

## Programme de Soutien aux Familles et à la Parentalité « SFP 6–11 ans »: description et facteurs d'influence potentiels de son implantation en France

Corinne Roehrig<sup>1</sup>

**Résumé :** SFP 6–11, ou *Strengthening Families Program* est un « programme de renforcement des familles » d'origine nord-américaine, destiné aux familles avec des enfants de 6 à 11 ans. Inscrit dans le champ de la promotion de la santé mentale, il se présente sous forme d'interventions structurées qui aident les parents à faire face au développement émotionnel et comportemental de leurs enfants, par le biais du renforcement des habiletés parentales, de la valorisation des compétences psychosociales des enfants et de l'amélioration de la relation parent-enfant. SFP fait partie des « interventions fondées sur des données probantes ». Un essai de mise en place de SFP 6–11 en France permettra de préciser les conditions de son implantation, tenant compte des caractéristiques du programme, du partenariat local et de la logistique à développer. Il fera état des observations de tous les acteurs participant au programme. (Global Health Promotion, 2013; 20 Supp. 2: 8–12).

**Mots clés :** facteurs positifs, protecteurs, données probantes, promotion de la santé, santé mentale, prévention, évaluation

---

Dans son introduction aux assises *Parentalité et prévention* des 6 et 7 mai 2010, le Professeur Jeammet précisait « la société et les valeurs dont elle est porteuse sont nécessaires pour relayer les parents et jouer un rôle de tiers qui les soutienne » (1).

La notion de soutien à la parentalité tend aujourd'hui à encourager la confiance en soi du parent, en le légitimant dans son rôle éducatif. Elle est en accord avec les principes de la promotion de la santé, inscrite dans la Charte d'Ottawa, et ceux de la promotion de la santé *mentale*, définie en 2004 par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). La promotion de la santé a pour but de donner aux individus davantage de maîtrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer. La santé mentale est un état de bien-être dans lequel la personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et fructueux et contribuer à la vie de sa communauté (2).

Dans le cadre du soutien à la parentalité, les programmes de promotion de la santé mentale favorisent une « éducation parentale éclairée » (3,4). Ils se présentent sous forme d'interventions structurées qui aident les parents à faire face au développement émotionnel et comportemental de leurs enfants, par le biais du renforcement des habiletés parentales et de la communication parent-enfant.

Une « parentalité positive » (5) se réfère à un comportement parental fondé sur l'intérêt supérieur de l'enfant qui vise à l'élever et à le responsabiliser, qui est non violent et lui fournit reconnaissance et assistance, en établissant un ensemble de repères favorisant son plein développement. Elle semble être le meilleur rempart contre les problèmes comportementaux et les consommations de substances psychoactives chez les adolescents (6–8).

De façon analogue à l'évolution de la médecine dès la seconde moitié du XX<sup>ème</sup> siècle, où les stratégies diagnostiques et thérapeutiques ont été

---

1. Correspondance à : Comité départemental d'éducation pour la santé (CODES) 06, 61 Route de Grenoble, Nice 06200, France. Email : roehrigsaoudi@wanadoo.fr

(Ce manuscrit a été soumis le 12 février 2012. Après évaluation par des pairs, il a été accepté pour publication le 18 octobre 2012)

basées sur des données probantes (*evidence-based medicine*), ce champ psycho-éducatif s'appuie aujourd'hui sur des « interventions fondées sur des données probantes » (*evidence-based interventions*) (9–11) où les concepts scientifiques, les protocoles et les résultats sont transparents et accessibles.

*Strengthening Families Program* (SFP) fait partie des programmes recommandés au plan international (12–14). Plus de 150 études évaluatives standardisées ont pu montrer son efficacité à plusieurs niveaux (15–17) : réduction de la consommation de produits psychoactifs chez les jeunes et les parents, diminution des problèmes psychiques et de comportements chez les jeunes, augmentation du sentiment d'efficacité parentale, amélioration du climat familial.

Ces résultats ont conduit l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) à choisir SFP pour tester et préciser les conditions de son implantation en France et ses éventuels ajustements.

