



Le Programme de compétences familiales en Espagne: l'efficacité de l'approche familiale dans les programmes de prévention des dépendances à la drogue et l'alcool chez l'enfant

D^r Gomila, Maria Antonia, attachée d'enseignement et de recherche, membre du groupe de recherche GIFES, Dép. Pédagogie et didactiques spécifiques, Université des îles Baléares

D^r Orte, Carmen, professeur d'Université, directrice du groupe de recherche GIFES, Dép. Pédagogie et didactiques spécifiques, Université des îles Baléares

Ballester, Luís, maître de conférences, membre du groupe de recherche GIFES, Dép. Pédagogie et didactiques spécifiques, Université des îles Baléares

Correspondance: D^r Gomila, Maria Antonia, attachée d'enseignement et de recherche. Dép. Pédagogie et didactiques spécifiques, Université des îles Baléares, Ed. Guillem Cifre. Campus UIB, ctra.Valldemossa km 7,5, Palma de Majorque 07211, ma.gomila@uib.es

Résumé

L'approche familiale s'avère la plus efficace dans la prévention de la consommation abusive d'alcool et de drogues, de troubles mentaux et de comportements problématiques chez les enfants et les adolescents, et ses effets sur les familles et leurs enfants sont importants. Cette perspective permet un type d'intervention orienté vers la promotion des facteurs de protection et la réduction des facteurs de risque et des modèles de comportement problématiques. Ce travail rapporte l'adaptation du *Strengthening Families Program* en Espagne (Orte et al., 2006), les résultats de l'application du Programme de compétences familiales jusqu'à 2011 ainsi que les résultats de l'analyse longitudinale réalisée en 2012, qui permet d'attester du maintien des effets à moyen terme de la participation au programme.

Mots-clés: prévention, dépendances, compétences familiales

Summary

The family approach has been reported to be the most efficient in drugs and alcohol consume, mental disorders and misbehaviour among children and adolescents. It has important consequences on the families and their children and allows a type of intervention leading to the promotion of protection factors and the reduction of risk factors and misbehaviour patterns. This work sheds light on the process of adaptation of the Strengthening Families Program in Spain (Orte et al., 2006) and the outcomes of the application of the Program of Family Competences until 2011. The work also shows the results of the longitudinal analysis done in 2012, reporting the maintenance and middle term effects of the participation to the program.

Keywords: prevention, addiction, family competences

Resumen

La perspectiva familiar ha demostrado ser la más efectiva en el ámbito de la prevención del consumo abusivo de alcohol y drogas, trastornos mentales y comportamientos problemáticos entre niños y adolescentes, en tanto que produce importantes efectos sobre las familias y sus hijos. Esta perspectiva permite un tipo de intervención dirigida hacia la promoción de los factores de protección y la reducción de los factores de riesgo y de los modelos de comportamiento problemáticos. Este trabajo explica el proceso de adaptación del Strengthening Families Programme en España (Orte et al., 2006), y los resultados de la aplicación del Programa de Competencia Familiar hasta 2011. Los resultados del análisis longitudinal realizado en 2012 permiten comprobar el mantenimiento de los efectos a medio plazo de la participación al programa.

Palabras clave: prevención, abusivo, competencia familiar

Introduction

La consommation de drogues et d'alcool par les adolescents et les jeunes est une problématique de premier ordre dans presque tous les pays industrialisés. L'*European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction* (EMCDDA)¹ remarque que les comportements à risque ont même augmenté dans certains pays. La prévention est l'objectif prioritaire des plans stratégiques, aussi bien auprès de la population générale qu'auprès de la population à haut risque, en particulier chez les enfants et les jeunes. Le développement de programmes qui ont fait leurs preuves dans des environnements différents est encouragé (EMCDDA, 2007). La prévention des dépendances chez les enfants et les adolescents s'inscrit dans une approche globale qui vise à prévenir non seulement la consommation abusive d'alcool et drogues, mais aussi les troubles mentaux et les comportements antisociaux. En effet, ces derniers ont une origine et un processus de développement très semblable, ce qui permet de mettre en œuvre des mécanismes communs de solution. Dans les deux cas, la prévention s'avère l'approche la plus efficace à travers la promotion des facteurs de protection et la réduction des facteurs de risque des modèles de comportement problématiques (Brown *et al.*, 2001 ; Navarro, 2000).

L'environnement familial est décisif dans le risque de dépendances chez les mineurs (EMCDDA, 2007). L'approche familiale semble donc intéressante, d'autant plus que la consommation de drogues et d'alcool a d'importantes conséquences pour les familles et leurs enfants (Orford et Harwin 1982 ; Velleman 2000a ; Hurcom, 2000 ; Kroll et Taylor 2003 cités par Coombes, L., Allen, D., Marsh, M. et Foxcroft, D, 2006, Currie *et al.*, 2008). Les recherches ont amplement démontré que les enfants des familles affectées par des dépendances ont un plus haut risque de consommer eux-mêmes des substances psychoactives ou de développer d'autres désordres émotionnels, mentaux, académiques, comportementaux et d'autres problèmes sociaux (Bröning *et al.*, 2012, Kumpfer et Johnson, 2007). En outre, les problèmes de dépendance dans la famille se transmettent en grande partie aux générations suivantes à travers les processus cognitifs et comportementaux du modelage. C'est le cas, par exemple, des rapports familiaux problématiques dans la maison ou de l'absence de support parental (Bröning *et al.*, 2012). En effet, les familles ayant des problèmes de dépendance ont de grandes difficultés à exercer une parentalité positive. Elles ont une plus grande tendance à la violence (physique ou verbale) et à l'abandon ou à la négligence des enfants (Orte *et al.*, 2007 et 2012 ; Moreno, 2002 ; Chassin *et al.*, 2004) et une moindre capacité à résoudre les problèmes quotidiens. Le bien-être des enfants se voit, au final, davantage affecté par l'ambiance désorganisée et par les problèmes de stress, de dépression et d'anxiété des parents dépendants que par les effets de la consommation elle-même (Espada y Méndez, 2002). En ce sens, l'intervention précoce donne de très bons résultats dans la réduction des risques (Kumpfer et Johnson, 2007). De plus, on a pu vérifier que « les facteurs clés de la compétence familiale interviennent ensemble et sont mutuellement synergiques. Par exemple, une amélioration de l'organisation familiale est liée à l'amélioration de la cohésion entre les membres du groupe familial ainsi qu'à une meilleure communication et à la résolution coopérative des problèmes » (Orte *et al.*, 2012:11).

Les problèmes dans la famille font augmenter le risque pour les enfants de répéter les mêmes modèles de relations et de comportements (dont l'abus de substances qui créent la dépendance, qui est censé être entre deux et neuf fois plus élevé) (Kumpfer et Johnson, 2007). Dans ce contexte, les rapports familiaux positifs, la supervision des parents sur les comportements des enfants, la discipline et la communication de valeurs et d'attentes positives en ce qui concerne la santé deviennent les facteurs de protection les plus efficaces dans le cadre de la prévention des dépendances (Orte *et al.*, 2012).

¹ <http://www.emcdda.europa.eu/>

Le Programme de compétences familiales en Espagne

Pourtant, la plupart des politiques de prévention mises en œuvre aussi bien en Europe, aux États-Unis et au Canada suivent encore une approche universelle, alors même que les recherches de solutions aux problématiques dérivées de la consommation de drogues et d'alcool mettent en évidence, d'une part, l'efficacité des interventions précoces (sur l'enfance) dans les programmes de prévention des dépendances (Coombes *et al.*, 2006) et, de l'autre, celle des programmes qui ciblent des familles problématiques ou à haut risque (Kumpfer *et al.*, 2010, Foxcroft, 2006, Tobler et Kumpfer, 2001, Orte *et al.*, 2010). En ce sens, les résultats des études visant les mécanismes et les processus de résilience des enfants dans des familles ayant des problématiques de dépendance et à haut risque ont donné lieu à la création de programmes de prévention préconisant la pratique de la parentalité positive et le renforcement des liens familiaux (Orte *et al.*, 2010).

Même si l'état de la recherche ne permet pas encore d'offrir des résultats définitifs – en raison, notamment, de l'hétérogénéité des programmes (Bröning *et al.*, 2012) – l'examen des révisions du corps de recherche existant ont permis de réaliser des analyses visant à classer les programmes en fonction de leur efficacité dans la prévention des dépendances, mais aussi par rapport aux résultats obtenus chez les enfants et leurs familles.

