

COMPÉTENCES  
PARENTALES /  
PSYCHOSOCIALES



# ÉVALUATION DE L'EFFICACITÉ DU PROGRAMME DE SOUTIEN AUX FAMILLES ET À LA PARENTALITÉ 6-11 ANS, EN COMPARAISON AVEC UNE INTERVENTION MINIMALE DE PARENTALITÉ

## POINTS CLÉS

- Cette étude visait à mesurer l'efficacité du « Programme de soutien aux familles et à la parentalité » PSFP 6-11 ans, en comparaison à une intervention minimale d'informations sur la parentalité, avec mesures répétées: avant l'intervention (T0), 1 mois après (T1) et 6 mois après (T2). Il s'agissait de mesurer l'évolution des comportements et des compétences psychosociales des enfants, de mesurer l'évolution des pratiques parentales, l'anxiété/stress du parent et le bien-être des enfants, ainsi que le temps passé devant les écrans par les enfants. Cette évaluation a été menée par Santé publique France entre 2017 et 2019, dans une vingtaine de villes en France (dont 2 sur l'île de La Réunion).
- Des effets significativement différents entre le groupe PSFP et le groupe Contrôle, à la faveur du groupe PSFP, ont été retrouvés 1 mois après la fin du programme (évolution entre T0 et T1) sur l'hyperactivité de l'enfant, les troubles du comportement de l'enfant, l'engagement parental, l'augmentation du bien-être de l'enfant et la santé mentale des parents.
- Ces effets se sont maintenus 6 mois après l'intervention (évolution entre T0 et T2) sur les troubles du comportement et le bien-être de l'enfant.
- Les indicateurs de processus ont confirmé la bonne adaptation de PSFP en France.

Aujourd'hui, PSFP 6-11 est implanté dans 12 régions françaises. Afin de garantir la qualité du programme et son maintien dans le temps sur l'ensemble du territoire, un protocole du suivi de son déploiement a été mis en place par Santé publique France.

## ORIGINE DE PSFP 6-11 ANS

Le programme *Strengthening Families Program* (SFP) – ou, dans sa version française, Programme de Soutien aux Familles et à la Parentalité (PSFP) – initialement conçu pour des parents toxicomanes, a pour objectif le développement des compétences psychosociales des enfants, le renforcement des compétences parentales et l'amélioration des relations familiales. Créé par Karol Kumpfer aux États-Unis dans les années 1980, SFP a été identifié par deux revues systématiques de littérature comme étant un programme efficace dans la prévention de consommation de substances psychoactives et d'alcool chez les jeunes [1, 2]. Depuis, le programme SFP a été étendu en prévention universelle. Des évaluations de SFP ont montré que le programme avait des effets positifs sur la santé mentale des parents et des enfants, ainsi que sur les troubles du comportement de l'enfant [3].

Sur les recommandations de Kumpfer [4] et avec son soutien, le programme 6-11 ans a été adapté, pour une meilleure acceptabilité et une meilleure adhésion, et implanté en France par le Comité départemental des Alpes-Maritimes [5]. PSFP est déployé en France en prévention sélective (quartiers prioritaires de la ville) et universelle (toutes familles). Son évaluation a été menée par Santé publique France entre 2017 et 2019.

## DESCRIPTION DU PROGRAMME

Les objectifs de PSFP 6-11 sont de consolider les compétences psychosociales des enfants, les compétences parentales et les relations intra-familiales.

Ce programme s'inscrit dans une approche globale qui vise à prévenir les comportements à risque (consommations de substances psychoactives) et les troubles mentaux.

### PSFP 6-11 ans:

- est délivré par des **animateurs communaux** préalablement formés, et s'appuie sur des **manuels d'interventions** utilisant des **méthodes interactives**: jeux collectifs, mises en situation, débats, jeux de rôle, activités à la maison;
- est constitué de **14 sessions de 2 heures hebdomadaires**: la 1<sup>re</sup> heure, les parents et les enfants travaillent séparément, puis la 2<sup>e</sup> heure, ils sont regroupés pour une séance en famille;
- adopte une stratégie d'intervention basée sur des **sessions « parents »**: renforcer leurs compétences en matière d'attention et de renforcements positifs, de communication, de gestion du stress et des émotions, de résolution de conflits et de mise en place d'une discipline progressive et non-violente, etc.; sur des **sessions « enfants »**: favoriser le développement des compétences psychosociales, comme

## MÉTHODE

**Design de l'étude**: étude contrôlée non randomisée<sup>1</sup> avec mesures répétées, recueillies avant l'intervention (à T0), juste après l'intervention (T1) et 6 mois après l'intervention (T2).

