



CHAPITRE

41

*Les enfants
de parents
alcooliques*

par Jane E. McNamee et David R. Offord

Les enfants de parents alcooliques

Rédigé par Jane E. McNamee, MA¹ et David R. Offord MD, FRCPC²

Le Groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique aborde ici pour la première fois le sujet des «enfants d'alcooliques». D'autres chapitres du présent ouvrage ont toutefois été consacrés à des questions connexes, comme le syndrome d'alcoolisme fœtal et la consommation excessive d'alcool. Nous nous attacherons ici aux enfants âgés de 0 à 18 ans, vivant avec un parent qui est alcoolique ou qui fait une consommation excessive d'alcool. Les données cliniques et les résultats de recherches recueillis aux quatre coins du monde indiquent clairement que ces enfants sont susceptibles de présenter un déficit intellectuel, des troubles du développement, un plus grand nombre de problèmes affectifs ainsi qu'un cortège de troubles psychologiques et comportementaux. Non seulement ces enfants sont-ils vulnérables, mais encore ils risquent de subir les conséquences négatives à long terme de l'alcoolisme de leurs parents. Cette élévation du risque est imputable à trois facteurs : 1) les prédispositions génétiques; 2) l'exposition intra-utérine à des facteurs tératogènes; 3) les conditions de vie de l'enfant élevé par des parents alcoolodépendants. On a recours à plusieurs tests de dépistage adaptés en vue de reconnaître les enfants d'alcooliques. Le plus fréquemment utilisé est le test de dépistage des enfants d'alcooliques («Children of Alcoholics Screening Test»), que l'enfant remplit lui-même. Il n'existe à peu près pas de services à l'intention des enfants d'alcooliques; on se contente généralement d'orienter l'enfant vers une thérapie individuelle, une thérapie de groupe ou des mouvements comme AI-Atot ou AI-Ateen. Bien que les médecins reconnaissent rarement le problème d'alcool chez les parents d'enfants hospitalisés, il n'a pas été établi que le recours au dépistage systématique chez les enfants d'alcooliques, en l'absence de plainte de la part de l'enfant, permettrait d'accroître le taux de détection de divers états morbides ou améliorerait la prise en charge de ces enfants. Les médecins devraient donc être à l'affût des facteurs éventuels de stress liés à l'alcool chez les enfants d'alcooliques ou de gros buveurs, en particulier lorsque ces enfants appartiennent à un groupe à risque élevé, comme les enfants hospitalisés à la suite de blessures. On encourage en outre les médecins à offrir du soutien aux enfants d'alcooliques et à les aider à admettre qu'ils ont le

¹ Agrégée de recherche, département de psychiatrie, Hôpitaux Chedoke McMaster et Centre d'études sur les enfants à risque, Hôpitaux Chedoke McMaster et Université McMaster, Hamilton (Ontario)

² Professeur de psychiatrie, Université McMaster, Hamilton (Ontario)

droit de solliciter de l'aide (recommandation C). Le lecteur trouvera également dans cet ouvrage un chapitre distinct sur la consommation excessive d'alcool (chapitre 42).

Ampleur du problème

Bien qu'on n'ait encore réalisé aucune étude épidémiologique de grande envergure en vue d'évaluer le nombre d'enfants au Canada qui ont des parents alcooliques, il y a tout lieu de croire que ce problème est très répandu. À partir des données de la *Drinking Practice Study*<2>, réalisée aux États-Unis en 1979, Russell et coll.<1> ont estimé qu'un enfant sur huit vivait dans un foyer alcoolique dans ce pays. Si l'on applique ce rapport aux statistiques démographiques canadiennes de 1991<3> ayant trait aux enfants âgés de 0 à 19 ans, on peut estimer que près d'un million d'enfants (environ 945 150) vivaient dans un foyer alcoolique au Canada en 1991. Ce nombre représente environ 12 % des enfants dans tous les groupes d'âge. Les données épidémiologiques recueillies dans d'autres pays font état de taux de prévalence analogues<4>.

Qu'entend-on par «l'alcoolisme des parents»? On a proposé un éventail de définitions au fil du temps et au gré des études. Ce concept, qui dans les premières études faisait référence aux antécédents familiaux avoués d'excès d'alcool ou d'alcoolodépendance chez le parent ou le grand-parent naturel, a désigné dans les études ultérieures<4,5> les parents décrits comme des «buveurs à risque»<6,7>, des «alcooliques en voie de guérison»<8,9>, ou des «alcooliques dont l'état a été diagnostiqué qui sont en voie de guérison»<10,11>, ou encore des personnes répondant aux critères systématiquement utilisés pour définir la consommation excessive d'alcool ou l'alcoolodépendance. On a le plus souvent eu recours aux critères du DSM-III relatifs à l'«abus d'alcool» ou à la «dépendance» pour évaluer la conduite alcoolique des parents<12,13,14>. Des questionnaires comme le test de dépistage de l'alcoolodépendance du Michigan (*Michigan Alcoholism Screening Test*)<15,16,17>, ou le test CAGE, qui comporte quatre questions<18,19,20>, ont en outre été utilisés afin d'évaluer la survenue, au cours de la vie du parent, d'incapacités consécutives à la consommation d'alcool et de symptômes liés à l'alcoolodépendance.

Des études systématiques portant sur la transmission de l'alcoolisme ont été menées dans des familles<21>, auprès de jumeaux<22>, d'enfants adoptés<23>, et de demi-frères<24>; leurs auteurs ont observé de façon constante que les enfants de parents biologiques alcooliques étaient plus exposés à l'alcoolisme que l'ensemble de la population. Selon une méta-analyse ayant trait à l'influence éventuelle de la relation entre le sexe du parent et celui de l'enfant sur la transmission de l'alcoolisme, les études familiales révèlent que l'alcoolisme du père est lié à une augmentation du taux

d'alcoolisme des enfants, qu'ils soient de sexe masculin ou féminin, tandis que celui de la mère est strictement lié à une élévation du taux d'alcoolisme des filles<25>. Les fils et les filles biologiques d'alcooliques sont quatre fois plus nombreux à devenir alcooliques que les enfants de non-alcooliques, et les filles d'alcooliques sont plus exposées à épouser un alcoolique<26>.