Selon la classification de la méta-analyse de la Cochrane Review de l'Université d'Oxford, le *Strengthening Families Program* (SFP) (Kumpfer et DeMarsh, 1985; De Marsh, Kumpfer et Child, 1989) a donné de meilleurs résultats que d'autres programmes de prévention des dépendances, que ce soit en milieu scolaire ou avec des familles à haut risque (Foxcroft *et al.*, 2003, Foxcroft *et al.*, 2012). Ce programme incorpore des avancées significatives dans le domaine de l'épidémiologie et de la psychologie visant la prévention et la réduction de la consommation d'alcool et de drogues chez les enfants et les adolescents à travers l'application de techniques de changement des comportements basées sur les théories de l'apprentissage social cognitif (Kumpfer, Xie, O'Driscoll, 2012).

Ce travail a pour but de montrer l'efficacité de la mise en œuvre de l'adaptation espagnole du SFP, le Programme de compétences familiales (Orte *et al.*, 2006). Il présente les résultats des expériences réalisées de 2006 à 2011 avec des familles comptant un membre en dernière phase de traitement de dépendances au sein du *Proyecto Hombre*² dans plusieurs communautés espagnoles ainsi qu'avec des familles suivies par les Services sociaux des îles Baléares. Les évaluations de contrôle aléatoire portant sur les différentes applications du programme ont montré des résultats très positifs dans la prévention chez les adolescents de l'accès précoce aux drogues et à l'alcool ainsi que des comportements à risque associés à la consommation. Cela a aussi permis d'identifier les éléments du programme les plus efficaces à l'heure de renforcer les capacités parentales et les liens familiaux qui protègent au mieux le développement des plus petits. Le travail présente également les derniers résultats de l'analyse longitudinale réalisée en 2012, qui constate la continuité des résultats et les effets à moyen terme de la participation au programme par les familles. Cette analyse permet aussi de détecter les facteurs et les types de situations familiales les plus déterminants pour l'efficacité de l'application des stratégies familiales dans la prévention de l'abus des drogues chez les adolescents.

Le succès du programme repose sur plusieurs axes qui sont à la fois théoriques et méthodologiques. D'une part, son approche intégrale et à composantes multiples (*multicomponent*) qui cible la famille comme unité et dont la base théorique est largement acceptée et avérée, de l'autre, l'application de méthodologies actives combinées, basées sur la promotion de rapports positifs, durables et de qualité dans la famille. Par ailleurs, le programme prend en compte tous les aspects

² <http://proyecto hombre.es/>

Le Programme de compétences familiales en Espagne

du processus d'intervention : sélection et motivation des familles, matériel, espaces, contrôle du temps, nombre de séances suffisantes, etc. L'adaptation aux particularités culturelles et contextuelles des familles participantes ainsi que la fidélité à la structure du programme sont aussi des éléments très importants. Finalement, un système d'évaluation conséquent et systématique des processus et des résultats permet de vérifier son efficacité (Orte *et al.*, 2012).

D'un point de vue comparatif, les résultats de l'application du programme ont été rapportés par le EDDRA (*Exchange on Drug Demand Reduction Action*) de l'EMCDDA qui, dans le cadre européen, place le Programme de compétences familiales (ici SFP-Espagne) au niveau 3, correspondant aux programmes de prévention les plus efficaces (Amer, 2012). Dans le cadre des adaptations européennes du SFP, le SFP-Espagne est, avec le programme irlandais, l'adaptation qui a obtenu les résultats les plus positifs, meilleurs que ceux des adaptations du programme en Hollande, au Portugal et en Grande Bretagne, et même que ceux observés aux États-Unis avec l'application du programme originel (Burkhard, 2012).

Le SFP dans le cadre des programmes de prévention basés sur la recherche empirique et ses adaptations en Europe

Le programme SFP originel est un programme de prévention à composantes multiples (*multicomponent*) conçu spécialement pour des parents ayant des problèmes de dépendance et pour leurs enfants âgés de 6 à 12 ans. Il a été développé, à l'origine, à l'université d'Utah par De Marsh et Kumpfer (1985) et par De Marsh, Kumpfer et Child (1989). Des révisions ultérieures (1998 et 2004) adaptent le programme à d'autres groupes d'âge (3 à 5, 6 à 11 et 12 à 16 ans), tandis que d'autres (Spoth et Molgaard, 1993 et 1999) donnent naissance à un nouveau programme familial visant la population scolaire universelle (Iowa SFP-10-14) avec une structure plus courte (7 séances au lieu des 14 du programme originel). Aux États-Unis, le SFP a, de plus, subi des modifications pour mieux s'adapter aux particularités contextuelles des divers groupes sociaux et culturels formant la population cible (différentes dans chaque cas). Des évaluations ont validé ces changements, avec des résultats positifs dans le recul de l'âge de l'initiation à l'alcool et aux drogues et dans les taux de recrutement et de rétention des participants (Kumpfer et Johnson, 2007).

Les analyses de la *Cochrane Collaboration* témoignaient des bons résultats, jusqu'à deux fois plus effectifs (Foxcroft 2007) en prévention universelle des versions ISFP (7 séances) chez la population scolaire de 10 à 14 ans aux États-Unis. Par la suite, plusieurs adaptations de cette version ont été faites dans différents pays européens qui se sont soumis à des évaluations indépendantes avec des résultats positifs (Kumpfer, 2012). Les adaptations de la version de Spoth et Molgaard (1999), de 7 séances (plus 4 de renforcement), ont été développées par Allen *et al.* (2007) en Angleterre, par Segrott³ au Pays de Galles, par Stolle *et al.* (2010) en Allemagne, par Skärstrand (2008) en Suède et par Kyritsi en Grèce (Burkhard, 2012). De nouvelles adaptations en Italie (Ortega, Gianotta, Latina, Giairano, 2012) (encore sans évaluation) sont en cours. Dans le cas de la France, Kumpfer (2012) mentionne une adaptation du SFP 6-11 dans une banlieue de Paris avec une population d'origine maghrébine. Le programme est encore dans sa phase initiale et on ne dispose pas d'évaluations qui puissent offrir des résultats. En Espagne (Orte, 2008), en Pologne (Okulizc, 2012) et en Irlande (Kumpfer, Xie, O'Driscoll, 2012), c'est la version originelle de 14 séances qui a été appliquée.

³ *My Strong Family*, développé par l'Université d'Oxford Brookes (Coombes *et al.*, 2006), et le projet SFP Cymru en Pays Gallois (Segrott *et al.*, 2012)

Le Programme de compétences familiales en Espagne

La transférabilité du SFP dans des pays européens de langue non anglaise et dans des contextes culturels différents par rapport à ceux d'origine du programme fait encore l'objet de discussions dans le cadre de la recherche de programmes efficaces de prévention de la consommation de drogues et d'alcool chez les jeunes (EMCDDA, 2012). La question de la transférabilité est particulièrement intéressante, d'autant plus que le SFP, comme d'autres programmes de prévention basés sur la recherche empirique, a pour but la modification des comportements, « façons d'agir » et rapports des familles et des individus dans un contexte (socio-économique, culturel, politique, etc.) spécifique. La recherche sur le sujet montre des résultats plus positifs lorsque ces programmes sont adaptés à la réalité socioculturelle dans laquelle ils interviennent (Kumpfer, Magalhaes et Xie, 2012, p.109). Cela implique le besoin de considérer le langage, la culture et le contexte dans le but d'adapter le programme aux patrons, aux valeurs et aux significations culturelles de la population cible.

Cependant, dans les adaptations du programme et les travaux analysant ces adaptations, Kumpfer et d'autres chercheurs européens (Allen et al., 2007 dans Kumpfer, et al., 2012 ; Skärstrand et al., 2008⁴) attirent l'attention sur le fait qu'il est essentiel de prendre en considération les éléments qui doivent être adaptés en matière de matériel ou de cadres d'action. Les chercheurs s'accordent sur le fait que l'adaptation du matériel et du format ne doit pas aller jusqu'à altérer l'intégrité théorique et conceptuelle du programme, au risque de voir réduite l'efficacité du programme.

Le Programme de compétences familiales

L'adaptation espagnole du SFP se nomme le Programme de compétences familiales (SFP-Espagne). Ce programme a été développé et validé par le Groupe de recherche et de formation éducative et sociale (GIFES) de l'Université des îles Baléares, sous la direction de Carmen Orte. Le projet est issu des nombreuses recherches sur les facteurs de protection familiaux dans le cas de la prévention de la consommation de drogues dans les années 90 par la D^r Orte qui a dirigé des recherches sur la prévention de l'usage des drogues à l'Université des îles Baléares (UIB). Le programme a été conçu dans le but d'améliorer les compétences familiales et de prévenir les éventuels comportements inadaptés chez les enfants des familles confrontées à la consommation de drogues et d'alcool (parents en traitement).