**Population**: 308 familles recrutées par des professionnels des 19 villes participantes, 186 familles dans le groupe PSFP (familles recevant le programme), 122 dans le groupe Contrôle (intervention minimale de parentalité: remise d'un livret synthétisant les conseils issus de PSFP); et 246 ont répondu à T0 (âge moyen des enfants = 8,4 ans; 57,1 % de garçons); 190 à T1 et 166 à T2.

**Recueil des données**: questionnaire par téléphone des parents et des enfants; indicateurs de processus remontés électroniquement par les animateurs des sessions à la fin de chaque séance du programme.

**Indicateurs d'efficacité**: **Indicateur principal**: *Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)*, troubles émotionnels, du comportement, relationnels avec les pairs, hyperactivité et prosociabilité. **Indicateurs secondaires**: *Qualité de vie liée à la santé de l'enfant (KINDL-R)*; *Alabama Parenting Questionnaire (APQ)*: engagement parental, pratiques éducatives positives, manque de supervision, discipline incohérente; *General Health Questionnaire (GHQ)*, version courte: santé mentale du parent; *Utilisation des écrans, enquête HBSC* (Internet, télévision, jeux vidéo) par l'enfant.

**Indicateurs de processus**: fidélité de l'implantation du programme, assiduité des familles et satisfaction des parents.

**Analyses statistiques**: modèles de régression linéaire à effets mixtes incluant un effet aléatoire au niveau de chaque individu, un effet fixe du groupe, du temps et de chaque covariable, ainsi qu'un terme d'interaction groupe × temps. Sélection des covariables par la procédure backward ( $p\text{-value} \leq 0,2$ ).

1. Les animateurs en charge de délivrer PSFP 6-11 ans ont refusé la randomisation des familles qui se portaient volontaires, car il était difficile pour eux de leur refuser le programme en présentiel. Ils ont cependant accepté que soit proposé aux familles en surnombre un livret de conseils, ainsi ces familles ont-elles pu être intégrées dans le groupe Contrôle.

la communication, résolution de problèmes et de conflits, prise de décision, capacité de résistance à la pression des pairs, etc.; sur des **sessions « familles »**, où parents et enfants sont réunis pour une mise en pratique des compétences travaillées.

## Indicateurs d'efficacité

Le programme PSFP a montré des effets sur l'hyperactivité et les troubles du comportement des enfants (SDQ), sur les compétences parentales telles que l'engagement parental (APQ), sur le bien-être des enfants (KINDL-R) et sur la santé mentale des parents (GHQ-12). Voir tableau 1.

## RÉSULTATS DE L'ÉVALUATION

Les familles des groupes PSFP et Contrôle ne diffèrent pas statistiquement sur leurs caractéristiques socio-démographiques, sauf sur le ressenti de leur santé financière: les familles du groupe Contrôle se déclarant plus à l'aise financièrement que celles du groupe PSFP. Les enfants du groupe PSFP avaient à T0 plus de troubles du comportement (scores SDQ supérieurs) que ceux du groupe Contrôle.

• **Effets du programme 1 mois après l'intervention:** on a observé des évolutions à court terme significativement différentes entre le groupe PSFP et le groupe Contrôle (interaction Groupe x Temps significative), en faveur du groupe PSFP, sur l'hyperactivité, les troubles du comportement et le bien-être de l'enfant, ainsi que sur l'engagement parental et la santé mentale des parents.

**TABLEAU 1 | Indicateurs d'évaluation de PSFP 6-11 ans et leurs effets à court et moyen termes (différences des moyennes estimées, IC 95 %)**