La littérature a largement fait état des effets nocifs de la consommation d'alcool au cours de la grossesse sur le fœtus, en particulier de la forme la plus complète du syndrome, qui associe un cortège de signes et de symptômes auxquels on a donné le nom de «syndrome d'alcoolisme fœtal» (SAF). Il a en outre été établi que des anomalies plus discrètes peuvent être induites par l'alcool, comme un retard de développement ou une déficience intellectuelle peu sévères<27>. Le lecteur trouvera de plus amples renseignements concernant le SAF au chapitre 5.

De façon générale, tant les études transversales que les études de suivi longitudinales révèlent que la vulnérabilité accrue des enfants aux psychopathies est fonction d'une interaction complexe entre l'alcoolisme parental et le milieu familial. Le fonctionnement global du milieu familial des enfants dont l'un des parents est alcoolique est altéré comparativement à celui des enfants de non-alcooliques<6>. On a comparé le milieu familial des enfants d'alcooliques selon qu'ils présentaient un ou plusieurs troubles psychiatriques recensés dans le DSM-III ou qu'ils étaient exempts de troubles mentaux. Cette étude a révélé que les «enfants perturbés» vivent dans un milieu où les effets nocifs de l'alcoolisation parentale se font davantage sentir, où les conflits parents-enfants sont plus fréquents et les interactions parents-enfants plus rares que chez les enfants n'ayant pas de troubles mentaux<6>. Les pères alcooliques sont plus nombreux que les non-alcooliques à adopter une attitude de rejet et à faire preuve de rudesse ou de négligence envers leurs enfants<7>. Le fait de vivre dans une famille dont l'un des parents est un alcoolique actif semble accroître le risque d'être victime de mauvais traitements ou de négligence<28>. Les enfants d'alcooliques signalent plus souvent avoir été victimes de violence familiale que les enfants de familles témoins<29>. Selon les résultats d'une vaste enquête réalisée aux États-Unis<12>, les enfants dont la mère entrait dans la catégorie des buveuses à risque étaient exposés à un risque relatif 2,1 fois plus élevé (intervalle de confiance (IC) à 95 % : 1,3-3,5) de subir des blessures graves (blessures entraînant une hospitalisation, une intervention chirurgicale, des absences scolaires et un alitement d'une demi-journée ou plus) par rapport aux enfants dont la mère ne buvait pas d'alcool. Pour ce qui est des enfants dont les deux parents sont des buveurs à risque, le risque relatif de subir une blessure grave était 2,7 fois plus élevé (IC à 95 % : 0,8-8,6) que chez les enfants dont les parents ne buvaient pas d'alcool.



L'enfant qui grandit dans une famille alcoolique est plus susceptible de présenter des troubles affectifs, des problèmes de santé, d'être victime de violence sexuelle et de négligence

Chez les sujets qui ont grandi auprès de parents alcooliques, on observe plus souvent à l'âge adulte une faible estime de soi et des sentiments marqués de dysphorie et d'anxiété<30>. Les taux de problèmes affectifs, en particulier d'anxiété, de dépression et de cauchemars, sont deux fois plus élevés parmi les enfants d'alcooliques chroniques que parmi les enfants de non-alcooliques ou d'ex-alcooliques<5>. Les enfants d'alcooliques sont plus nombreux à décrire leur enfance comme une période malheureuse<8> et à souffrir d'états dépressifs que l'ensemble de la population<31>.

L'alcoolisme parental ne contribue pas seulement à créer un climat familial défavorable, il entraîne également une augmentation du risque de troubles de l'adaptation, qui est évalué au moyen de l'inventaire des comportements de l'enfant (*Child Behaviour Checklist* ou *CBCL*)<13>. Les enfants de parents alcooliques ont obtenu un résultat significativement plus élevé tant au test d'évaluation de l'ensemble des troubles du comportement qu'aux deux échelles du *CBCL* relatives à l'intériorisation et à l'extériorisation. Leurs résultats étaient également significativement plus élevés selon l'échelle des plaintes somatiques. Une comparaison des enfants d'alcooliques et des enfants de non-alcooliques<16> a révélé que les premiers signalaient davantage de problèmes d'alcool et de drogues, attendaient davantage de renforcement positif de l'alcool, perdaient plus facilement la maîtrise d'eux-mêmes et étaient plus exposés aux troubles névrotiques et à la détresse psychiatrique. Ils avaient en outre un rendement scolaire inférieur et une moins grande aisance verbale que les témoins. L'enfant confronté à la fois à l'alcoolisme du parent et à un milieu familial défavorable était plus susceptible de présenter une psychopathie patente.

Des études préliminaires ont révélé que les enfants d'alcooliques avaient un quotient intellectuel moins élevé que les enfants de non-alcooliques<32>. Dans le cadre d'une étude longitudinale réalisée sur l'île Kauai, à Hawaïi<33>, on a suivi 49 enfants de parents alcooliques. Ces enfants avaient grandi dans la pauvreté chronique de leur naissance jusqu'à l'âge de 18 ans. Cinquante-neuf pour cent des enfants d'alcooliques ont semblé bien s'adapter et n'avaient pas connu de problèmes sérieux à l'âge de 18 ans. Toutefois, 41 % des enfants ont été confrontés à des problèmes d'adaptation et ont obtenu des résultats significativement plus faibles que le reste du groupe lorsqu'on a évalué leurs aptitudes verbales et leurs capacités en lecture et en écriture.

Une étude plus récente n'a montré aucune différence sur le plan du fonctionnement cognitif entre les enfants de familles alcooliques et non alcooliques<34>. Les auteurs d'une autre étude ont comparé des enfants dont le père était alcoolique à des enfants d'un groupe témoin; les premiers n'avaient pas de problèmes scolaires et ne présentaient pas davantage de troubles des conduites que les seconds. Dans cette

étude, toutefois, l'absentéisme scolaire était plus fréquent chez les filles d'alcooliques (mais non chez les fils)<35>.