À partir de la conception transversale du programme, en 2005, et des premières expériences pilotes, des mises en œuvre systématiques du programme par les services sociaux et de protection des mineurs et le *Proyecto Hombre* (PH) ont été réalisées de 2006 à 2008. Celles-ci comprenant, dans chaque cas, des groupes expérimentaux (GE) et des groupes de contrôle (GC)⁵. Les interventions réalisées avec le PH ont concerné plusieurs villes espagnoles et ciblaient les familles (volontaires) avec des enfants de 7 à 14 ans, dont les parents (tableau 1) ont été consommateurs de drogues et se trouvaient en dernière phase de traitement de désintoxication au sein de la structure. Un autre groupe concernait, en revanche, des familles en situation de risque usagères des services sociaux et de protection des mineurs (SS) des îles Baléares uniquement. Dans ce cas, même si le profil était pareil les problématiques de consommation ou dépendance ne faisaient pas partie des critères d'inclusion, mais plutôt des problèmes concernant l'éducation des enfants ou l'organisation familiale. Des validations initiales avec des groupes de contrôle ont permis de redéfinir la procédure de mise en œuvre

⁴ <http://www.stad.org/wp-content/uploads/2011/01/Skarstrand.pdf>

⁵ Les « groupes expérimentaux » sont les groupes de familles qui ont participé au programme et les « groupes de contrôle » sont des groupes de familles qui n'ont pas participé au programme, mais qui ont des mêmes caractéristiques que celles des « groupes expérimentaux » et qui s'accordent aux critères d'inclusion et d'exclusion du programme.

Le Programme de compétences familiales en Espagne

et d'améliorer les instruments d'évaluation. Ensuite, 17 applications du programme⁶ ont été faites entre 2008 et 2009 et 40⁷ entre 2009 et 2011. De 2006 à 2008, 15 familles ont été sélectionnées pour le programme. Cependant, lorsqu'il s'agissait de la validation du programme, ces familles n'ont pas été incluses dans les analyses. De 2008 à 2009, elles étaient 119 et, dans les applications de 2009-2011, elles étaient 290. Des 379 familles qui ont initié le programme, 290 l'ont fini. Pour l'analyse longitudinale de 2012, 155 familles du GE et 26 du GC ont été recontactées (voir le tableau 1). La comparaison des caractéristiques sociodémographiques entre les familles du GE de la première étape et celles de la deuxième étape confirme le maintien de la structure d'âge (tableau 2), du sexe et la configuration familiale.

Tableau 1. Familles participantes et continuité dans le programme (2008-2011)

	Début progr.	Fin progr.	% suivi	Analyse longitudinale		% suivi
				GE	GC	
Familles PH	87	73	83,91%	63	9	86,30%
Familles SS	292	217	74,32%	92	17	42,40%
TOTALE	379	290	76,52%	155	26	53,45%

Tableau 2. Typologie des familles participantes au programme

	Âge moyen enfants	Âge moyen parents
Proyecto Hombre		
Groupe expérimental	12,38	40,28
Groupe contrôle	12,00	41,11
Services sociaux		
Groupe expérimental	11,25	41,46
Groupe contrôle	9,65	38,82

Caractéristiques du programme

Le SFP-Espagne est un programme à composantes multiples avec une approche basée sur la participation des familles. Cette méthodologie est considérée comme essentielle dans l'obtention de changements dans les facteurs de protection et de risque chez les parents et leurs enfants (*Center for Substance Abuse Prevention* 1998 ; Biglan 2003). Afin d'assurer un haut niveau de rétention et d'efficacité dans les résultats, le programme combine trois axes d'intervention. Le premier, concernant les habiletés sociales et de vie, est destiné aux enfants et aux jeunes. Le second a pour but de renforcer les capacités comportementales des parents. Le troisième vise à intégrer les habiletés acquises par les enfants et les parents dans l'ensemble de la famille. Les séances s'organisent autour d'un repas de bienvenue avec les familles usagères et les formateurs. Le repas qui précède chaque journée n'a pas qu'une finalité de bienvenue. Il permet aussi de mieux suivre le développement des familles, de renforcer certains aspects abordés dans les séances précédentes et de

⁶ 7 au PH/10 aux SS

⁷ 11 au PH/29 aux SS

Le Programme de compétences familiales en Espagne

retenir les participants. Le programme se développe au cours de 14 séances de deux heures au cours desquelles les parents et les enfants sont d'abord séparés en deux groupes qui travaillent de façon simultanée. Durant la deuxième heure, les familles sont regroupées dans le but de pratiquer les apprentissages de la première heure à travers des jeux thérapeutiques. Parents et enfants apprennent à observer leurs comportements et interagissent directement sous l'œil des formateurs qui les orientent lorsque cela est nécessaire. La famille continue ensuite le travail sous forme de « devoirs » à réaliser à domicile. Ceci favorise une discipline d'apprentissage et renforce les acquis des séances présentiels, tout en permettant d'évaluer les comportements.

L'efficacité de ce type de programmes à composantes multiples – qui prennent pour cible la famille comme unité – par rapport aux programmes individuels a été largement démontrée par Tobler et Kumpfer (2000, 2003) et rapportée dans des méta-analyses réalisées sur des programmes d'intervention avec la famille (Dunst, Trivette & Hamby (2007). Nation *et al.* (2003) identifie aussi cette approche plurielle comme l'un des principes d'efficacité dans la prévention. Dans le cadre de cette structure à plusieurs volets et centrée sur la famille, les besoins individuels de chacun sont pris en compte, mais on considère que c'est au sein de la structure familiale, reconnue comme entité, que ces développements individuels peuvent mieux s'intégrer. Cette approche est basée sur l'idée que les problèmes affectent l'ensemble de la famille et que, de la même manière, les mécanismes de surpassement familiale ont une influence décisive sur la récupération, aussi bien de chacun des membres individuellement que de la famille comme unité (Pittman, 1987). Les interventions socio-éducatives qui suivent cette approche permettent la construction de ressources pour que les familles puissent faire face aux situations problématiques, les améliorer et se renforcer elles-mêmes ainsi que leurs capacités à affronter de futurs défis (Orte, 2012b). Du point de vue du développement du programme, cette approche a aussi d'autres avantages, car il a été vérifié que les enfants encouragent souvent les parents à y participer, ce qui a une influence positive sur le taux d'attrition. L'entraînement suivi dans les séances fait que le niveau de rétention des apprentissages est plus important et durable dans le temps (Tobler et Kumpfer, 2003) et le degré de satisfaction des participants est plus élevé, tout comme leur perception de la valeur de l'aide reçue (Dunst *et al.*, 2007, Orte *et al.*, 2013).

Les séances sont dirigées par une équipe multidisciplinaire de formateurs (quatre permanents et deux de substitution), professionnels des institutions au sein desquelles le programme s'applique, qui ont suivi une formation spécifique pour l'application du programme de la part du groupe du D'Orte (GIFES- Université des IB). C'est aussi le GIFES qui réalise la supervision quotidienne du développement et de l'animation des séances par les formateurs (Orte *et al.*, 2012c). Le programme accorde une importance majeure aux professionnels qui réalisent les interventions, car c'est leur compétence qui lui apporte son efficacité et sa qualité⁸.

Le processus d'adaptation du SFP au SFP-Espagne

Les modifications du matériel ont été faites à plusieurs niveaux (forme, structure et contenu des séances, instruments d'évaluation). Le GIFES a édité du matériel en version papier, utilisé durant les séances, ainsi que du matériel de support (DVD et vidéos) pour des situations spécifiques (par exemple, des personnes ayant des problèmes de lecture et d'écriture) ou pour le travail de renforcement à la maison. Suivant les recommandations d'Allen, Coombes et Foxcroft (2007), les modifications des aspects plus formels ont été faites au niveau du langage, des normes de présentation,

⁸ <http://www.cite2011.com/Comunicaciones/Familias/114.pdf>

Le Programme de compétences familiales en Espagne

de la structure des séances et du format de présentation du programme. Certains mots et des expressions culturellement significatives ont été aussi adaptés à la réalité espagnole. Le langage iconique a été incorporé afin de faciliter la compréhension des contenus des textes. Les contenus ont dû également être modifiés lorsque des divergences d'ordre culturel et d'ordre social ont été trouvées par rapport aux versions anglaises du programme originel. Ces modifications ont pour objet des concepts culturels et symboliques et ont pour but de mieux adapter les contenus aux significations et aux comportements de la société espagnole (Orte *et al.*, 2008).