## SFP : origines, objectifs et déroulement

SFP est littéralement un « programme de renforcement des familles » d'origine nord-américaine. Il a été élaboré par Karol Kumpfer, professeur de psychologie au département Éducation et promotion de la santé de l'Université de l'Utah. Ses recherches ont été bâties sur la prévention dans les familles de toxicomanes. Le modèle qu'elle a dessiné suite à ses travaux montre que les trois facteurs familiaux les plus protecteurs de la consommation de drogues chez les jeunes sont (18) « les relations et les liens affectifs parents-enfants, la supervision des parents (être au courant de ce que fait l'enfant, de ses relations, de ses activités) et la transmission de valeurs, de normes et d'attentes de la part de la famille ».

Les théories scientifiques, bases de la réflexion comme de la construction du programme sont principalement le modèle écologique du développement de Bronfenbrenner, utilisé par Michel Delage (19) pour illustrer les chemins de la résilience familiale, et les travaux d'Albert Bandura (20) sur l'apprentissage social et le sentiment d'auto-efficacité.

Le soutien à la parentalité s'y inscrit d'emblée dans un souci conjoint du parent et de l'enfant, et les compétences parentales sont considérées comme les piliers de la bientraitance familiale (21). Comme les compétences psychosociales définies par l'OMS,

elles sont une capacité à faire face à des situations et à les utiliser pour réaliser une action et atteindre un objectif, d'après des standards généralement acceptés, avec efficacité, efficacité, un bon timing, et de façon appropriée.

Depuis plus de vingt ans, SFP a été adapté et implanté dans de nombreux milieux, en population à risque comme en population générale. Il a été adapté et mis en œuvre dans de nombreuses cultures : afro-américains, hispaniques, asiatiques, amérindiens. Depuis sa première implantation internationale faite en Australie en 1996, il est diffusé dans 22 pays au monde (Canada, Pérou, Thaïlande, Norvège, Italie, etc.).

La version testée en France est celle dédiée aux familles avec enfants de 6–11 ans, dans le cadre de la prévention universelle, qui s'adresse à toute la population. Elle comporte 14 sessions de deux heures, au rythme d'une session par semaine. Dix à douze familles sont accueillies avec un goûter pris en commun, et un système de garde des enfants plus jeunes leur est offert sur place.

Pendant la première heure, les groupes « parents » et « enfants » sont séparés ; chaque groupe est animé par deux intervenants.

Dans le groupe « parents », les objectifs sont d'améliorer les connaissances des parents en termes d'éducation, d'accroître leur sentiment d'efficacité parentale et leur estime de soi. On s'attache à augmenter l'attention positive portée aux enfants, à améliorer l'efficacité de la discipline, à réduire le stress lié à l'éducation d'un enfant.

Dans le groupe « enfants », l'objectif est de développer les compétences psychosociales des 6–11 ans, plus particulièrement les compétences en communication, la capacité à dire non à ses camarades, la compréhension de ses émotions, les capacités à surmonter sa colère et la critique. Le programme vise aussi à réduire ses intentions futures de consommer de l'alcool et autres drogues.

Pendant la deuxième heure, ou groupe « familles », parents et enfants sont réunis pour mettre en pratique ensemble les thèmes envisagés séparément. Les objectifs de la session « familles » sont principalement d'améliorer la communication, les liens et la cohésion au sein de la famille, de réduire les conflits familiaux et d'augmenter le temps que les parents et les enfants passent ensemble.

Toujours incitatifs et participatifs, les ateliers se déroulent selon les mêmes modalités :

- **explications** : discussion sur le thème de la séance, apport éventuel de connaissances ;
- **démonstration** : par les animateurs, d'activités relatives au thème du jour ;
- **mise en pratique** : par les parents volontaires, puis dans le groupe familles ; et
- **appropriation** : proposition aux familles d'activités à faire à la maison entre deux ateliers.

L'inscription au programme se fait sur la base du volontariat. Il faut donc largement l'annoncer, via les relais locaux que sont les services municipaux, les associations, les écoles, les médecins, etc.