La plupart des recherches font ressortir l'existence d'un lien entre l'alcoolisme parental et les troubles des conduites des enfants<36>. Cette observation semble s'appliquer à la fois aux troubles des conduites diagnostiqués qu'à certains troubles particuliers, comme le fait de mentir, de voler, de se battre et de faire l'école buissonnière<32>. Dans une récente étude prospective longitudinale, on a recueilli des données auprès d'un échantillon composé à la fois de femmes recrutées dans l'ensemble de la population qui avaient séjourné dans deux cliniques psychiatriques de Suède au cours d'une année<37>. Parmi les 497 enfants vivants, 54 étaient nés dans une famille dont l'un des parents était alcoolique. Les chercheurs ont évalué la santé, la croissance, le développement mental et l'état psychique des enfants entre leur naissance et leur entrée à l'école. Les enfants faisaient l'objet d'un suivi médical rigoureux et étaient évalués au moyen de l'échelle de développement de Griffith (*Griffith Development Scales*). À l'âge de 4 ans, on avait observé chez les enfants d'alcooliques un risque accru de mortalité prénatale et postnatale, un développement mental moins satisfaisant et davantage de symptômes d'un trouble psychiatrique patent (DSM-III) que chez les autres enfants. Toutefois, les retards de développement staturo-pondéral observés pendant la petite enfance disparaissaient vers l'âge de 4 ans.

Tous les enfants d'alcooliques ne sont pas également vulnérables. Même s'ils constituent une population à risque, au moins 60 % d'entre eux ne souffriront ni d'alcoolisme ni de troubles mentaux. Si une telle observation témoigne de la vulnérabilité variable des individus devant l'alcool, peut-être signifie-t-elle simplement que le groupe épargné n'a pas hérité des gènes responsables de la susceptibilité de ses parents à l'alcool. Les méthodes actuelles ne permettent pas d'établir une distinction entre les prédispositions biologiques et psycho-sociales. Selon une étude récente, après correction des données pour tenir compte du dénuement socio-économique et de la comorbidité familiale, les enfants de familles à risque élevé dont les antécédents d'alcoolisme ou d'excès d'alcool remontaient à plusieurs générations présentaient des taux de troubles pendant l'enfance analogues à ceux d'enfants à faible risque de familles témoins de la collectivité. Toutefois, cette étude portait strictement sur les troubles psychiatriques pendant l'enfance, et l'on n'y trouvait pas de données concernant le risque futur de troubles psychiatriques à l'âge adulte. Les auteurs d'une étude longitudinale<33> ont comparé les caractéristiques des enfants d'alcooliques non perturbés (59 % de l'échantillon) à celles des enfants ayant eu des problèmes d'adaptation. Les premiers avaient une attitude responsable, une image de soi positive, une bonne capacité de communiquer, un QI se situant au moins dans la moyenne et une plus grande source de détermination interne. Les auteurs d'une autre étude ont évalué les effets protecteurs d'une dynamique familiale

harmonieuse sur de jeunes adultes dont les parents étaient alcooliques<38>. Ils ont conclu qu'une susceptibilité biologique à l'alcool, c'est-à-dire le fait d'avoir un parent alcoolodépendant, n'était pas une condition nécessaire ni suffisante pour que les enfants d'alcooliques deviennent de jeunes adultes alcoolodépendants, mais que le risque était accru. Il semble que de bonnes relations familiales viennent contrebalancer les effets négatifs éventuels des antécédents familiaux d'alcoolisme.

Intervention

La qualité des recherches portant sur les enfants d'alcooliques est variable, mais on leur a surtout reproché l'omission de données pertinentes. On n'y trouve pas de définitions claires et uniformes de critères d'évaluation de la consommation d'alcool des parents, c'est pourquoi les méthodes d'évaluation de la conduite alcoolique du parent diffèrent d'une étude à l'autre et ne sont pas forcément comparables. Les auteurs ne tiennent généralement pas compte de la période pendant laquelle l'enfant a été en contact avec le parent alcoolique ni des effets variables de l'alcoolisme sur l'enfant selon le stade de développement de ce dernier. Il y a lieu d'examiner plus à fond l'influence du sexe; l'alcoolisme paternel est lié à une élévation du taux d'alcoolisme tant chez les fils que chez les filles d'alcooliques<25>. Souvent, les auteurs des études s'attachent exclusivement à l'alcoolisme parental et ne prennent pas en compte les facteurs confusionnels, comme le divorce des parents et le démantèlement ultérieur de la famille. En outre, l'orientation des programmes d'intervention n'a pas été clairement définie et repose sur au moins deux approches conceptuelles différentes : 1) empêcher les enfants d'alcooliques de devenir eux-mêmes des alcooliques; 2) et prévenir l'apparition de troubles psycho-sociaux chez ces enfants. Étant donné la non-comparabilité des programmes, des populations et des mesures des résultats et le fait qu'on ne tient pas compte des variables confusionnelles, on ne possède pas, dans la plupart des cas, de données suffisantes pour évaluer les interventions à l'intention des enfants d'alcooliques.

Tests de dépistage

Bien qu'on ait plus souvent recours aux antécédents familiaux comme stratégie de dépistage des enfants d'alcooliques, il existe un certain nombre d'instruments qui aident à reconnaître, parmi un grand nombre de sujets, ceux qui comptent des alcooliques parmi leurs parents ou d'autres membres de la famille. Certains de ces instruments sont en fait des adaptations de tests initialement conçus pour dépister directement l'alcoolisme (p. ex., le *MAST*; consulter à ce sujet le chapitre 42 sur la consommation excessive d'alcool) chez les adultes. L'un d'entre eux, le test de dépistage des enfants d'alcooliques