D'autres modifications par rapport au programme originel ont été apportées à la structure et au contenu des séances pour les adapter à la société espagnole. Musiques, activités, jeux, mais aussi dynamiques de groupe, bonus (encouragements) pour les comportements corrects et même durée des activités ont subi des modifications. Tous ces éléments ont été précisés dans le matériel destiné aux formateurs afin d'assurer la structuration des séances en accord avec les critères du programme⁹. De fait, la formation des formateurs a été l'un des points les plus importants pour garantir la fidélité au programme, laquelle, à son tour, est essentielle pour en garantir les résultats (Rohrbach, 2007). Le déroulement des séances et leur animation par les formateurs sont minutieusement réglés, soit par le matériel guide, soit par la formation reçue. Il est important de noter que les séances ont été dirigées par les professionnels des institutions d'accueil du programme : *Proyecto Hombre* et les services sociaux. Or, la participation des organisations, institutions et communautés, objet des interventions, est considérée comme essentielle dans les adaptations culturelles des programmes de prévention basés sur la recherche empirique (Kumpfer *et al.*, 2008). En raison de leur expérience dans le travail en groupe et avec des populations en processus de désintoxication et des familles à haut risque, la participation des professionnels dans le recrutement (des formateurs comme des participants) et dans la discussion des modifications à apporter au programme originel a été un élément clé du processus d'adaptation et de conception du SFP-Espagne, même si cela ne les a pas dispensés de suivre également une formation spécifique pour l'application du programme (Orte *et al.*, 2008). De plus, à la différence d'autres adaptations européennes, dont spécifiquement le cas de l'Italie (Ortega *et al.*, 2012), les contributions des formateurs à la révision du matériel, des contenus et des processus d'exécution n'ont pas seulement porté sur les premières mises en œuvre, mais également sur les évaluations et les réalisations postérieures (Orte, Touza, Ballester, 2006). En effet, chaque séance incluait une évaluation des formateurs sur leur développement et basée sur 5 objectifs. Ce système d'évaluation a permis, à travers des questionnaires spécifiques¹⁰, la détection de problèmes et de potentiels obstacles, aussi bien dans les contenus que dans la participation et le développement des séances : respect des horaires, difficultés de transport, compréhension du matériel par les participants, motivation et dynamiques de travail des groupes, etc. Étant donné que le programme est basé sur la participation active des familles, beaucoup d'intérêt a été accordé aux stratégies et mécanismes de surpassement des barrières qui pourraient affecter cette participation (Orte *et al.*, 2013). Grâce à ce système, on a pu évaluer le niveau de rétention des participants au programme et détecter la nécessité d'introduire des modifications pour en améliorer l'efficacité. Par exemple, le matériel didactique a subi certaines modifications (actualisation des images, textes plus faciles à comprendre, simplification des procédures d'évaluation, etc.).

⁹ Orte *et al.*, *Manual de implementación del programa de competencia parental*. Publié par la UIB et le gouvernement régional.

¹⁰ « Questionnaire d'évaluation des séances pour les formateurs », pour les séances 1, 5, 6, 7, 8, 9, 13 et « Questionnaire de fidélité de la séance », pour les séances 2, 3, 4, 10, 11 et 12.

Méthode et instruments d'évaluation

Dans les méthodes et les techniques déployées au cours du travail avec les familles, le SFP-Espagne accorde un rôle prioritaire au contrôle des processus d'application (fondé sur la fidélité au programme) et au contrôle des modalités d'actuation (explications, débats, activités de partage d'expériences) (Orte *et al.*, 2007 ; 2008) et des critères d'intervention. Ainsi, les validations des adaptations prennent en compte le besoin de combiner l'adaptation avec la fidélité de la mise en œuvre et l'efficacité du programme (Barrera *et al.*, 2004 ; Castro, Barrera et Hollerand, 2011). Sur ce point, le SFP-Espagne envisage plusieurs instruments de contrôle et des mesures d'évaluation suivant les mêmes critères que les programmes originels. Tout d'abord, les instruments d'évaluation utilisés par le SFP-Espagne ont été considérés comme essentiels, en premier lieu, pour mesurer le degré de fidélité de l'application du programme et, en deuxième lieu, pour réduire le taux d'attrition. La sélection des instruments et leur adaptation ont été faites dans l'idée de garantir que les concepts théoriques et les propriétés psychométriques (fiabilité, validité) soient les plus proches possible de ceux du programme originel (Orte *et al.* 2008 ; 2012a). Par ailleurs, une importance centrale a été accordée à la correcte sélection des familles, considérée comme l'un des critères les plus décisifs pour garantir le bon développement du programme ainsi que son efficacité (Ballester, 2012). Ainsi, différents critères d'inclusion ou d'exclusion des familles ont été retenus selon l'institution (*Proyecto Hombre* et services sociaux) dont elles étaient usagères dans le but d'optimiser les effets de la mise en œuvre du programme. En effet, les 87 familles usagères du PH ont été choisies entre celles qui se trouvaient dans les dernières phases du programme de désintoxication développé par l'institution afin d'assurer le maintien de l'abstinence et d'éviter les problèmes de crise familiale dérivés de la dépendance de l'un de ses membres, ce qui aurait pu dénaturer la participation. De ce groupe, 83,91% (73) des participants ont complété les 14 séances. Des 292 usagers des services sociaux, l'un des critères d'inclusion était que les besoins de base de la famille soient couverts, suivant l'idée que, dans le cas contraire, les familles n'auraient pas la capacité de participer. Soit dans le groupe des familles du PH comme du groupe des familles des SS, leur composition familiale était très variée, avec une forte prédominance de familles monoparentales (plutôt mères) et recomposées. Néanmoins, la situation familiale, sociale et économique des familles usagères des SS était rapportée comme plus précaire et à risque que celle des familles provenant du PH. Dans ce groupe, le taux d'attrition a été 25,6%, tandis que le taux des familles du PH était de 13,6%. Si l'on considère celles qui ont été récupérées dans l'analyse longitudinale de 2012, les taux d'attrition sont encore plus grands. Dans les deux groupes (PH et SS), l'abandon de la participation est dû, dans la majeure partie des cas, à la volonté des familles de couper les liens avec les services de référence, aux changements de domicile et à la perte de motivation. Le programme ciblait donc une population très spécifique, avec l'objectif général d'augmenter les capacités des parents, d'améliorer les comportements et les compétences sociales des enfants, de faire évoluer les rapports familiaux ainsi que de prévenir les modèles de consommation précoces chez les enfants et les adolescents de ces familles. Il faut également souligner que les caractéristiques socio-économiques de cette population sont très marquées par le style de vie des zones touristiques, avec une forte présence des drogues et de l'alcool en lien avec les loisirs (Amer, 2011). De plus, l'expérience en Espagne est aussi à mettre en relation avec les différents niveaux de développement du système de protection sociale et les forts liens de solidarité qui dérivent de l'importance culturelle de la famille comme institution (EMCDDA, 2012). Les familles destinataires du programme étaient plus hétérogènes, en ce qui concerne les niveaux socio-économique, culturel et éducatif, que les participants des programmes du SFP aux États-Unis. Ce qui demandait aussi une plus grande capacité de s'adapter à la diversité des besoins.

Le Programme de compétences familiales en Espagne

Dans le SFP-Espagne, le processus de sélection des échantillons a suivi des modèles d'inclusion et d'exclusion communs, permettant la combinaison entre les GE (155 familles) et les GC (26 familles) et le contrôle du préprogramme et du postprogramme (Orte *et al.*, 2012a). L'objectif de cette comparaison, avec des contrôles pré- et post- et mise en œuvre sur les deux groupes, est de mesurer les changements expérimentés par les parents, les enfants et la famille afin d'évaluer le degré d'influence du programme sur l'amélioration des rapports familiaux, sur les pratiques éducatives et parentales et sur les comportements des enfants.

Ces mécanismes d'évaluation ont joué un rôle très important dans le processus d'adaptation du programme qui est considéré comme une évolution constante pour être au plus près des caractéristiques et des besoins des familles et des individus participants. En ce sens, les évaluations des séances et les évaluations du degré de satisfaction des participants sont aussi des instruments qui ont été adaptés pour prévenir de possibles biais dans les résultats et pour en assurer l'efficacité. Ainsi, les évaluations externes générées par des observateurs extérieurs au programme (Orte *et al.*, 2008 p. 8) ont été combinées avec les rapports d'évaluation des formateurs et les questionnaires aux participants (parents et enfants)..

En ce qui concerne l'évaluation des résultats, une série de questionnaires, élaborés par Kumpfer et destinés aux parents et aux enfants (voir le *Behavior Assessment System for Children (BASC)* (Reynolds and Kamphaus 2004)¹¹ ont été utilisés pour évaluer le comportement, la personnalité et les problèmes affectifs des enfants et des adolescents. Aussi, l'Échelle de satisfaction familiale par adjectifs (ESFA) (Barraca et López-Yarta, 2003) a servi à mesurer la satisfaction de la famille sur son propre fonctionnement. Il est à noter que cet instrument permet d'offrir une mesure globale des dynamiques et des conceptions familiales. Utilisant des adjectifs, évoquant des réponses affectives, il mesure les sentiments, positifs ou négatifs, qui ont leur origine dans les interactions (verbales ou physiques) entre un individu et les membres de sa famille. Dans l'analyse longitudinale, un questionnaire d'évaluation élaboré spécialement pour le SFP-Espagne a été appliqué ainsi que des instruments visant l'examen spécifique d'autres variables, telles que l'intervention des formateurs, le matériel et les séances, le changement vécu par la famille et le niveau de satisfaction.