Les intervenants des deux groupes reçoivent préalablement une formation théorique et pratique pour l'animation des quatorze sessions, et bénéficient d'échanges réguliers avec le coordinateur du programme, lui-même formé directement par les concepteurs du programme.

### Quelles sont les conditions favorables à l'implantation de SFP ?

L'adaptation du programme à la culture des bénéficiaires est une recommandation des concepteurs et une affirmation de ceux qui l'ont déjà réalisée (22-25).

Dans cet axe, il s'agit d'analyser et d'évaluer les différentes étapes du processus d'implantation, de décrire la planification de l'action qui permettrait le mieux, *in fine*, d'animer le plus fidèlement possible les 14 séances de SFP devant un public cible en France. Cette évaluation tiendra compte des observations de tous les acteurs de l'implantation : familles, relais d'opinion, décideurs, animateurs, porteur de projet. On s'attachera à déterminer quels sont les éléments les plus performants pour la reproduction de SFP : ses fondements théoriques, la qualité du partenariat local, les dispositifs de communication, de réalisation, de formation, de supervision, de soutien méthodologique (26,27).

Au titre des caractéristiques du programme, il convient d'identifier les facilités d'inscription dans son référentiel et sa philosophie (promotion de la santé mentale, modèle systémique de développement, auto-efficacité, résilience, compétences parentales), qui motiveront les relais d'opinion à s'engager dans sa présentation, voire à inciter les familles à y participer. Qui seront les relais les plus pertinents ? Comment

auront-ils ont été convaincus de la pertinence du programme ? Comment à leur tour auront-ils incité des familles à participer ?

Sans la conviction de ces relais, il sera difficile, voire impossible, de toucher les familles : leur mobilisation et leur posture sont fondamentales. Quelle méthodologie développeront-ils pour créer un cadre sécurisant pour les familles participantes ?

Existe-t-il un cercle vertueux qui permet d'assurer la crédibilité du projet ? Repose-t-elle sur la structure, les bases conceptuelles, les résultats internationaux de SFP, ses modalités de présentation et/ou sur les organisations et/ou les personnes qui le portent et l'animent ?

On interrogera les familles sur les chemins qui les ont amenées à croire au programme et les bénéficiaires qu'elles en attendent. Elles seront aussi questionnées sur des freins spécifiques à leur position : degré de difficulté à se mettre en situation d'apprentissage sur leur fonction parentale, crainte de la confrontation avec d'autres familles, crainte du regard de ses enfants.

Dans cette perspective, les parents qui ne rentrent pas dans le programme ou ceux qui le quittent précocement seront particulièrement intéressants à interviewer.

Si la faisabilité du programme est étroitement liée, dans son démarrage, à son attractivité et à sa présentation, les conditions matérielles de participation sont à privilégier. Un souci particulier du bien-être des familles (calendrier, horaires, lieu, collation, garde des enfants plus jeunes...) est une recommandation explicite de la conceptrice du programme. Les mesures envisagées seront-elles appréciées, suffisantes ?

Un autre élément délicat est la permanence des familles dans le programme jusqu'à la quatorzième session ! C'est alors l'application de SFP dans sa forme originelle qui sera mise en question, particulièrement la pertinence du contenu des ateliers par rapport au vécu des familles et aux besoins ressentis, la qualité des apports de connaissances et de savoir-faire proposés, la qualité de l'animation, les compétences des formateurs, la qualité de la dynamique de groupe et de la relation entre les familles, la durée, le rythme, la progression des ateliers.

Même s'ils ne forment pas le cœur de l'évaluation, quelques éléments de perception des effets immédiats du programme seront testés : satisfaction quant à la

participation au programme, acquisition de connaissances utilisables sur la fonction parentale, modification d'attitudes et de comportements jugés plus favorables à un bon exercice de la fonction parentale (parents et enfants), perception de l'utilité pour l'avenir.