(*Children of Alcoholics Screening Test* ou *CAST*)<18> a essentiellement pour but d'évaluer le retentissement de l'alcoolisme parental sur l'enfant. Le *CAST* comporte 30 questions visant à reconnaître les enfants et les adolescents qui vivent avec au moins un parent alcoolique. Il permet d'évaluer les sentiments, les attitudes, les perceptions et les expériences des enfants confrontés à la conduite alcoolique de leur parent. On a établi qu'une réponse affirmative à 6 questions ou plus permettait de distinguer de façon significative les enfants d'alcooliques d'un groupe témoin d'enfants. Ce test a permis de reconnaître tous les enfants (100 %) d'alcooliques, que l'excès d'alcool ait été avoué par le sujet ou diagnostiqué en clinique<18>. Toutefois, 23 % des enfants dont les parents n'étaient pas alcooliques ont également donné plus de 6 réponses affirmatives. Comme les chercheurs n'avaient pas évalué la consommation d'alcool des parents des enfants du groupe témoin, ils n'étaient pas en mesure de préciser le taux réel d'alcoolisme de ces parents. On a évalué la fiabilité et la validité du *CAST* dans des populations d'adolescents<19>, d'adultes<20> et de personnes ayant des troubles mentaux<17>. Il a été établi que ce test permettait de distinguer les enfants de parents alcooliques de ceux de parents non alcooliques. On a noté une corrélation significative entre un résultat élevé au test *CAST* et une faible cohésion familiale, la fréquence des conflits familiaux et un manque de soutien général de la part de la famille<39>. Lorsque le test *CAST* est administré à des enfants âgés de 8 ans ou moins, il faut leur lire et leur expliquer chacune des questions. Les enfants de 9 ans et plus arrivent généralement à remplir eux-mêmes le questionnaire sans trop de difficulté.

Les auteurs d'une étude ont utilisé le *CAST* chez les enfants adolescents d'hommes chez qui l'on avait porté le diagnostic d'alcoolisme<19>. Les résultats obtenus étaient corrélés positivement à ceux de l'inventaire des événements de la vie (*Life Situations Check*), ce qui donne à entendre que le *CAST* rendrait compte de la présence de facteurs de stress imputables à l'alcool au sein de la famille. Les sujets adultes qui ont signalé qu'un (ou plusieurs) de leurs parents était alcoolique ont obtenu des résultats significativement plus élevés au test *CAST* que les autres sujets<20>. Il a été proposé d'utiliser plutôt une forme abrégée du *CAST* (voir tableau 1), plus facile à utiliser en clinique<17>. Bien que cet instrument de dépistage semble prometteur, il y a lieu de mener d'autres recherches psychométriques et d'évaluer tant la version complète que la version abrégée du *CAST*; ce type de recherche serait d'autant plus pertinent qu'une étude a révélé la faible validité des renseignements fournis par les enfants relativement à la consommation d'alcool de leurs parents<40>.

L'inventaire des événements de la vie des enfants d'alcooliques (*Children of Alcoholics Life-Events Schedule* ou *COALES*)<41> est un autre questionnaire que l'enfant doit remplir lui-même. Cet instrument de mesure permet d'évaluer l'ampleur du stress subi par l'enfant en raison de la conduite alcoolique parentale. On croit en effet que le stress

pourrait être un facteur permettant de distinguer les enfants les plus à risque de ceux qui sont protégés. Une étude<41> fondée sur ce test a montré que les enfants d'alcooliques signalaient davantage d'événements négatifs et moins d'événements positifs que leurs pairs vivant dans un foyer non alcoolique. On a noté une corrélation significative entre les résultats des enfants aux sous-questionnaires sur les événements positifs et négatifs et les mesures de l'anxiété et de la dépression.

Plutôt que d'utiliser un questionnaire en plusieurs points à remplir par le patient pour diagnostiquer les antécédents familiaux d'alcoolisme, plusieurs chercheurs ont fait valoir qu'une simple question permettait de déterminer de façon valide si le sujet est un enfant d'alcooliques. Voici deux de ces questions : «Considérez-vous que l'un ou l'autre de vos parents a déjà eu un problème d'alcool?»<42> ou «Considérez-vous que l'un ou l'autre de vos parents pourrait avoir, ou avoir déjà eu, un problème de consommation excessive d'alcool?»<43> De toute évidence, un instrument d'évaluation aussi subjectif serait contre-indiqué dans le cadre d'une recherche, toutefois, lorsqu'elles sont combinées aux antécédents familiaux, ces deux questions pourraient constituer une méthode de dépistage rapide et peu coûteuse utilisable au cabinet de l'omnipraticien.

Efficacité de la prévention et du traitement

Bien que les médecins occupent une position privilégiée qui leur permet de reconnaître les problèmes d'alcool de la famille de leurs patients et de prendre les mesures qui s'imposent, on a constaté qu'ils tardaient à s'acquitter de cette tâche. Une étude portant sur la détection de l'alcoolisme dans la famille des enfants hospitalisés a révélé que le taux de reconnaissance de ce problème par les médecins était faible<44>. On a fait valoir que les problèmes d'alcool risquaient fort de passer inaperçus en l'absence d'un effort volontaire de dépistage. Dans une autre étude<15>, seulement 34 % des médecins ont signalé s'être enquis des antécédents familiaux des enfants à l'égard de l'alcool et des drogues, alors que 62 % d'entre eux avaient interrogé leurs patients adolescents pour connaître leurs antécédents personnels de consommation d'alcool ou de drogues. Les médecins indiquaient rarement sinon jamais qu'ils avaient orienté les membres de la famille d'un patient vers un centre spécialisé dans le traitement des toxicomanies. Le nombre de patients orientés vers ce type de traitement était nettement plus élevé lorsque le problème était détecté chez un adolescent.