La distribution des instruments d'évaluation a été la suivante :

Tests pour les parents : ensemble d'instruments d'évaluation (SFP-K: Kumpfer) analysant des variables telles que le temps passé ensemble et l'obéissance des enfants ; BASC (Reynolds and Kamphaus 2004) ; Test sur la connaissance et la satisfaction par rapport au programme (SFP: Kumpfer, 2003) ; ESFA (Barraca et López-Yarta, 2003)

Tests pour les formateurs : BASC (Reynolds et Kamphaus, 2004) et un questionnaire de valorisation du programme pour l'évaluation des formateurs, du matériel, des séances et des changements de comportements.

Tests pour les enfants : ensemble d'instruments d'évaluation (SFP-K: Kumpfer) analysant des variables telles que le temps passé ensemble, leur propre obéissance ; BASC et évaluation des professeurs.

¹¹ Instrument validé spécifiquement pour la population espagnole. Une description de l'instrument peut être trouvée à <http://www.pearsonassessments.com/HAIWEB/Cultures/en-us/Productdetail.htm?Pid=PAa30000>

Le Programme de compétences familiales en Espagne

Les variables à évaluer concernent plusieurs facteurs clés et sous-facteurs :

Les rapports familiaux

Implication parentale, supervision, résistance de la famille dans des situations de difficulté, relations interpersonnelles, rapports et communication parents-enfants, organisation familiale, contrôle du conflit parental, estime de soi des parents, environnement familial, etc.

Les habiletés parentales

Résistance de la famille, rapports parents-enfants, implication parentale et supervision des enfants, cohésion familiale, organisation familiale, parentalité positive, habiletés parentales, etc.

Les changements dans les comportements des enfants

Agressivité, maîtrise de soi ou self-control face aux problèmes scolaires, dépression, repli sur soi, concentration, stress, etc.

Les changements dans les habiletés sociales des enfants

Habiletés sociales, attitudes négatives au regard de l'école, capacité d'adaptation à des situations nouvelles, capacité de parler avec les adultes, capacité à se faire de nouveaux amis, assertivité et empathie, etc.

Dans l'analyse longitudinale qui mesure le changement et la continuité des effets du programme, les facteurs à analyser dans le prétest et le posttest avec les GE et GC ont été groupés en 6 catégories : résistance familiale, rapport entre parents et enfants, cohésion familiale, organisation familiale, parentalité positive, habiletés parentales.

Résultats du programme

Les résultats des évaluations obtenus dans les différentes applications du programme ont été rapportés par le GIFES en deux vagues, 2008 (Orte, Touza, Ballester, 2007) et 2012 (Orte, Ballester, March, 2012). Celles-ci correspondent aux deux périodes de mise en œuvre et à l'étude longitudinale des familles qui avaient fini le programme en 2009 et qui ont été suivies jusqu'en 2012.

L'observation des résultats pré- et posttest entre les GE et les GC a été faite à travers les analyses de variance à partir des tests ANOVA ($p < 0,05$), incluant des contrastes post-hoc (test Tukey-b). Les résultats obtenus montraient des différences significatives des variables entre le prétest et le posttest, observations du GE et du GC. Le t-test était utilisé pour confirmer les différences entre les observations prétest et posttest des GE. La taille des effets observés était aussi calculée (Cohen'd).

L'observation de ces indicateurs montre les bons résultats du SFP-Espagne sur le taux d'attrition et sur la continuité des participants durant tout le processus. En effet, les résultats montrent un haut niveau de continuité des participants (parents et enfants) jusqu'à la fin du programme (75% dans le rapport 2008, 76,5% dans le rapport 2012). Il faut souligner que les participants provenant du PH ont montré des niveaux de continuité beaucoup plus hauts que les familles des SS (entre 84% et 89% pour les familles du PH, contre 64% à 74% pour les SS). Toutefois, même si la participation des familles usagères des SS a été plus basse que celle des familles du PH, les résultats par rapport aux changements dans le comportement et à l'amélioration des capacités parentales ne montrent pas de différences notables. Les familles provenant des SS se caractérisaient par des niveaux de risque plus élevés et une problématique sociale plus complexe que les familles du PH, ce qui pourrait expliquer les difficultés à suivre le programme jusqu'au bout (Orte, Ballester, March, 2012a). D'autre part, la

Le Programme de compétences familiales en Espagne

participation des deux parents (même s'ils ne forment plus un couple) dans le programme a également été très élevée (70 % pour les familles de PH et 60 % pour les familles des SS), permettant ainsi d'optimiser les résultats du travail sur l'amélioration des comportements et des rapports au sein de la famille (Orte, Touza, Ballester. 2007 ; Ballester, 2012).

En ce qui concerne les **relations familiales** (tableau 3), les valeurs observées dans l'analyse de 2008 montrent que la comparaison prétest et posttest des GE marque des améliorations considérables dans l'engagement familial ($t = -3937$ $p = 0,000$), la communication ($t = -3789$ $p = 0,000$) et l'établissement des normes ($t = -2.077$ $p = 0,042$), la satisfaction familiale ($t = -2418$ $p = 0,022$), l'organisation ($t = -3579$ $p = 0,001$) et les rapports entre parents et enfants ($t = -2.240$ $p = 0,033$). Dans la communication, il faut faire la distinction entre l'expression des sentiments entre parents et enfants qui expérimentent des changements positifs très importants par rapport à la situation précédente et la communication des normes et des valeurs, y compris celles concernant la consommation de drogues et d'alcool. Sur ce point, le niveau de satisfaction de la famille croît également de même que la conscience de groupe (sentiment de famille). Finalement, l'organisation familiale est améliorée dans plusieurs aspects clés : les réunions familiales (qui étaient auparavant inexistantes ou presque) et le temps positif que les parents passent avec leurs enfants.

Tableau 3. Rapports familiaux

		F	p	t	p	Cohen-d
Engagement familial		4.092	0.003	- 3937	0.000	0.771
Communication	Communication des sentiments entre parents et enfants	3.997	0.008	- 3.789	0.000	0.665
	Communication de normes familiales concernant la consommation d'alcool et de drogues	2.978	0.056	- 2.077	0.042	0.445
Satisfaction familiale (ESFA)		3.672	0.015	- 2.418	0.022	0.743
Rapports entre les parents¹²		6.605	0.000	- 2.240	0.033	0.561
Organisation familiale	Organisation des réunions familiales	5.365	0.001	- 3.579	0.001	0.653
	Temps pour développer des rapports positifs entre parents et enfants	5.766	0.001	- 3.941	0.000	-

L'analyse révèle aussi qu'il n'y a pas de grandes différences entre les évolutions vécues par les familles issues des différents services, mais que, au contraire, les différences entre les GE et les GC et entre les analyses prétest et posttest sont notables, indiquant de façon très claire les effets positifs de la participation au programme. L'analyse longitudinale de 2012 montre une croissance importante des valeurs à la fin du programme ainsi que la continuité des changements positifs chez les familles du GE par rapport aux familles du GC, surtout en ce qui concerne la relation entre les parents, la communication entre les parents et les enfants ($t = -6,08$; $p = 0,000$, $d = 0,88$) et le fait passer des moments agréables ensemble ($t = -4,60$ $p = 0,000$).

En ce qui concerne les **habiletés parentales** (tableau 4), leur évaluation est basée sur la capacité des parents à s'engager comme parent et sur leur habileté à résoudre des problèmes qui concernent la famille dans son ensemble. Les résultats ont été évalués dans le champ des compétences

¹² Thurstone-type scale (BASC), également confirmé par les affirmations des enfants.

Le Programme de compétences familiales en Espagne

parentales, la connaissance des rôles parentaux et la supervision parentale. Plusieurs facteurs ont été analysés et les résultats montrent qu'il y a eu des changements positifs dans la capacité des parents à s'impliquer dans l'exercice de la parentalité et dans l'affrontement des problèmes quotidiens (tableau 4, 5 et 6). Les participants montrent aussi une meilleure connaissance de leurs capacités comme parents et une amélioration de leur capacité à imposer de façon efficace des règles et des punitions lorsque cela s'avère nécessaire. En ce qui concerne le niveau de connaissance des parents des actions des enfants, leur capacité à contrôler leurs activités et les rapports sociaux qu'ils nouent aident à mettre en œuvre des systèmes de renforcement. Les résultats montrent des changements très positifs, notamment visibles dans la décroissance des prix et des récompenses basés sur le matériel (argent et autres biens).