| Indicateurs d'évaluation        | Effets à court terme 1 mois<br>(différences des moyennes estimées entre T1-T0) |                                 | Effets à moyen terme 6 mois<br>(différences des moyennes estimées entre T2-T0) |                                  |
|---------------------------------|--|---------------------------------|--|----------------------------------|
|                                 | Groupe PSFP 6-11   | Groupe Contrôle                 | Groupe PSFP 6-11   | Groupe Contrôle                  |
| SDQ Hyperactivité               | - 0,58 (***)<br>[- 0,91 ; - 0,25]  | - 0,02 (ns)<br>[- 0,45 ; 0,41]  | - 0,65 (***)<br>[- 0,99 ; - 0,29]  | - 0,67 (**)<br>[- 1,12 ; - 0,22] |
| SDQ Trouble comportement        | - 1,13 (***)<br>[- 1,44 ; - 0,83]  | - 0,14 (ns)<br>[- 0,54 ; 0,26]  | - 1,01 (***)<br>[- 1,33 ; - 0,68]  | - 0,44 (*)<br>[- 0,86 ; - 0,02]  |
| SDQ Trouble émotionnel          | - 0,40 (*)<br>[- 0,74 ; - 0,07]  | - 0,54 (*)<br>[- 0,98 ; - 0,10] | - 0,65 (***)<br>[- 1,00 ; - 0,29]  | - 0,59 (*)<br>[- 1,04 ; - 0,14]  |
| SDQ Trouble relation pairs      | - 0,19 (ns)<br>[- 0,50 ; 0,11]   | - 0,11 (ns)<br>[- 0,51 ; 0,29]  | - 0,26 (ns)<br>[- 0,58 ; 0,06]   | - 0,23 (ns)<br>[- 0,65 ; 0,20]   |
| SDQ prosocialité <sup>1</sup>   | 0,49 (***)<br>[0,21 ; 0,77]  | 0,41 (*)<br>[0,04 ; 0,78]       | 0,55 (***)<br>[0,26 ; 0,85]  | 0,56 (**)<br>[0,17 ; 0,95]       |
| Kindl-R parents                 | 3,80 (***)<br>[2,08 ; 5,53]  | 2,16 (ns)<br>[- 0,05 ; 4,37]    | 3,63 (***)<br>[1,99 ; 5,26]  | 1,63 (ns)<br>[- 0,53 ; 3,79]     |
| Kindl-R Enfants                 | 1,29 (***)<br>[0,71 ; 1,88]  | 0,19 (ns)<br>[- 0,53 ; 0,93]    | 1,19 (***)<br>[0,61 ; 1,77]  | 0,15 (ns)<br>[- 0,59 ; 0,89]     |
| APQ Pratique éducative positive | 0,36 (ns)<br>[- 0,16 ; 0,87]   | 0,13 (ns)<br>[- 0,53 ; 0,79]    | - 0,11 (ns)<br>[- 0,64 ; 0,43]   | 0,99 (***)<br>[0,29 ; 1,68]      |
| APQ Engagement parental         | 2,44 (***)<br>[1,64 ; 3,24]  | 0,77 (ns)<br>[- 0,27 ; 1,82]    | 1,40 (**)<br>[0,55 ; 2,24]   | 0,83 (ns)<br>[- 0,26 ; 1,92]     |
| APQ Discipline incohérente      | - 1,40 (***)<br>[- 2,13 ; - 0,67]  | - 0,63 (ns)<br>[- 1,56 ; 0,31]  | - 1,1 (**)<br>[- 1,89 ; - 0,36]  | - 0,94 (ns)<br>[- 1,90 ; 0,02]   |
| APQ Manque de supervision       | - 0,58 (*)<br>[- 1,14 ; - 0,02]  | - 0,30 (ns)<br>[- 1,02 ; 0,41]  | 0,07 (ns)<br>[- 0,80 ; 0,95]   | - 0,31 (ns)<br>[- 1,00 ; 0,38]   |
| GHQ-12                          | - 3,81 (***)<br>[- 4,88 ; - 2,74]  | - 0,12 (ns)<br>[- 1,57 ; 1,32]  | - 2,69 (***)<br>[- 3,82 ; - 1,56]  | - 1,53 (*)<br>[- 3,02 ; - 0,04]  |
| Utilisation des écrans          | - 0,34 (**)<br>[- 0,58 ; - 0,09]   | 0,05 (ns)<br>[- 0,26 ; 0,37]    | - 0,40 (**)<br>[- 0,66 ; - 0,15]   | - 0,25 (ns)<br>[- 0,58 ; 0,08]   |

\*p < 0,05; \*\*p < 0,01; \*\*\*p < 0,001 / ns = pas de différences significatives; en orange: interaction significative entre le groupe et le temps; en bleu: pas d'interaction entre le groupe et le temps.

1. Les comportements prosociaux se définissent par des actions d'aide, de partage, de coopération et de réconfort.

• **Effets du programme 6 mois après l'intervention:**

Ces effets se sont maintenus à moyen terme sur les troubles du comportement et le bien-être de l'enfant. La disparition des effets à 6 mois (interaction non significative entre le Groupe et le Temps) est liée à une évolution favorable de ces indicateurs dans le groupe Contrôle entre T1 et T2.

Les figures 1 à 4 présentent les scores moyens ajustés (prédictions marginales pour l'échantillon), selon le temps (T0, T1, T2) et le groupe (PSFP, contrôle).

