adulte.

- La présence d'un parent alcoolique ou toxicomane ne devrait toutefois pas constituer le seul facteur de risque pour dépister les enfants vulnérables. Une évaluation adéquate des caractéristiques psycho-physiologiques, comporte-mentales et cognitives des enfants devrait être incluse.
- La mise sur pied et l'évaluation de programmes de prévention dont les cibles et les stratégies s'inspireraient de la recherche sur la résilience permettrait de briser la transmission intergénérationnelle des problèmes d'adaptation au sein des familles alcooliques et toxicomanes. Une telle démarche permettrait aussi de tester le rôle causal des facteurs de résilience qui ont présidé, en principe, à la conception de ces programmes. Pour le moment, toutes nos connaissances en matière de risque et de résilience reposent sur des recherches corrélationnelles.

Liste de référence

1. Alterman, A. I., Searles, J. S., & Hall, J. G. (1989). Failure to find differences in drinking behavior as a function of familial risk for alcoholism: A replication. *Journal of Abnormal Psychology, 98*, 50-53.
2. Anthony, J. E. (1974). The syndrome of the psychologically invulnerable child. In E. J. Anthony & C. Koupernic (Eds.), *The child in his family: Children at psychiatric risk* (pp. 529-545). New York, NY: Wiley.
3. Ayers, T. S., Short, J. L., Gensheimer, L. K., Roosa, M. W., & Sandler, J. N. (1988). *The Stress Management and Alcohol Awareness Program: A preventative intervention for children of problem drinking parents*: Program for Prevention Research, Arizona State University, Tempe, AZ.
4. Baron, R. M., & Kenny, D. A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology, 51*, 1173-1182.
5. Bates, M., & Pandina, R. (1992). Familial alcoholism and premorbid cognitive deficit: A failure to replicate subtype differences. *Journal of Studies on Alcohol, 53*, 320-327.
6. Bearsdale, W. R., Son, L., & Vaillant, G. E. (1986). Exposure to parental alcoholism during childhood and outcome in adulthood: A prospective longitudinal study. *British Journal of Psychiatry, 149*, 584-591.
7. Beaudoin, J. (1996). *Programme d'aide pour les familles aux prises avec un problème de dépendance à l'alcool*. Mémoire de maîtrise, École de psychoéducation, Université de Montréal.
8. Bennett, L. A., Wolin, S. J., & Reiss, D. (1988a). Cognitive behavioral, and emotional problems among school-age children of alcoholic parents. *American Journal of Psychiatry, 145*, 185-190.
9. Bennett, L. A., Wolin, S. J., & Reiss, D. (1988b). Deliberate family process: A strategy Cicchetti for protecting children of alcoholics. *British Journal of Addiction, 83*, 821-829.
10. Caspi, A., McClay, J., Moffitt, T. E., Mill, J., Martin, J., Craig, I. W., Taylor, A., & Poulton, R. (2002). Role of genotype in the cycle of violence in maltreated children. *Science, 297*, 851-854.
11. Caspi *et al.* (2003). Influence of life stress on depression: Moderation by a polymorphism in the 5-HTT gene. *Science, 301*, 386-389.
12. Cicchetti, D., Rogosch, F. A., Lynch, M., & Holt, K. (1993). Resilience in maltreated children: Processes leading to adaptive outcome. *Development and Psychopathology, 5*, 629-647.
13. Cloninger, C. R. (1986). A unified biosocial theory of personality and its role in the development of anxiety states. *Psychiatric Developments, 3*, 167-226.
14. Dauphin, J., & Gendreau, P. L. (in press). Tabac et grossesse: Pourquoi et comment faut-il intervenir ? *Revue de psychoéducation*.
15. De Marsh, J., & Kumpfer, K. L. (1986). Family-oriented interventions for the prevention of chemical dependency in children and adolescents. In S. Griswold-Ezekoye, K. L. Kumpfer, & W. J. Bukoski (Eds.), *Childhood and chemical abuse: Prevention and intervention* (pp. 117-151). New York, NY: Haworth.

16. Dishion, T. J., McCord, J., & Poulin, F. (1999). When interventions harm: Peer groups and problem behavior. *American Psychologist*, *54*, 755-764.
17. Dobkin, P. L., Tremblay, R. E., Desmarais-Gervais, L., & Depelteau, L. (1994). Children of alcoholic father's physical health. *Addiction*, *89*, 1619-1628.