Les médecins dont la clientèle est composée à la fois de parents et d'enfants doivent être conscients des effets néfastes éventuels de l'alcoolisme parental. Les résultats d'une étude américaine portant sur la consommation parentale d'alcool, la consommation excessive



Les médecins occupent une position privilégiée qui leur permet de reconnaître les problèmes de consommation excessive d'alcool et de drogues des familles de leurs patients et d'y répondre

d'alcool et les blessures chez les enfants<12> donnent à penser que la prévention primaire des blessures chez les enfants pourrait être améliorée si le médecin intégrait à l'anamnèse des questions concernant la consommation parentale d'alcool. Selon cette étude, les enfants dont la mère est une buveuse à risque sont très exposés aux blessures, et le risque de blessures est encore plus élevé lorsque les deux parents ont un problème d'alcool. Il pourrait être utile de souligner le lien existant entre l'alcoolisme parental et les blessures chez l'enfant afin de provoquer un changement de comportement chez les parents. Ces derniers pourraient en effet être plus sensibles à des arguments soulignant les répercussions néfastes de leur comportement sur la santé de leurs enfants plutôt que sur leur propre santé<12>.

Les médecins qui sont à l'affût des problèmes d'alcoolisme des parents ne doivent pas forcément porter un diagnostic d'alcoolisme, mais plutôt recommander des examens complémentaires, qui se traduiront par une plus grande attention au parent et à l'enfant et favoriseront la prestation de soins adéquats au parent alcoolique. (Voir le chapitre 42 sur la consommation excessive d'alcool.)

Programmes d'intervention

Jusqu'à récemment, la plupart des programmes d'intervention liés à la consommation d'alcool étaient destinés aux parents alcooliques. Les programmes qui s'adressent aux enfants sont essentiellement offerts à ceux dont les parents sont hospitalisés pour alcoolisme. Voici les quatre principaux objectifs des interventions<45> à l'intention des enfants d'alcooliques :

1. L'établissement et le maintien d'une relation privilégiée avec un adulte; il arrive que le médecin soit le seul adulte avec qui l'enfant puisse nouer une relation soutenue;
2. la prise de conscience du fait que l'alcoolisme est une maladie et la reconnaissance de l'alcoolisme du parent;
3. la connaissance des mesures de prudence – savoir quand et comment il convient de demander de l'aide; et
4. l'orientation vers un groupe d'entraide.

Un rapide survol de la littérature concernant les services offerts aux enfants d'alcooliques révèle que le traitement est limité<10>, et que l'importance des services à la famille varie d'un organisme à l'autre. Selon une étude réalisée aux États-Unis<46>, en dépit du grand nombre d'enfants de parents alcooliques qui ont été identifiés, seulement 5 % de ces enfants bénéficient du traitement dont ils ont besoin. Les auteurs d'une étude plus récente<11> ont évalué les services à la famille offerts dans le cadre de programmes de traitement de l'alcoolisme mis en œuvre par le *Department of Veteran Affairs*; 70 de ces programmes étaient destinés à des patients hospitalisés, et 51, à



Il arrive que le médecin soit le seul adulte avec qui l'enfant puisse nouer une relation soutenue

des consultants externes. Ils ont constaté la quasi-inexistence des services à l'intention des enfants d'alcooliques : on se contentait d'orienter les adolescents vers le programme *AI-Ateen*. Dans près de 90 % des programmes, on n'offrait aucun service visant à répondre tout particulièrement aux besoins des membres de la famille du patient ou de ses enfants. Parmi les services que les chercheurs ont passé en revue, citons la thérapie individuelle, la thérapie de groupe ou les groupes d'éducation.

Les mouvements *AI-Ateen* et *AI-Atot* (tous deux des ramifications du programme des Alcooliques Anonymes) sont des groupes d'entraide anonymes à l'intention de tout enfant ou de tout adolescent ayant un parent alcoolique. Ces groupes existent dans la plupart des grandes villes aux quatre coins du Canada. Grâce à eux, les enfants peuvent se reconnaître chez d'autres enfants qui vivent des problèmes analogues et échanger avec eux; ils y gagnent une meilleure compréhension des problèmes de leur parent et une plus grande estime de soi. En raison des contraintes imposées par l'anonymat des membres, les tentatives d'évaluation du succès de ces groupes sont rares. Selon une étude préliminaire sur les enfants d'alcooliques qui a été réalisée il y a déjà quelques années et qui n'a pas été répétée, les participants aux rencontres d'*AI-Ateen* faisaient état d'une plus grande estime de soi et de meilleurs résultats scolaires que les enfants d'alcooliques qui n'avaient pas bénéficié de ces rencontres; on n'a toutefois pas observé de modification de leur comportement<9>.

Bien que la nécessité d'intervenir précocement pour empêcher l'apparition de problèmes ne soit pas mise en doute, peu de programmes sont offerts en milieu scolaire, et lorsque ces programmes existent, les populations, les programmes ou les mesures des résultats ne sont pas comparables. Selon une étude menée auprès d'infirmières œuvrant en milieu scolaire, celles-ci ont de la difficulté à reconnaître les enfants d'alcooliques et n'ont pas les connaissances et les aptitudes nécessaires pour intervenir<45>. L'efficacité des programmes de prévention ne dépend pas uniquement de l'efficacité réelle de l'intervention, mais également de sa capacité de joindre la population cible. Dans une étude<47>, on a évalué l'efficacité réelle d'une méthode de recrutement visant à joindre les enfants d'alcooliques dans l'ensemble de la population. À l'aide des témoignages de tous les enfants de la 4^e à la 6^e années, on a évalué le risque auquel étaient exposés les enfants recrutés. Les résultats ont montré que les enfants qui avaient manifesté leur intérêt pour le programme s'inquiétaient davantage de la conduite alcoolique de leurs parents que ceux qui n'avaient pas manifesté d'intérêt. Si l'étude a montré que les méthodes de recrutement permettaient effectivement de joindre les enfants à risque, elle présentait toutefois des lacunes, puisqu'il a été établi que les déclarations des enfants<40> concernant la consommation d'alcool de leurs parents avaient peu de validité. Les auteurs d'une autre étude<48> ont tenté d'évaluer l'efficacité d'un processus de recrutement reposant sur l'auto-sélection qui avait pour

but d'inciter les enfants de la 4^e à la 6^e années à participer à un programme de prévention en milieu scolaire à l'intention des enfants d'alcooliques. Le processus de recrutement n'a pas permis de joindre efficacement les enfants dont les parents faisaient une consommation excessive d'alcool. Une autre étude a fait la lumière sur les raisons de cet échec<49>; elle a en effet révélé que tout «étiquetage» des enfants en tant qu'enfants d'alcooliques pouvait être dommageable, en raison des préjugés négatifs des pairs à l'égard de ce problème.