Tableau 4. Compétences parentales des parents

		F	p	t	p	Cohen-d
Compétences parentales		7.335	0.000	- 5.186	0.000	1,129
Connaissance des rôles parentaux	Usage du <i>time out</i> et l'application avec les enfants	7.221	0.000	- 4.123	0.000	1,021
	Briser l'habitude de crier	7.643	0.000	3.659	0.019	0.869
Supervision parentale	Développer des systèmes de renforcement (récompenses/punitions)	4.003	0.010	- 3.047	0.004	0.741

Tableau 5. Compétences parentales observées chez les mères

	F	p	t	p	Cohen-d
Faire que les enfants s'impliquent dans les tâches ménagères	5.193	0.001	- 2.333	0.026	0.495
Limiter le temps au cours duquel les enfants regardent la télévision	11.002	0.000	- 3.438	0.002	0.898
Parler de règles, de normes, de ce qui est autorisé et non autorisé, etc.	4.782	0.001	- 2.981	0.005	0.593
Donner des instructions claires	3.661	0.011	- 2.869	0.007	0.884

Tableau 6. Compétences parentales observées chez les pères

	F	p	t	p	Cohen-d
Reconnaissance du bon comportement	2.678	0.045	72.908	0.006	0.772
Vanter les bons comportements	4.909	0.007	72.670	0.012	0.664
Aider les enfants avec les devoirs scolaires	5.680	0.001	73.059	0.004	0.820

L'analyse des résultats des premières applications (jusqu'à 2008) avait montré que, sur plusieurs points, les changements dans les capacités parentales s'avèrent plus importants chez les mères que chez les pères (Orte, Touza et Ballester, 2007). Cependant, lorsque l'on prend en compte dans les mesures le fait que les mères jouent un rôle plus important dans l'éducation des enfants et dans l'organisation domestique, on observe que les changements les plus positifs dans les dynamiques parentales se trouvent en réalité chez les pères (tableaux 5 et 6). Ainsi, les analyses de 2008 laissent apparaître des changements positifs chez les pères dans certains facteurs clés qui constituent une amélioration de leurs capacités dans l'exercice de la parentalité : vanter les bons

Le Programme de compétences familiales en Espagne

comportements des enfants ($F = 4.909$ $p = 0,007$)($t = 72.670$ $p = 0,012$), reconnaître leurs bons comportements ($F = 2.678$ $p = 0.045$)($t = 72.908$ $p=0.006$), aider les enfants dans les tâches scolaires ($F=5.680$ $p=0.001$)($t=73.059$ $p = 0.004$), tandis que les valeurs averées par les mères étaient déjà assez élevées (Orte, Touza et Ballester, 2007). Cependant, l'étude longitudinale de 2012 montre que, même si les effets de la participation au programme sont assez importants en ce qui concerne les facteurs relatifs aux habiletés parentales ($t = -3,07$ $p = 0,000$) et aux rapports entre les parents et les enfants ($t = 4,94$ $p = 0,000$), certaines conditions sociales et dynamiques familiales (divorce, cohabitation, niveau éducatif, patrons éducatifs appris, etc.) ont pu limiter les changements positifs dans les rapports familiaux. Cela fait qu'une partie des familles participantes montre des changements faibles – mais positifs – dans des variables telles que la cohésion familiale ($t = 6,48$, $p = 0,000$ $d = 0,66$) et l'organisation familiale ($d = 0,28$) (Orte *et al.*, 2012a). Néanmoins, les résultats de l'analyse longitudinale montrent des améliorations très importantes dans les habiletés parentales ($t = -3,07$ $p = 0,000$) et, surtout, dans l'exercice de la parentalité positive avec des résultats très positifs ($t = -6,49$ $p = 0,000$) et des effets très notables ($d = 0,93$).

Tableau 7. Comportement des enfants (échelle BASC) Enfants

		F	p	t	p	Cohen-d
Habiletés d'adaptation	Rapporté par les professeurs	3.559	0.014	- 1.998	0.50	0.501
	Rapporté par les parents	3.455	0.011	- 2.063	0.050	0.544
Capacité de concentration		6.667	0.000	- 4.742	0.000	1.001
Capacité de limiter les distractions		3.72	0.014	2.830	0.006	0.811
Agressivité comprenant agressivité voilée : déranger ou se disputer avec d'autres enfants, se disputer avec des adultes, etc.		3.178	0.023	3.928	0.000	0.722
Se disputer avec les parents		4.037	0.009	3.114	0.004	0.7288
Comportements impulsifs (SR ¹³)		5.893	0.001	3.379	0.002	0.655
Dire des mensonges aux parents et aux professeurs (SR)		10.551	0.000	3.699	0.001	0.884
Casser des objets		3.668	0.017	3.374	0.002	0.701
Démission		4.330	0.007	2.141	0.039	0.663

Les facteurs analysés en 2008 concernant les comportements et les **habiletés sociales des enfants** (tableau 7) ont été mesurés sur la base de la comparaison des réponses des enfants, des parents et des professeurs, à partir de divers instruments (BASC-professeur, questionnaires Kumpfer et BASC-p et BASC-h), toujours dans les groupes expérimentaux et de contrôle et dans les prétests et les posttests. Ce croisement a permis d'observer des changements positifs par rapport à la situation initiale ainsi que des différences dans les façons de vivre ces changements. Ainsi, on a observé une réduction considérable de l'agressivité et des problèmes de comportement, même si les changements ont été beaucoup plus importants en ce qui a trait à l'agressivité cachée ; celle qui est visible dans des comportements tels que l'incitation des autres à la violence et d'autres comportements visant à faire du mal aux autres ($F=3.178$ $p=0,023$) ($t=3928$ $p=0,000$). Si on prend en compte le fait que les enfants des familles participantes ne présentaient pas de problèmes de comportement importants, on peut considérer que des améliorations dans l'agressivité cachée sont plus significatives que dans l'agressivité ouverte en ce qui concerne l'environnement familial (Orte, *et al.*, 2007, Orte *et al.*, 2012a). Les résultats

¹³ SR : Rapportés par les enfants

montrent une amélioration dans les attitudes des enfants face à certaines situations sociales, faisant preuve d'attitudes plus assertives et moins timides ainsi qu'une réduction des attitudes de renfermement sur soi et une meilleure disposition à affronter les problèmes. L'amélioration de l'agressivité et de la capacité de concentration des enfants témoigne aussi de meilleures habiletés de contrôle de soi, visibles également dans la baisse des comportements impulsifs et des problèmes issus de modèles de communication négatifs (crier, dire des mensonges, ne pas se faire comprendre). Les résultats annoncent une plus grande capacité à résoudre des situations de conflit et à établir des limites de façon claire. Les tests mesurant la dépression (tableau 8) donnent comme résultat une visible réduction des symptômes, jusqu'à la disparition de comportements comme les pleurs ou les difficultés à dormir.

Tableau 8. Symptômes de dépression (SR) Enfants

	F	p	t	p	Cohen-d
Crises de pleurs à la maison	6.449	0.000	6.635	0.000	1.009
Problèmes de sommeil (dont cauchemars)	5.111	0.002	- 2.405	0.021	0.499
Estime de soi (BASC-h)	5.001	0.002	- 2.469	0.022	0.501
Sentiment de vulnérabilité (BASC-h)	4.022	0.040	1.875	0.05	0.456

C'est dans l'évaluation des facteurs concernant les **compétences sociales des enfants** que les changements des comportements préprogramme et postprogramme dans les GE ont été les plus évidents dans toutes les analyses (2008-2012). Les compétences sociales des enfants ont connu une amélioration significative, démontrée par de meilleures habiletés de communication et une plus grande capacité à se soustraire à la pression des pairs ou à reconnaître ses propres émotions et celles d'autrui. Ceci renforce la capacité des enfants à s'adapter aux situations quotidiennes.

En ce qui concerne les capacités d'adaptation à l'école (tableau 9), des changements positifs ont aussi été observés, même si, en début du programme, les résultats n'étaient déjà pas mauvais. On a remarqué une plus grande acceptation de l'école de la part des enfants¹⁴, confirmée par l'analyse des questionnaires remplis par les professeurs et les parents. On peut également souligner que c'est encore dans les habiletés sociales (tableau 10) que les capacités des enfants ont connu les changements les plus positifs, visibles dans des aspects comme la capacité à se faire de nouveaux amis, la capacité à résoudre des problèmes et à en parler avec des adultes, à se faire comprendre et à être plus empathique.

Tableau 9. Habiletés sociales (BASC-p) Enfants

	F	p	t	p	Cohen-d
Globales	3.993	0.002	- 2.936	0.006	0.844
Habiletés d'adaptation (BASC-professeur)	4.001	0.008	- 1.998	0.05	0.466
Travail à l'école	3.676	0.035	- 2.087	0.041	0.459

¹⁴ Taille élevée des effets : 0.82-0.84 dans l'analyse de 2012.