18. Earls, F. (1987). Sex differences in psychiatric disorders: Origins and developmental influences. *Psychiatric Developments*, *1*, 1-23.
19. Egeland, B., Carlson, E., & Sroufe, A. (1993). Resilience as process. *Development and Psychopathology*, *5*, 517-528.
20. Emshoff, J. G. (1989). A preventative intervention with children of alcoholics. *Prevention in Human Services*, *7*, 225-253.
21. Fitzgerald, H. E., Sullivan, L. A., Ham, H. P., Zucker, R. A., Bruckel, S., & Schneider, A. M. (1993). Predictors of behavior problems in three year-old sons of alcoholics: Early evidence for the onset of risk. *Child Development*, *64*, 110-123.
22. Garnezy, N. (1974). The study of competence in children at risk for severe psychopathology. In E. J. Anthony & C. Koupernik (Eds.), *The child in his family: Children at psychiatric risk* (Vol. 3, pp. 77-98). New York, NY: Wiley
23. Garnezy, N. (1991). Resilience and vulnerability to adverse developmental outcomes associated with poverty. *American Behavioral Scientist*, *34*, 416-430.
24. Gilles, R., & Hesselbrock, V. (1992). Cognitive functioning, ASP, and family history of alcoholism in young men at risk for alcoholism. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, *16*, 206-214.
25. Goodwin, D. (1979). Alcoholism and heredity: A review and a hypothesis. *Archives of General Psychiatry*, *36*, 57-62.
26. Guerney, B. G., Jr. (1977). *Relationship Enhancement Skills Training Program for therapy, problem prevention and enrichment*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
27. Hawkins, J. D., Catalano, R. F., & Miller, J. Y. (1992). Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin*, *112*, 64-105.
28. Heath, A. C., Cloninger, C. R., & Martin, N. G. (1994). Testing a model for the genetic structure of personality: A comparison of the personality systems of Cloninger and Eysenck. *Journal of Personality and Social Psychology*, *66*, 762-775.
29. Jacob, T., & Leonard, K. (1986). Psychosocial functioning in children of alcoholic fathers, depressed fathers and control fathers. *Journal of Studies on Alcohol*, *47*, 373-380.
30. Jessor, R., Van Den Bos, J., Vanderryn, J., Costa, F. M., & Turbin, M. S. (1995). Protective factors in adolescent problem behavior: Moderator effects and developmental change. *Developmental Psychology*, *31*, 923-933.
31. Johnson, H. L., Glassman, M. B., Fiks, K. B., & Rosen, T. S. (1989). Resilient children: Individual differences in developmental outcome of children born to drug abusers. *The Journal of Genetic Psychology*, *151*, 523-539.
32. Kendler, K. S., Myers, J. M., & Neale, M. C. (2000). A multidimensional twin study of mental health in women. *American Journal of Psychiatry*, *157*, 506-513.
33. Kumpfer, K. L., & De Marsh, J. (1986). Family environmental and genetic influences on children's future chemical dependency. In S. Griswold-Ezekoye, K. L. Kumpfer, & W. J. Bukosi (Eds), *Childhood and chemical abuse: Prevention and intervention* (pp. 49-91). New York, NY: Haworth Press.

34. Kumpfer, K. L., Molgaard, V., & Spoth, R. (1996). The strengthening families program for the prevention of delinquency and drug use. In R. de V. Peters & R. J. McMahon (Eds.), *Preventing and delinquency* (pp. 241-267). Thousand Oaks, CA: Sage.
35. Kumpfer, K. L., & Alvarado, R. (2003). Family-strengthening approaches for the prevention of youth problem behaviors. *Journal of the American Psychological Association, 58*, 457-465.
36. Luthar, S. S. (1999). Measurement issues in the empirical study of resilience: An overview. In M. Glanz & J. L. Johnson (Eds.), *Resilience and development: Positive life adaptations* (pp. 129-160). New York, NY: Plenum.
37. Luthar, S. S. (2003). *Resilience and vulnerability: Adaptation in the context of childhood adversities*. New York, NY: Cambridge University Press.
38. Luthar, S. S., & Cushing, G. (1999). Neighborhood influences and child development: A prospective study of substance abusers' offspring. *Developmental Psychology, 11*, 763-784.