**Hyperactivité et troubles du comportement (échelle SDQ):** entre T0 et T1, le score d'hyperactivité a plus diminué chez les enfants du groupe PSFP que chez ceux du groupe Contrôle. Toutefois, entre T0 et T2 la baisse est similaire dans les deux groupes (le terme d'interaction Groupe x Temps n'était plus significatif). Voir figure 1-A.

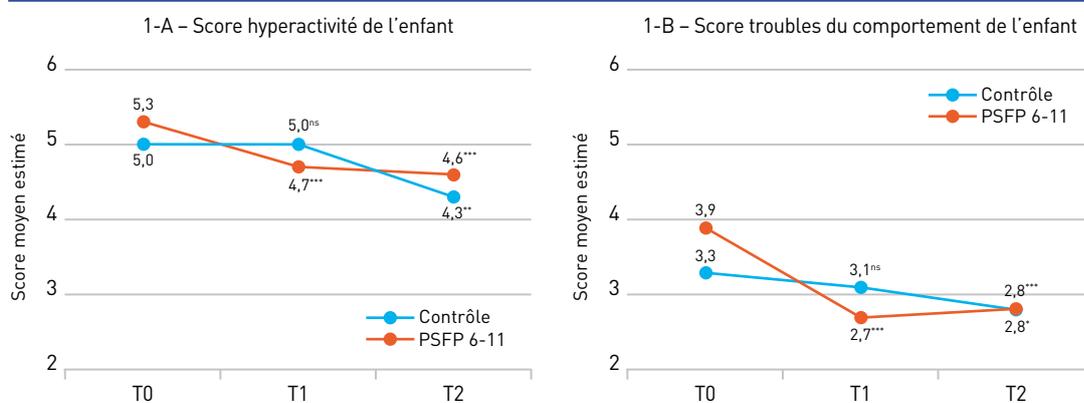
Le score de troubles du comportement a plus diminué chez les enfants PSFP que chez ceux du groupe Contrôle, entre T0 et T1 et T0 et T2 (figure 1-B).

**Engagement parental (échelle APQ):** entre T0 et T1, l'engagement parental a plus augmenté chez les parents du groupe PSFP que chez ceux du groupe Contrôle. Entre T0 et T2, l'engagement parental a augmenté de façon similaire dans les deux groupes (pas d'interaction significative du groupe avec le temps) (figure 2).

**Bien-être des enfants (KINDL-R):** PSFP a eu un impact positif sur le bien-être des enfants du groupe PSFP entre T0 et T1, suivi d'une stabilisation 6 mois plus tard, alors qu'il est resté similaire entre T0, T1 et T2 dans le groupe Contrôle (figure 3).

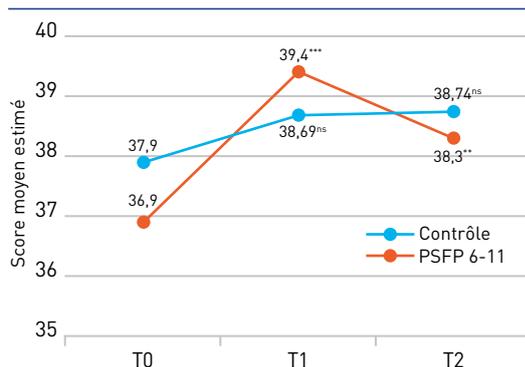
**Détresse psychologique des parents (GHQ-12):** entre T0 et T1, le programme a eu également des effets positifs sur la détresse psychologique des parents: le score GHQ-12 a plus diminué pour ceux du groupe PSFP que ceux du groupe Contrôle. Entre T0 et T2, le score a diminué dans les deux groupes (le terme d'interaction Groupe x Temps n'était plus significatif) (figure 4).

**FIGURE 1 | Comportements de l'enfant (échelle SDQ)**



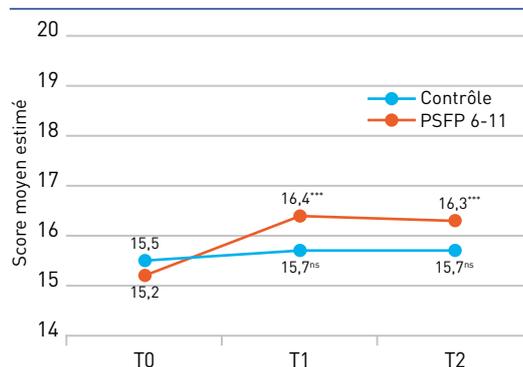
Significativité associée à une évolution par rapport à T0: \*p < 0,05; \*\*p < 0,01; \*\*\*p < 0,001; modèles de régression linéaire à effets mixtes avec effet aléatoire (individus) et effets fixes.