En résumé, on ne s'est guère attaché jusqu'ici à concevoir ou à évaluer les programmes thérapeutiques ou préventifs offerts dans l'ensemble de la population à l'intention des enfants d'alcooliques. L'efficacité réelle du traitement n'a donc pas été évaluée. Pour l'instant, les données dont on dispose ne permettent pas de tirer des conclusions solides concernant l'efficacité réelle de l'un ou l'autre des programmes thérapeutiques destinés aux enfants d'alcooliques.

Recommandations émanant d'autres sources

Le *U.S. Preventive Services Task Force*<50>, l'*Institute of Medicine* des États-Unis et le comité responsable du projet d'intervention et d'évaluation des risques associés à la consommation d'alcool du Collège des médecins de famille du Canada ont recommandé que tous les patients âgés de 12 ans et plus fassent l'objet d'un dépistage visant à évaluer leur risque à l'égard de l'alcool. Un tel dépistage est toutefois axé sur la consommation d'alcool du sujet et ne s'attache pas aux problèmes affectifs et comportementaux des enfants d'alcooliques. Le Collège des médecins de famille du Canada<51> affirme en outre que les médecins sont conscients que les enfants d'alcooliques se sentent parfois isolés, déprimés, ont une faible estime d'eux-mêmes, ressentent de profonds sentiments de culpabilité et ont tendance à sous-estimer l'importance de leurs problèmes par rapport aux problèmes de leur famille. On invite le médecin de famille à offrir régulièrement son soutien aux enfants d'alcooliques et à les aider à reconnaître qu'ils ont le droit de solliciter de l'aide<51>.

Conclusions et recommandations

On ne dispose pas de données suffisantes (opinion d'experts seulement) pour recommander ou déconseiller l'évaluation systématique des enfants asymptomatiques de parents alcooliques dans le cadre de l'examen médical périodique (recommandation C). Les médecins devraient être à l'affût des facteurs de stress liés à l'alcool chez les enfants d'alcooliques ou de gros buveurs ainsi que dans certains groupes à risque élevé, en particulier chez les enfants hospitalisés à la suite de blessures. Les médecins de première ligne occupent une position privilégiée pour se charger de la prévention primaire de certaines blessures chez les enfants et, à cette fin,

reconnaitre et évaluer les effets nocifs de l'alcoolisme familial et aider les familles à se rétablir.

Bien qu'on dispose de preuves acceptables selon lesquelles le CAST permet d'identifier les enfants à risque (recommandation B), les autres questionnaires de dépistage n'ont pas été évalués (recommandation C) et l'on ne possède pas de preuves suffisantes de l'efficacité du traitement pour évaluer le dépistage à des fins de traitement (recommandation C). Les programmes scolaires et communautaires n'ont pas été évalués adéquatement (recommandation C).

Questions non résolues (recherches à entreprendre)

Il y a lieu d'étudier plus à fond de nombreuses questions qui relèvent de la recherche fondamentale et d'y apporter des solutions avant de s'attaquer aux problèmes cliniques. Voici quelques-unes de ces questions :

1. Évaluer dans quelle mesure les médecins de famille peuvent déterminer la prévalence de la consommation excessive d'alcool (et d'autres drogues) et de la dépendance à l'égard de ces substances chez leurs patients, qu'ils soient parents ou enfants.
2. Entreprendre d'autres études longitudinales afin d'évaluer la susceptibilité biologique et les facteurs de risque psycho-sociaux des enfants d'alcooliques.
3. Évaluer les méthodes de recrutement des sujets auxquels sont destinés les programmes de traitement, d'intervention et de prévention.
4. Étudier les questions éthiques liées aux effets nocifs éventuels de l'«étiquetage» des enfants en tant qu'enfants d'alcooliques.
5. Procéder à des évaluations rigoureuses des programmes de prévention, d'intervention précoce et de traitement à l'intention des enfants d'alcooliques.
6. Évaluer les facteurs protecteurs grâce auxquels certains enfants d'alcooliques, en dépit de facteurs de risque connus, se développent et deviennent des adultes parfaitement fonctionnels.
7. Évaluer l'incidence des changements sociaux sur la vie des enfants d'alcooliques, en particulier la présence d'un seul parent et l'évolution des rôles sexuels dans les familles confrontées à un problème d'alcool.

Sources des données

On a procédé à une recherche bibliographique dans la base de données MEDLINE, de 1988 à octobre 1993, au moyen des mots-clés suivants : *Children of Alcoholics*. Cette recension a été entreprise en octobre 1993, et le Groupe d'étude a mis la dernière main à ses recommandations en avril 1994.

Remerciements

Le Groupe d'étude tient à remercier Michael Moffat, MD, MSc, FRCPC, professeur agrégé de pédiatrie et de santé infantile, directeur adjoint et professeur agrégé des services de santé communautaire, Université du Manitoba, Winnipeg (Manitoba), et Roberta Palmour, PhD, professeure agrégée de psychiatrie et de génétique humaine, Université McGill, Montréal (Québec), qui ont eu l'amabilité de réviser la version préliminaire de ce chapitre.