39. Luthar, S. S., Cicchetti, D., & Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development, 71*, 543-562.
40. Luthar, S. S., & Cicchetti, D. (2000). The construct of resilience: Implications for interventions and social policies. *Development and Psychopathology, 12*, 857-885.
41. Luthar, S. S., D'Avanzo, K., & Hites, S. (2003). Maternal drug abuse versus other psychological disturbances: Risks and resilience among children. In S. S. Luthar (Ed.), *Resilience and vulnerability: Adaptation in the context of childhood adversities* (ch. 5, pp. 104-129). Cambridge: Cambridge University Press.
42. Maguin, E., Zucker, R. A., & Fitzgerald, H. E. (1994). The path to alcohol problems through conduct problems: A family-based approach to early intervention with risk. *Journal of Research on Adolescence, 4*, 249-269.
43. Masten, A. S. (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development. *American Psychologist, 65*, 227-238.
44. Masten, A. S., & Coatsworth, J. D. (1998). The development of competence in favourable and unfavourable environments: Lessons from research on successful children. *American Psychologist, 53*, 205-220.
45. Masten, A. S., & Curtis, W. J. (2000). Integrating competence and psychopathology: Pathways toward a comprehensive science of adaptation in development. *Development and Psychopathology, 12*, 529-550.
46. Masten, A. S., & Reed, M.-G. (2002). Resilience in development. In C. R. Snyder & S. J. Lopez (Eds.), *The handbook of positive psychology* (pp. 74-88). New York, NY: Oxford University Press.
47. McCord, J. (1988). Identifying developmental paradigms leading to alcoholism. *Journal of Studies on Alcohol, 49*, 357-362.
48. McCord, J. (1990). Longterm perspectives on parental absence. In L. N. Robins & M. Rutter (Eds.), *Straight and devious pathways from childhood to adulthood* (pp. 116-134). Cambridge: Cambridge University Press.
49. McCord, J. (1991). Family relationships, juvenile delinquency, and adult criminality. *Criminology, 29*, 397-417.
50. Moe, V. (2002). Foster-placed and adopted children exposed in utero to opiates and other substances: Prediction and outcome at four and a half years. *Developmental and Behavioral Pediatrics, 23*, 330-339.

51. Nye, C. L., Zucker, R. A., & Fitzgerald, H. E. (1995). Early intervention in the path to alcohol problems through conduct problems: Treatment involvement and child behavior change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63*, 831-840.
52. Olds, D., Henderson, C. J., Cole, R., Eckenrode, J., Kitzman, H., Luckey, D. et al. (1998). Long-term effects of nurse home visitation on children's criminal and antisocial behavior: 15-year follow-up of a randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association, 280*, 1238-1244.
53. Olson, H., O'Connor, M. J., & Fitzgerald, H. E. (2001). Lessons learned from study of the developmental impact of parental alcohol use. *Infant Mental Health Journal, 22*, 271-290.
54. Pandina, R. J., & Johnson, V. (1989). Familial drinking history as a predictor of alcohol and drug consumption among adolescent children. *Journal of Studies on Alcohol, 50*, 245-254.
55. Patterson, G. (1975). Professional guide for families and living with children. *Developmental and Behavioral Pediatrics, 11*, 201-209.
56. Pérusse, D., Vitaro, F., Robaey, P., & Brendgen, M. (2003). *La transmission intergénérationnelle des problèmes de jeux de hasard et d'argent: une étude génétiquement informative*. Projet de recherche subventionné par le Fonds québécois de recherche sur la société et la culture.
57. Reich, W., Earls, F., Frankel, O., & Powell, J. J. (1988). A comparison of the home and social environments of children of alcoholic and non-alcoholic parents. *British Journal of Addiction, 83*, 831-839.
58. Rolf, J. E., & Johnson, J. L. (1999). Opening doors to resilience intervention for prevention research. In M. D. Glantz & J. L. Johnson (Eds.), *Resilience and development: Positive life adaptations* (ch. 11, pp. 229-249). New York, NY: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
59. Russell, M. (1990). Prevalence of alcoholism among children of alcoholics. In M. Windle & J. S. Searles (Eds.), *Children of alcoholics: Critical perspectives* (pp. 9-38). New York, NY: Guilford Press.