Tableau 10. Connaissance de soi et de l'autre (maîtrise des relations) Enfants

	F	p	t	p	Cohen-d
Habilité pour se faire des nouveaux amis	4.522	0.022	- 4.983	0.000	0.878
Trouver des solutions aux problèmes	4.992	0.004	- 4.907	0.000	0.733
Exprimer l'opinion et faire des critiques de façon positive	5.980	0.001	- 4.166	0.000	0.833
Parler avec les adultes	4.566	0.014	- 3.803	0.001	0.550
Se faire comprendre	3.396	0.017	- 2.120	0.041	0.622
Comprendre les sentiments des autres	7.553	0.000	- 5.467	0.000	1.193

Discussion

Les résultats des applications du programme et le témoignage de la littérature scientifique sur les programmes de prévention montrent l'efficacité d'un modèle d'intervention familiale comme le SFP-Espagne. L'approche familiale de ce modèle puise sa force dans sa structure à plusieurs volets, par rapport à d'autres programmes basés sur l'école ou la communauté (Bröning *et al.*, 2012). L'intégration des parents et des enfants dans des programmes structurés autour de la combinaison de séances individuelles et de séances mixtes donnerait ainsi de meilleurs résultats, aussi bien dans la prévention de la consommation de substances psychoactives que dans la gestion des problèmes, des comportements négatifs et de l'interaction familiale. De plus, la flexibilité, qui permet de s'adapter aux contextes culturels et sociaux, est un autre avantage des programmes qui visent l'amélioration des compétences familiales. Les résultats avérés du SFP-Espagne ainsi que d'autres adaptations européennes prouvent l'efficacité de ce programme avec n'importe quelle population.

Dans le cas spécifique du SFP-Espagne, le programme montre de bons résultats, stables, et de bonnes qualités, avec des familles dans des situations de difficulté différentes tout au long du temps et un niveau de maintien des effets considérable. Toutefois, les applications et les résultats de l'analyse longitudinale montrent le besoin de corriger certaines limitations, dont celui de disposer des groupes (GE et GC) plus nombreux pour pouvoir réaliser des analyses qui permettent de généraliser les résultats et de confirmer l'efficacité du programme. L'incorporation de techniques de suivi plus efficaces, le maintien plus régulier du contact avec les familles, le rafraîchissement des contenus et une sélection des familles plus affinée sont des stratégies qui pourraient nous permettre de surpasser ces limitations.

Le SFP-Espagne a montré son efficacité en ce qui concerne l'engagement des participants au long des 14 semaines du programme et en ce qui concerne les résultats positifs dans la plupart des facteurs considérés. On a dénoté une diminution des comportements problématiques chez les enfants et l'amélioration des capacités d'exercice de la parentalité positive, ce qui favorise de meilleurs rapports entre les parents et les enfants, davantage de communication et une plus grande supervision de la part des parents.

L'analyse longitudinale montre que la continuité des effets de la participation au programme a été plus modérée dans certains facteurs (tels que la conflictualité à l'école et les résultats scolaires), avec de très faibles différences entre les GE et les GC. Cependant, elle met également en évidence des changements très significatifs dans d'autres facteurs, tels que les habiletés sociales des enfants des GE (par rapport aux GC qui montrent des valeurs plus basses). En tout cas, l'analyse longitudinale, à travers l'analyse comparative des questionnaires BASC aux parents et aux enfants, montre la continuité des changements positifs obtenus lors de la participation au programme,

Le Programme de compétences familiales en Espagne

surtout en ce qui concerne des facteurs comme les symptômes de dépression et d'anxiété chez les enfants des familles du PH et les attitudes négatives envers les professeurs, le niveau de stress, les rapports interpersonnels et les symptômes de dépression et de stress chez les familles des SS.

Malgré les résultats positifs, l'analyse longitudinale a permis de détecter certaines limitations et de poser des questions qui mènent à une révision méthodologique. D'abord, le bas taux de participation des groupes-témoins (36 familles, réduites à 26 à la fin du processus) et sa maintenance dans le suivi font que les résultats de la comparaison ne sont pas tout à fait concluants par rapport aux différences avec les GE. Dans le cas des familles de PH, la participation dans les programmes de l'institution a fait que les résultats dans toutes les variables analysées avec les familles participantes aux SFP-Espagne sont semblables. En ce que concerne les familles de SS, les conditions sociales (niveaux éducatifs, dynamique familiale, modèles de parentalité, etc.) peuvent avoir limité les changements par rapport aux relations familiales et aux habiletés parentales.

Même si l'influence du programme s'est avérée importante sur toutes les variables analysées et sur le maintien des effets, il faudrait encore des études de longue durée qui permettent de voir quels sont les effets réels dans les familles à travers du temps. Il faudrait également vérifier le processus d'adaptation et de réponse du programme aux changements progressifs des familles. À partir de là, il serait possible de mesurer le besoin de développer ou de renforcer les instruments d'intervention.

Conclusion

Les recherches ont largement démontré que les enfants des familles affectées par des dépendances ont un plus haut risque de consommer eux-mêmes des substances psychoactives ou de développer d'autres désordres émotionnels, mentaux, académiques, de comportement et d'autres problèmes sociaux (Bröning *et al.*, 2012, Kumpfer et Johnson, 2007). En outre, les problèmes de dépendance dans la famille se transmettent en grande partie aux générations suivantes, à travers les processus cognitifs et comportementaux du modelage.

La prévention des dépendances chez les enfants et les adolescents à travers la promotion des facteurs de protection et la réduction des facteurs de risque des modèles de comportement problématiques s'avère l'approche la plus efficace (Brown *et al.*, 2001 ; Navarro, 2000). Celle-ci permet non seulement de prévenir la consommation abusive d'alcool et de drogues, mais aussi les troubles mentaux et les comportements antisociaux.

Dans ce sens, l'intervention précoce dans l'ensemble familial – à partir du travail des compétences familiales – est un modèle d'intervention qui donne de très bons résultats dans la réduction des risques (Kumpfer et Johnson, 2007). Dans le contexte des familles ayant des problématiques de consommation, le travail des facteurs clés de la compétence familiale (rapports familiaux positifs, supervision du comportement des enfants, communication des valeurs, discipline, attentes positives, etc.) entraîne des synergies qui renforcent les facteurs de protection (Orte *et al.*, 2012).

L'adaptation espagnole du *Strengthening Families Program* (SFP) (Kumpfer et DeMarsh, 1985 ; DeMarsh, Kumpfer et Child, 1989) vise la prévention et la réduction de la consommation d'alcool et de drogues chez les enfants et chez les adolescents à travers l'application de techniques de changement des comportements basées sur les théories de l'apprentissage social cognitif (Kumpfer, Xie, O'Driscoll, 2012). Rapporté comme l'un des programmes qui a donné les meilleurs résultats dans l'ensemble des programmes de préventions des dépendances (Foxcroft *et al.*, 2003, Foxcroft *et al.*, 2012), il incorpore des avancées significatives dans le domaine de l'épidémiologie et de la psychologie .

Le Programme de compétences familiales en Espagne

Les évaluations du SFP-Espagne portant sur les différentes applications du programme depuis 2006 ont montré des résultats très positifs dans la prévention chez les adolescents de l'accès précoce aux drogues et à l'alcool ainsi que des comportements à risque associés à la consommation. Cela a aussi permis d'identifier les éléments du programme les plus efficaces pour renforcer les capacités parentales et les liens familiaux qui protègent au mieux le développement des plus petits. D'ailleurs, son approche intégrale et à composantes multiples (*multicomponent*), qui cible la famille comme unité, possède une base théorique qui est largement acceptée et avérée.

Les résultats positifs obtenus dans les contrôles, les évaluations finales et l'analyse longitudinale posent sur la table le besoin d'intégrer des programmes de prévention focalisés sur la famille dans les processus standard des institutions thérapeutiques et des services sociaux locaux. Or, il faut encore de nouvelles implémentations, des révisions méthodologiques et des analyses longitudinales pour surmonter les limitations rapportées et pour évoluer vers une plus grande effectivité des programmes.

Références bibliographiques

Amer, J., 2011, "Educación y sociedad turística en Baleares. Las políticas públicas educativas ante el impacto de la economía de servicios turísticos en el abandono escolar" *Investigaciones Turísticas*, 2:66-81.

Allen, D., Coombes, L., Marsh, M. and Foxcroft, D., 2006, Cultural accomodation of the Strengthening Families Programme 10-14: UK Phase I study. Health Education Research Advance Access. Oxford University Press.

Allen, D., Coombes, L., Marsh, M. and Foxcroft, D., 2009, "Implementation of the SFP 10-14 in Barnsley: The perspectives of Facilitators and Families", dans D. Little, TD., Bovaird, JA., Card, NA. *Modeling Contextual Effects in Longitudinal Studies Psychology Press*.

Barraca, J., and L. López-Yarta. 2003. ESFA. Escala de Satisfacción familiar por adjetivos. Madrid: TEA Ediciones.