Références choisies

1. Russell M, Henderson C, Blume SB: *Children of alcoholics: A Review of the Literature*, New York: Children of Alcoholics Foundation, Inc., 1986
2. Clark WB, Midanik L: Alcohol use and alcohol problems among US adults: Results of the 1979 national survey. In: *Alcohol Consumption and Related Problems*. Alcohol and Health Monograph No.1, [DHHS Publication No. (ADM)82-119000]. Washington: Government Printing Office, 1982: 3-52
3. Statistique Canada: *Âge, sexe et état matrimonial, 1991*. Ministre de l'Industrie, des Sciences et de la Technologie, [Cat. n° 93-310]. Ottawa, 1993
4. Macdonald DI, Blume SB: Children of alcoholics. *Am J Dis Child* 1986; 140: 750-754
5. Moos RA, Billings AG: Children of alcoholics during the recovery process: alcoholic and matched control families. *Addict Behav* 1982; 7: 155-163
6. Reich W, Earls F, Powell J: A comparison of the home and social environments of children of alcoholic and non-alcoholic parents. *Br J Addict* 1988; 83: 831-839
7. Udayakumar GS, Mohan A, Shariff IA, et al: Children of the alcoholic parent. *Child Psych Quart* 1984; 17: 9-14
8. Callan VJ, Jackson D: Children of alcoholic fathers and recovered alcoholic fathers: personal and family functioning. *J Stud Alcohol* 1986; 47: 180-182
9. Hughes JM: Adolescent children of alcoholic parents and the relationship of Alateen to these children. *J Cons Clin Psychol* 1977; 45: 946-947

10. Regan JM, Connors GJ, O'Farrell TJ, *et al*: Services for the families of alcoholics. A Survey of treatment agencies in Massachusetts. *J Stud Alcohol* 1983; 44: 1072-1982
11. Salinas RC, O'Farrell TJ, Jones WC, *et al*: Service for families of alcoholics: a national survey of Veterans Affairs Treatment Programs. *J Stud Alcohol* 1991; 52: 541-546
12. Bijur PE, Kurzon M, Overpeck MD, *et al*: Parental alcohol use, problem drinking and children's injuries. *JAMA* 1992; 267: 3166-3171
13. Rubio-Stipec M, Bird H, Canino G, *et al*: Children of alcoholic parents in the community. *J Stud Alcohol* 1991; 52: 78-88
14. Hill SY, Hruzka DR: Childhood psychopathology in Families with multigenerational alcoholism. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992; 31: 1024-1030
15. Duggan AK, Adger H Jr, McDonald EM, *et al*: Detection of alcoholism in hospitalized children and their families. *Am J Dis Child* 1991; 145: 613-617
16. Sher KJ, Walitzer KS, Wood PK, *et al*: Characteristics of children of alcoholics: putative risk factors, substance use and abuse and psychopathology. *J Abnorm Psychol* 1991; 100: 427-448
17. Staley D, el-Guebaly N: Psychometric Evaluation of the Children of Alcoholics Screening Test (CAST) in a psychiatric sample. *Int J Addict* 1991; 26: 657-668
18. Jones JW: *Children of Alcoholics Screening Test, (CAST)*. Chicago, Ill. Camelot Unlimited, 1983
19. Dinning WD, Berk LA: The Children of Alcoholics Screening Test: Relationship to sex, family environment and social adjustment in adolescents. *J Clin Psychol* 1989; 45: 335-339
20. Pilat JM, Jones JW: Identification of children of alcoholics: Two empirical studies. *Alcohol Health Res World* 1985; 9: 27-36
21. Goodwin DW: *Is alcoholism hereditary?* 2nd Ed. New York; Ballentine Books, 1988
22. Kaprio J, Koskenvuo M, Langinvainio H, *et al*: Genetic influences on use and abuse of alcohol: a study of 5638 adult Finnish twin brothers. *Alcohol: Clin Exp Res* 1987; 11: 349-356
23. Cadoret RJ, Troughton E, O'Gorman TW: Genetic and environmental factors in alcohol abuse and antisocial personality. *J Stud Alcohol* 1987; 48: 1-8
24. Cloninger CR, Bohman M, Sigvardsson S: Inheritance of alcohol abuse: cross-fostering of adopted men. *Arch Gen Psychiatry* 1981; 38: 861-868
25. Pollock VE, Schneiders LS, Gabrielli WF Jr, *et al*: Sex of parent and offspring in the transmission of alcoholism: A meta-analysis. *J Nervous & Mental Dis* 1987; 173: 668-673
26. Schuckit MA: Biological vulnerability to alcoholism. *J Consult Clin Psychol* 1987; 55: 301-309

27. Steinhausen HC, Spohr HL: Fetal Alcohol Syndrome. In: Lahey BB, Kazdin AE (eds): *Advances in Clinical Child Psychology*. New York, Plenum Press, 1986; 9: 217-243
28. Famularo R, Stone K, Barnum R, et al: Alcoholism and severe child maltreatment. *Am J Orthopsychiat* 1986; 56: 481-495
29. Black C, Bucky SF, Wilder-Padilla S: The interpersonal and emotional consequences of being an adult child of an alcoholic. *Int J Addict* 1986; 21: 213-231
30. Williams OB, Corrigan PW: The differential effects of parental alcoholism and mental illness on their adult children. *J Clin Psychol* 1992; 48: 406-414
31. Rolf JE, Johnson JL, Israel E, et al: Depressive affect in school-aged children of alcoholics. *B J Addict* 1988; 83: 841-848
32. West M, Prinz R: Parental alcoholism and childhood psychopathology. *Psych Bulletin* 1987; 102: 204-218
33. Werner EE: Resilient offspring of alcoholics: a longitudinal study from birth to age 18. *J Stud Alcohol* 1986; 47: 34-40
34. Johnson JL, Rolf JE: Cognitive functioning in children from alcoholic and non-alcoholic families. *Br J Addict* 1988; 83: 849-857
35. Murphy RT, O'Farrell TJ, Floyd FJ, et al: School adjustment of children of alcoholic fathers: comparison to normal controls. *Addictive Behaviours* 1991; 16: 275-287
36. Earls F, Reich W, Jung KG, et al: Psychopathology in children of alcoholic and antisocial parents. *Alcohol Clin Exp Res* 1988; 12: 481-487
37. Nordberg L, Rydelius PA, Zetterstrom R: Children of alcoholic parents: health, growth, mental development and psychopathology until school age. *Acta Paediatr* 1993; 82 (Suppl 387): 1-24
38. Hill EM, Nord JL, Blow FC: Young-adult children of alcoholic parents: protective effects of positive family functioning. *Br J Addic* 1992; 87: 1677-1690
39. Clair DJ, Genest M: The Children of Alcoholics Screening Test: reliability and relationship to family environment, adjustment and alcohol-related stressors of adolescent offspring of alcoholics. *J Clin Psychol* 1992; 48: 414-420
40. Roosa MW, Michaels ML, Groppenbacher N, et al: Validity of children's reports of parental alcohol abuse. *J Stud Alcohol* 1993; 54: 71-79, 119-125
41. Roosa MW, Sandler IN, Gehring M, et al: The children of alcoholics, life-events schedule: A stress scale for children of alcohol-abusing parents. *J Stud Alcohol* 1988; 49: 422-429
42. Claydon C: Self Reported alcohol drug and eating disorder problems among male and female collegiate children of alcoholics. *Int J Group Psychother* 1987; 36: 111-116
43. Berkowitz A, Perkins HW: Personality characteristics of children of alcoholics: *J Consult Clin Psychol* 1988; 56: 206-209