60. Rutter, M. (1971). Parent-child separation: Psychological effects on the children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 12*, 233-260.
61. Rutter, M. (1979). Protective factors in children's responses to stress and disadvantage. In M. W. Kent & J. E. Rolf (Eds.), *Primary prevention of psychopathology: Social competence in children* (pp. 49-74). Hanover, NH: New England Press.
62. Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry, 57*, 316-331.
63. Rutter, M. (1999). Resilience concepts and findings: Implications for family therapy. *Journal of Family Therapy, 21*, 119-144.
64. Rutter, M. (2000). Resilience reconsidered: Conceptual considerations, empirical findings, and policy implications. In J. P. Shonkoff & S. J. Meisels (Eds.), *Handbook of early childhood intervention* (2nd ed., pp. 651-682). New York, NY: Cambridge University Press.
65. Rutter, M. (2003). Genetic influences on risk and protection: Implications for understanding resilience. In S. S. Luthar (Ed.), *Resilience and vulnerability: Adaptation in the context of childhood adversities* (pp. 489-509). Cambridge: Cambridge University Press.
66. Rutter, M. (in press). Natural experiments, causal influences, and policy development. In M. Rutter & M. Tienda (Eds.), *Ethnic variations in intergenerational continuities and discontinuities in psychosocial features and disorders*. New York & London: Cambridge University Press.

67. Rutter, M., Dunn, J., Plomin, R., Simonoff, E., Pickles, A., Maughan, B., Ormel, J., Meyers, J., & Eaves, L. (1997). Integrating nature and nurture: Implications of person-environment correlations and interactions for developmental psychopathology. *Development and Psychopathology, 9*, 335-364
68. Rutter, M., Pickles, A., Murray, R., & Eaves, L. (2001). Testing hypotheses on specific environmental causal effects on behavior. *Psychological Bulletin, 127*, 291-324.
69. Rydelius, P. A. (1981). Children of alcoholic fathers: Their social adjustment and their health status over 20 years. *Acta Paediatrica Scandinavia*, Supplement 286.
70. Serbin, L. A., & Karp, J. (2004). The intergenerational transfer of psychosocial risk: Mediators of vulnerability and resilience. *Annual Review of Psychology, 55*, 333-363.
71. Serketich, W. J., & Dumas, J. E. (1996). The effectiveness of behavioral parent training to modify antisocial behavior in children: A meta-analysis. *Behavior Therapy, 27*, 171-186.
72. Sher, K. J. (1991). *Children of alcoholics, a critical appraisal of theory and research*. Chicago, IL: The University of Chicago Press.
73. Sher, K. J. (1993). Children of alcoholics and the intergenerational transmission of alcoholism: a biopsychosocial perspective. In J. S. Baer, G. A. Marlatt, & R. J. McMahon (Eds.), *Addictive behaviors across the life span* (pp. 3-33). Newbury Park: Sage Publications.
74. Shure, M. B., & Spivack, G. (1982). Interpersonal problem-solving in young children: A cognitive approach to prevention. *American Journal of Community Psychology, 10*, 341-356.
75. Suomi, S. (2001). Parents, peers, and the process of socialization in primates. In J. Borkowski, S. Ramey, & M. Bristol-Power (Eds.), *Parenting and the child's world*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
76. Thapar, A., Fowler, T., Rice, F., Scourfield, J., van den Bree, M., Thomas, H., Harold, G., & Hay, D. (2003). Maternal smoking during pregnancy and attention deficit hyperactivity disorder symptoms in offspring. *The American Journal of Psychiatry, 160*, 1985-1989.
77. Tobler, N. S., & Kumpfer, K. L. (2000). *Meta-analysis of effectiveness of family-focused substance abuse prevention programs*. Report submitted to the Center for Substance Abuse Prevention, Rockville, MD.
78. Tobler, N. S., Roona, M. R., Ochshorn, P., Marshall, D. G., Streke, A. V., & Stackpole, K. M. (2000). School-based adolescent drug prevention programs: 1998 meta-analysis. *Journal of Primary Prevention, 20*, 275-336.
79. Vitaro, F., Dobkin, P. L., Carbonneau, R., & Tremblay, R. E. (1996). Personal and familial characteristics of resilient sons of male alcoholics. *Addiction, 91*, 1161-1177.