### SFP : une opportunité ?

Très loin dans l'histoire de nos sociétés retentissent des phrases critiques à l'égard du système familial, « Lorsque les pères s'habituent à laisser faire leurs enfants, lorsque les fils ne tiennent plus compte des paroles des pères... Alors c'est là... le début de la tyrannie ». Cette déclaration pessimiste de Platon (28) devrait paradoxalement nous rassurer, car le problème est donc ancien, et la démocratie toujours vivace !

Malgré ses vicissitudes, la famille reste le centre de notre société, son concentré, sa cellule miroir. L'évolution de nos pratiques vers un soutien à une parentalité « positive », « éclairée », pourrait-elle nous donner de nouvelles pistes, de nouvelles clefs pour aider les parents à élaborer un sentiment de compétence ? Se préoccuper de son mieux-être, avec le pré-supposé essentiel de la richesse et des potentialités de l'être humain, est-elle une stratégie bénéfique à tous ?

Les mutations encore récentes de la prévention santé, passée de l'hygiénisme à l'éducation pour la santé, nous y incitent. Elles ont largement démontré (29) les bénéfices du développement des habiletés sociales, de l'*empowerment* (30), de la résilience, de ces facteurs de protection joliment appelés « salutogènes » (31). « Les hommes sont plus aisément d'accord sur la nature des maux sociaux que sur la nature des remèdes à leur appliquer et sur ce que doit être l'idéal, la norme sociale, la finalité de la société », dit Canghillem (32). SFP est l'un des programmes de soutien à la parentalité qui répond aux exigences scientifiques du XXI<sup>ème</sup> siècle. Il intègre la santé à l'évolution sociale (33), il adhère à cette philosophie de prévention qui tend à guider, soutenir, outiller pour réussir, appuyer sans jamais se substituer, faciliter l'autonomie.

Saurons-nous, pourrions-nous adapter culturellement, rendre acceptable, voire désirable, ce type de programme aux familles et aux professionnels ? C'est tout l'objet de notre prochaine étude.

### Financement

Comme tous les articles de ce numéro hors-série, ce projet de recherche a bénéficié du soutien financier de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes).

### Conflit d'intérêts

Aucun conflit d'intérêt déclaré.

### Références

1. Jeammet P. Actes des *Assises parentalité et prévention*, Espace Reuilly, 6 et 7 mai 2010. France: Mission interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie (MILDT); 2010.
2. Keyes C. Une conception élargie de la santé mentale. *Revue québécoise de psychologie*. 2005; 26: 145–163.
3. Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime (UNODC). Guide d'Application des Programmes d'Acquisition de Compétences Familiales pour la Prévention de l'Usage de Drogue. Vienne, Autriche: United Nation Publications; 2009; V08–57377.
4. Barras C, Pourtois J-P. Développer les compétences éducatives des familles en situation de précarité. *Empan*. 2005; 4: 65–73.
5. Conseil de l'Europe. Conférence des Ministres Européens chargés des affaires familiales « la parentalité positive dans l'Europe contemporaine ». XXVIII<sup>ème</sup> session, 16–17 mai 2006, Lisbonne, Portugal.
6. Coombs RH, Paulson MJ, Richardson MA. Peer vs. parental influence in substance use among Hispanic and Anglo children and adolescents. *J Youth Adolesc*. 1991; 20: 73–88.
7. Mayer GR. Preventing antisocial behavior in the schools. *J Appl Behav Anal*. 1995; 28: 467–478.
8. Weissberg PR, Kumpfer IK, Seligman EPM. Prevention that works for children and youth: an introduction. *Am Psychol*. 2003; 425–432.
9. Foxcroft DR, Ireland D, Lister-Sharp DJ, Lowe G, Breen R. Longer-term primary prevention for alcohol misuse in young people: a systematic review. *Addiction*. 2003; 98: 397–411.
10. Kumpfer LK, Alvarado R. Effective family strengthening interventions. *OJJPD Juvenile Justice Bulletin*. November 1998: 3–4.
11. Kumpfer LK, Alvarado R. Family-strengthening approaches for the prevention of youth problem behaviors. *Am Psychol*. 2003; 58(6/7): 457–465.
12. National Institute on Drug Abuse. A Research-based Guide for parents, Educators and Community Leaders (2<sup>nd</sup> ed). USA: US Department of Health and Human Services; October 2003.
13. Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime (UNODC). Compilation of evidence-based skills family training programmes. Vienne, Autriche: UNODC; 2010; [http://www.unodc.org/docs/youthnet/Compilation/10-50018\\_Ebook.pdf](http://www.unodc.org/docs/youthnet/Compilation/10-50018_Ebook.pdf).
14. National Registry of Evidence-based Programs and Practices. Strengthening Families Program; <http://nrepp.samhsa.gov/ViewIntervention.aspx?id=44>.