-
44. Adger H Jr, McDonald EM, DeAngelis C: Substance abuse education in pediatrics. *Pediatrics* 1990; 86: 555-560
 45. Scheitlin K: Identifying and helping children of alcoholics. *Nurse Practit* 1990; 15: 34-47
 46. National Institute of Alcoholism and Alcohol Abuse (NIAA). Alcohol and Health. Fourth Special Report to the US Congress. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services. (DHHS Pub. No. (ADM) 81-1080) US Government Printing Offices, 1981
 47. Gensheimer LK, Roosa MW, Ayers TS: Children's self-selection into prevention programs: Evaluation of an innovative recruitment strategy for children of alcoholics. *Am J Community Psychol* 1990; 18: 707-723
 48. Michaels ML, Roosa MW, Gensheimer LK: Family characteristics of children who self-select into a prevention program for children of alcoholics. *Am J Community Psychol* 1992; 20: 663-672
 49. Burk JP, Sher KJ: Labeling the child of an alcoholic: negative stereotyping by mental health professionals and peers. *J Stud Alcohol* 1990; 51: 156-163
 50. U.S. Preventive Services Task Force: *Guide to Clinical Preventive Services: an Assessment of the Effectiveness of 169 Interventions*. Williams & Wilkins, Baltimore, Md, 1989: 277-286
 51. Comité directeur de l'Association canadienne du Collège des médecins de famille; Risques associés à la consommation d'alcool: évaluation et intervention, (Projet ARAI). Mississauga (Ontario) 1994

Tableau 1 : Test de dépistage des enfants d'alcooliques

Veillez choisir les réponses qui traduisent le mieux vos sentiments, comportements et expériences en ce qui concerne la consommation d'alcool d'un parent. Prenez votre temps et répondez avec le plus de précision possible. Répondez à toutes les questions en cochant la colonne «oui» ou «non».

OUI	NON	
_____	_____	1) Vous est-il déjà venu à l'esprit que l'un de vos parents avait un problème d'alcool?
_____	_____	2) Vous est-il déjà arrivé d'avoir de la difficulté à dormir à cause du problème d'alcool d'un parent?
_____	_____	3) Avez-vous déjà demandé à l'un de vos parents de cesser de boire?
_____	_____	4) Vous êtes-vous déjà senti seul, effrayé, nerveux, en colère ou frustré parce qu'un parent n'était pas capable de cesser de boire?
_____	_____	5) Vous est-il déjà arrivé de vous disputer avec un parent lorsqu'il ou elle avait bu?
_____	_____	6) Avez-vous déjà menacé de vous enfuir de la maison à cause du problème d'alcool d'un parent?
_____	_____	7) Est-il déjà arrivé qu'un parent vous insulte ou vous frappe ou ait le même comportement avec un autre membre de la famille lorsqu'il avait bu?
_____	_____	8) Vous est-il déjà arrivé d'entendre vos parents se disputer lorsque l'un d'eux était ivre?
_____	_____	9) Avez-vous déjà protégé un autre membre de la famille contre un parent qui avait bu?
_____	_____	10) Avez-vous déjà été tenté de cacher ou de vider la bouteille de boisson alcoolisée d'un parent?

Adapté de Jones, J.W. : *Screening of Alcoholics Screening Test*, Chicago, Ill., Camelot Unlimited, 1983.

**Les enfants de parents alcooliques**

INTERVENTION	EFFICACITÉ	QUALITÉ DES PREUVES <réf>	RECOMMANDATION
<p>Évaluation systématique afin de déterminer si un (ou plusieurs) membre de la famille est alcoolique ou fait une consommation excessive d'alcool</p>	<p>L'évaluation systématique du risque par les médecins de soins primaires n'est pas efficace.</p>	<p>Étude descriptive<15,44> (III)</p>	<p>Données insuffisantes pour recommander ou déconseiller le recours à cette intervention dans le cadre de l'examen médical périodique : la décision doit reposer sur d'autres motifs. En raison de l'ampleur du problème, il est recommandé d'évaluer les enfants jugés à risque élevé et de leur offrir de l'aide (C)</p>
<p>Méthode de détection du risque :</p> <p>1) Le «<i>Children of Alcoholics Screening Test</i>» (CAST)</p>	<p>1) Méthode de détection efficace pour distinguer les enfants de parents alcooliques et ceux dont les parents ne sont pas alcooliques.</p>	<p>1) Études de cohortes<17,19,35,39> (II-2)</p>	<p>1) Preuves acceptables de l'efficacité de cette intervention dans la détection du risque (B)</p>
<p>2) Deux questions</p>	<p>2) L'efficacité de cette intervention n'a pas été évaluée.</p>	<p>2) Opinion d'experts<42,43> (III)</p>	<p>2) On ne dispose pas de données suffisantes pour recommander ou déconseiller cette intervention (C)</p>
<p>Méthode de dépistage à des fins thérapeutiques</p>	<p>On ne dispose pas de données suffisantes pour évaluer les programmes thérapeutiques et préventifs.</p>		<p>On ne dispose pas de données suffisantes de l'efficacité du traitement pour recommander ou déconseiller le recours au dépistage conjugué à une intervention ultérieure dans le cadre de l'EMP (C)</p>