80. Vitaro, F., Tremblay, R. E., & Zoccolillo, M. (1999). Alcoolisme paternel, consommation de psychotropes à l'adolescence et facteurs de protection. *Revue Canadienne de Psychiatrie, 44*, 33-40.
81. Vitaro, F., Ladouceur, R., Paré, R., & Paré, L. (2002). *Le jeu chez les jeunes: antécédants, corrélats et subséquents*. Projet de recherche subventionné par le Fonds québécois de recherche sur la société et la culture.
82. Vitaro, F., & Caron, J. (2003). La prévention face à la comorbidité des problèmes d'adaptation et à la présence de déterminants multiples. In F. Vitaro & C. Gagnon (Eds.), *Prévention des problèmes d'adaptation chez les enfants et les adolescents. Tome II: Les problèmes externalisés* (pp. 577-586). Sainte-Foy, QC: Les Presses de l'Université du Québec.

83. Vitaro, F., & Gagnon, C. (2000). *Prévention des problèmes d'adaptation chez les enfants et les adolescents*. Sainte-Foy, QC: Presses de l'Université du Québec.
84. Waaktaar, T., Christie, H. J., Borge, A. I. H., & Torgersen, S. (2004). How can young people's resilience be enhanced? Experiences from a clinical intervention project. *Clinical Child Psychology and Psychiatry, 9*, 167-183.
85. Weersing, V. R., & Weisz, J. R. (2002). Mechanisms of action in youth psychotherapy. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 43*, 3-29.
86. Werner, E. E. (1986). Resilient offspring of alcoholics: a longitudinal study from birth to age 18. *Journal of Studies on Alcohol, 47*, 34-40.
87. Werner, E. E. (1993). Risk, resilience, and recovery: Perspectives from the Kauai Longitudinal Study. *Development and Psychopathology, 5*, 503-515.
88. Werner, E. E. (1995). Resilience in development. *Current Directions in Psychological Sciences, 4*, 81-85.
89. Werner, E. E. (1999, September). *The Children of Kauai: Multiple pathways from birth to midlife*. Paper presented at the Annual Conference of the Life History Research Society, Kauai, Hawaii.
90. Werner, E. E. (2000). Protective factors and individual resilience. In J. P. Shonkoff & S. J. Meisels (Eds.), *Handbook of early intervention* (2nd ed., pp.115-132). New York, NY: Cambridge University Press.
91. Werner, E. E., & Smith, R. S. (1982). *Vulnerable but invincible: A longitudinal study of resilient children and youth*. New York, NY: McGraw-Hill.
92. Werner, E. E., & Smith, R. S. (1993). *Overcoming the Odds: High risk children from birth to adulthood*. Ithaca, NY: Cornell University Press.
93. Werner, E. E., & Smith, R. S. (2001). *Journeys from childhood to midlife: Risk, resilience, and recovery*. Ithaca, NY: Cornell University Press.
94. West, D. J., & Farrington, D. P. (1973). *Who becomes delinquent?* London: Heinemann.
95. West, M. O., & Prinz, R. J. (1987). Parental alcoholism and childhood psychopathology. *Psychological Bulletin, 102*, 204-218.
96. Wolin, S. J., Bennet, L. A., Noonan, D. L., & Teitelbaum, M. A. (1980). Disrupted family rituals: A factor in the intergenerational transmission of alcoholism. *Journal of Studies on Alcohol, 41*, 199-214.
97. Zaslow, M. J. (1988). Sex differences in children's responses to parental divorce: I. Research methodology and postdivorce family forms. *American Journal of Orthopsychiatry, 58*, 355-378.
98. Zaslow, M. J. (1989). Sex differences in children's responses to parental divorce: II. Samples, variables, ages and sources. *American Journal of Orthopsychiatry, 59*, 118-141.
99. Zucker, R. A., & Noll, R. B. (1987). The interaction of child and environment in the early development of drug involvement: A far ranging review and a planned very early intervention. *Drugs and Society, 1*, 1-34.
100. Zucker, R. A., Wong, M. M., Puttler, L. I., & Fitzgerald, H. E. (2003). Resilience and vulnerability among sons of alcoholics: Relationship to developmental outcomes between early childhood and adolescence. In S. S. Luthar (Ed.), *Resilience and vulnerability: Adaptation in the context of childhood adversities* (ch. 4, pp. 76-103). Cambridge: Cambridge University Press.