**FIGURE 2 | Engagement parental (échelle APQ)**



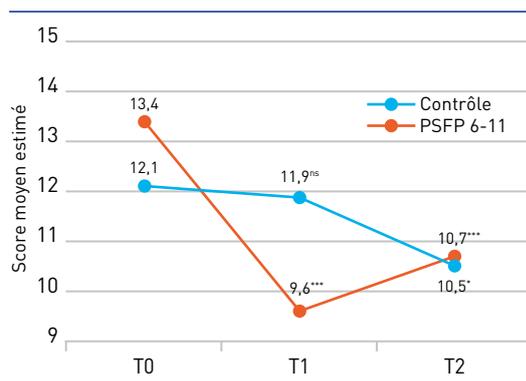
Significativité associée à une évolution par rapport à T0: \*p < 0,05; \*\*p < 0,01; \*\*\*p < 0,001; modèles de régression linéaire à effets mixtes avec effet aléatoire (individus) et effets fixes.

**FIGURE 3 | Bien-être des enfants (échelle KINDL-R)**



Significativité associée à une évolution par rapport à T0: \*p < 0,05; \*\*p < 0,01; \*\*\*p < 0,001; modèles de régression linéaire à effets mixtes avec effet aléatoire (individus) et effets fixes.

**FIGURE 4 | Santé mentale du parent (échelle GHQ-12)**



Significativité associée à une évolution par rapport à T0: \*p < 0,05; \*\*p < 0,01; \*\*\*p < 0,001; modèles de régression linéaire à effets mixtes avec effet aléatoire (individus) et effets fixes.

### Indicateurs de processus

L'assiduité des familles était bonne (73 % ont suivi 8 sessions sur les 14) ainsi que la fidélité de mise en œuvre du programme (91 % des activités prévues ont été réalisées). Les familles étaient 97 % à avoir déclaré que le programme les avait aidées; 81 % étaient très satisfaites du programme délivré et 19 % étaient plutôt satisfaites.

### Limites

Notons quelques limites à cette étude. Il y en a 3 principales: l'attrition entre le recrutement et le T2 (6 mois après les 14 séances PSFP); la comparabilité des groupes qui montrent certaines différences, en défaveur du groupe PSFP sur le ressenti financier et les troubles du comportement avant l'intervention; et enfin, les évolutions favorables à T2 des familles du groupe Contrôle ayant reçu un livret d'informations: effet de contagion (contacts et échanges entre les familles PSFP et Contrôle); et/ou les questions posées en T1 auraient pu stimuler dans le groupe Contrôle la lecture du livret et la réalisation des activités proposées entre le T1 et le T2.

**Citation suggérée :** Lasbeur, L., Pelat, C. Évaluation de l'efficacité du Programme de soutien aux familles et à la parentalité 6-11 ans, en comparaison avec une intervention minimale de la parentalité. Saint-Maurice : Santé publique France ; juillet 2023. 5 p.

## CONCLUSION

Les indicateurs de processus sur l'assiduité des familles et la fidélité de mise en œuvre du programme confirment la bonne adaptation de PSFP à ses contextes d'implantation sur le territoire français. Ces premiers résultats, en comparaison à une intervention minimale, montrent des effets à 1 mois sur les troubles du comportement, l'hyperactivité et le bien-être des enfants; sur l'engagement parental et la santé mentale des parents. Ces effets se maintiennent 6 mois après l'intervention sur les troubles du comportement et le bien-être de l'enfant.

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Gates S, McCambridge J, Smith LA, Foxcroft D. Interventions for prevention of drug use by young people delivered in non-school settings. Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 1.
- [2] Foxcroft D. R., Ireland D., Lister-Sharp D. J., Lowe G, R. Breen R. Longer-term primary prevention for alcohol misuse in young people: a systematic review. *Addiction*, 2003,98, 397-411.
- [3] 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).
- [4] Kumpfer K. L., Pinyuchon M., Teixeira de Melo A., Whiteside O.H. Cultural adaptation process for international dissemination of the SFP. *Evaluation & the health professions* 2008 ; 31 (2):226-39
- [5] Roehrig C., Pradier C. Clés de l'adaptation française d'un programme américain de soutien à la parentalité. *Santé publique* 2017;29 (5):643-53

## AUTEURS

Linda Lasbeur<sup>1</sup>, Camille Pelat<sup>2</sup>

1. Unité périnatalité et petite enfance, Direction de la prévention et de la promotion de la santé, Santé publique France.

2. Unité appui et méthodes pour les études et investigations dans le domaine de la surveillance, Direction appui, traitements et analyses de données, Santé publique France.