15. Molgaard KV, Spoth LR, Redmond C. Competency Training: The Strengthening Families Program For Parents and Youth 10–14. *OJJDP Juvenile Justice Bulletin*; August 2000: 7–9.
16. Spoth R, Randall KG, Shin C. Increasing school success through partnership-based family competency training: experimental study of long-term outcomes. *Sch Psychol Q*. 2008; 23: 70–89
17. Kumpfer LK, Whiteside OH, Greene JA, Allen CK. Effectiveness outcomes of four age versions of the Strengthening Families Program in statewide field sites. *Group Dyn*. 2010; 14: 211–229.
18. Shankland R, Lamboy B. Utilité des modèles théoriques pour la conception et l'évaluation de programmes en prévention et promotion de la santé. *Pratiques psychologiques*. 2011; 17: 153–172
19. Delage M. *La Résilience Familiale*. Paris, France: Odile Jacob; 2008.
20. Pourtois J-P, Demonty B. Nouveaux contextes sociaux et croyances d'efficacité. Paris, France: L'Harmattan. *Savoirs*. 2004; (5)HS: 147–155.
21. Masson O. Les compétences parentales ne sont déterminées ni par les liens biologiques ni par le sexe. Buenos Aires, Argentine: IV<sup>ème</sup> Congrès mondial de Psychothérapie; août 2005.
22. Coombes L. Implementation of the Strengthening Families Program (SFP) 10–14 in Barnsley: The Perspectives of Facilitators and Families. UK: Oxford Brookes University, School of Health and Social Care; 2006.
23. Foxcroft DR, Coombes L, Allen D. Cultural accommodation of the strengthening families programme 10–14: UK Phase I Study. *Heath Educ Res*. 2007; 22: 547–560.
24. Segrott J. Assessing the potential of the Cardiff Strengthening Families Programme 10–14 (UK) as a national programme for Wales. Final report. Cardiff, UK: Cardiff Institute of Society, Health and Ethics; June 2007.
25. Chartier GK, Hesselbrock NM. Strengthening family practices for Latino Families. *J Ethn Cult Divers Soc Work*. 2010; 19: 1–17.
26. Durlak JA, DuPre EP. Implementation matters: a review of research on the influence of implementation on program outcomes and the factors affecting implementation. *Am J Community Psychol*. 2008; 41: 327–350.
27. Ridde V, Baril F, Johnson H, Poulin M. Le Magicien du Temps: approche participative axée sur le développement d'un projet et l'utilisation des résultats d'une évaluation. *Can J Program Eval*. 2006; 21: 235–255.
28. Platon. *La République*. 429–347 av JC. Genève, Suisse: Editions anciennes; 1578 (réed). disponible sur: <http://plato-dialogues.org/fr/faq/faq007.htm>
29. Bantuelle M, Demeulemester R. *Référentiel de Bonnes Pratiques*. Saint-Denis, France: Editions nps; 2008.
30. Wallerstein N. What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health? Copenhagen, Denmark: WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network report); February 2006.
31. Cornillot P. Problématisation de la santé. *Revue française de psychosomatique*. 2009; 2: 101–114.
32. Canghillem G. *Ecrits sur la Médecine*. Paris, France: Editions du SEUIL; 2002.
33. Joubert M. Perturbations sociales et santé mentale. In: Joubert M. *Santé mentale, ville et violences*. Toulouse, France: Èrès, Coll. Questions vives sur la banlieue; 2004: 11–20.