Brown, T.N., Schulenberg, J., Bachman, J.G., O'Malley, P.M. and Johnston, L.D., 2001, "Are risk and protective factors for substance use consistent across historical time? National data from the high school classes of 1976 through 1997". *Prevention Science*, 2, 29-43.

Bröning S., Kumpfer K., Kruse K., Sack PM., Schaunig-Busch I., Ruths S., Moesgen D., Pflug, E., Klein M., and Thomasius R., 2012, "Selective prevention programs for children from substance-affected families: a comprehensive systematic review". *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 7:23. <http://www.substanceabusepolicy.com/content/pdf/1747-597X-7-23.pdf>

Biglan, A., Mrazek, P. J., Carnine, D., and Flay, B. R., 2003, "The integration of research and practice in the prevention of youth problem behaviors". *American Psychologist*, 58 (6/7), 433-440.

Chassin L, Pitts SC, DeLucia C, Todd M., 1999, WA longitudinal study of children of alcoholics: Predicting young adult substance use disorders, anxiety, and depression. *J Abnorm Psychol*, 108:106-119.

Chassin, L., Carle, A., Nissim-Sabat, D. y Kumpfer, K., 2004, "Fostering resilience in children of alcoholic parents". En K.I. Maton (ed.), *Investing in children, youth, families and communities: Strength-based research and policy*. Washington, DC: APA Books.

Le Programme de compétences familiales en Espagne

Currie, C., Gabhainn, S. N., Godeau, E., Roberts, C., Smith, R., and Currie, D., et al., 2008, *Inequalities in young people's health: Health behaviour in school-aged children (HBSC) international report from the 2005/2006 survey*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Retrieved December 20, 2012 dans <http://www.euro.who.int/en/what-we-do/health-topics/Life-stages/child-and-adolescent-health/publications2/2011/inequalities-in-young-peoples-health>.

Dunst, C., Trivette, C. and Hamby D., 2007, "Meta-analysis of family-centered helping practices research". *Mental retardation and developmental disabilities research reviews*. 13.

Ellis DA, Zucker RA, Fitzgerald HE., 1997, "The role of family influences in development and risk" *Alcohol Health Res World*, 21(3):218-226.

Espada, J.P y Méndez, F.X., 2002, "Intervención familiar en la prevención del abuso de drogas". dans J.R. Fernández-Hermida y R. Secades (coords.), *Intervención familiar en la prevención de las drogodependencias* (pp. 201-227). Madrid: Plan Nacional de Drogas.

EMCDDA, 2007. Rapport Annuel. État du phénomène de la drogue en Europe. Observatoire européen des drogues et des toxicomanies.

EMCDDA, 2012, «North American drug prevention programmes: are they feasible in European cultures and contexts?», Publications Office of the European Union, Luxembourg.

Foxcroft, D. R., Ireland, D., Lister-Sharp, D. J., Lowe, G., and Breen, R., 2003, "Longer-term primary prevention for alcohol misuse in young people: A systematic review". *Addiction*, 98, 397-411.

Foxcroft, D.R., Tsertsvadze, A., 2012, "Universal alcohol misuse prevention programmes for children and adolescents: Cochrane systematic reviews". *Perspectives in Public Health* 132: 128.

Hartig, U. Séance : Stratégie de prévention : adoption des prestations d'intervention relatives aux pratiques parentales. Colloque MILDT «*Drogues, alcool, tabac chez les 11-14 ans : en savoir plus pour mieux prévenir*» - Paris, 3 et 4 avril 2012.

Kumpfer, K., Molgaard, V. and Spoth, D., 1995, «The strengthening families program for the prevention of delinquency and drug use,» pages 241-267. *Childhood Disorders, Substance Abuse and Delinquency: Prevention and Early Intervention Approaches*, by R. Peeters and R. McMahon, Sage Publications, Newberg, CA.

Kumpfer K, Alvarado R, Whiteside HO., 2003, "Family-based interventions for substance abuse prevention". *Subst Use Misuse*, 38 (11-13):1759-1789.

Kumpfer, K. & Johnson, J.L., 2007, "Intervenciones de fortalecimiento familiar para la prevención del consumo de sustancias en hijos de padres adictos". *Adicciones*, 19 (1), 13-25.

Kumpfer, K., Johnson, J., 2007, "Strengthening Family interventions for the Prevention of Substance Abuse in Children of Addicted Parents". *Adicciones*, vol. 19 number 1.

Kumpfer, K.L., Pinyuchon, M., de Melo, A., & Whiteside, H., 2008, "Cultural adaptation process for international dissemination of the Strengthening Families Program (SFP)". *Evaluation and Health Professions*. 33 (2), 226-239.

Le Programme de compétences familiales en Espagne

Kumpfer, K. Magalhaes, C., Xie, J., 2012, "Cultural adaptations of evidence-based family interventions to strengthen families and improve children's developmental outcomes". *European Journal of Developmental Psychology*. 9:1, 104-116.

Lisha, N., Ping, S., Rohrbach, L., Spruijt-Metz, D., Unger, J., Sussman, S., 2012, "An Evaluation of Immediate Outcomes and Fidelity of a Drug Abuse Prevention Program in Continuation High Schools: Project Towards No Drug Abuse (TND)". *Journal of Drug Education*, 42, 1, 33-57.

Maguin E, Safyer T., 2003, "The impact of a family-based alcohol prevention program on children's externalizing behavior problems". *Alcohol Clin Exp Res* 2003, 27 (72A):401 Beaudoin, 1996.

Moreno, J.M., 2002, "Estudio sobre las variables que intervienen en el abandono físico o negligencia infantil". *Anales de psicología*. 18, 1: 135-150.

Navarro, J., 2000. *Factores de riesgo y protección de carácter social relacionados con el consumo de drogas*. Madrid: Plan Municipal contra las drogas. Ayuntamiento de Madrid.

Nation, M., Kumpfer, K.L., Crusto, C.A., Wandersman, A., Seybolt, D. Morrissey-Kane, E. and Davino, K., 2003,. "What works in prevention: Principles of effective prevention programs". *American Psychologist*, 58 (6/7): 449-456.

Observatorio Europeo de las drogas y las Toxicomanías (OEdT), 2012, *El problema de la drogodependencia en Europa*. Luxemburgo: Oficina de publicaciones de la Unión Europea.

Okulicz-Kozaryn and Foxcroft, 2012, Effectiveness of the Strengthening Families Programme 10–14 in Poland for the prevention of alcohol and drug misuse: protocol for a randomized controlled trial. *BMC Public Health* 12:319.

Orte, C., 2005, "Una investigación educativa sobre un programa de competencia" familiar. *Anuari de l'Educació de les Illes Balears*. Universitat de les Illes Balears.

Orte C., Touza, C., Ballester, L., 2007, "Análisis del grado de fidelidad en la ejecución de un programa de competencia familiar". *Pedagogía social. Revista interuniversitaria*. http://www.uned.es/pedagogiasocial.revistainteruniversitaria/pdfs/02%20-%2014/06_orte.pdf

Orte, C., Touza, C., Ballester, L., March, M., 2008, "Children of drug-dependent parents: prevention programme outcomes". *Educational Research*. 50 (3) 249–260.

Orte, C. y GIFES (March, M.X., Ballester, L., Oliver, J.L., Pascual, B., Fernández, C., 2010, "Prevención familiar del consumo de drogas y de otras conductas problema en los hijos e hijas. Resultados de la aplicación del programa de competencia familiar en siete centros de la Asociación Proyecto Hombre". *Proyecto. Revista de la Confederación Proyecto Hombre*, 18-25. Disponible en Internet en: <http://www.proyctohombre.es>

Orte, C., Ballester, L. March, M., 2012a, "El enfoque de la competencia familiar. Una experiencia de trabajo socioeducativo con familias". *Pedagogía social. Revista interuniversitaria*. 21, 3-27.

Orte, C (dir), 2012b, Analisis de la eficacia a largo plazo de un programa de prevencion de problemas de conducta y consumo de drogas: el programa de competencia familiar. Informe sobre los resultados obtenidos. UIB

Le Programme de compétences familiales en Espagne

Orte, C., Amer, J., Pascual, B., Vaqué., 2012c, “La perspectiva de los profesionales en la evaluación de un programa de intervención socioeducativa en familias” *Revista de Pedagogía Social. Revista Interuniversitaria*. http://www.upo.es/revistas/index.php/pedagogia_social/article/view/360 Universidad Pablo de Olavida. Madrid.

Orte, C., Ballester, L. y March, M.X., 2013, Evaluating change in families. The results of the Spanish adaptation of the Strengthening Family Program (SFP) (en processus).

GIFES. Programas eficaces de intervención socioeducativa con familias (Manuscrit non publié).

Ortega, E., Giannotta, F., Latina, D., Ciairano, S., 2012, “Cultural Adaptation of the Strengthening Families Program 10–14 to Italian Families”. *Child Youth Care Forum*, 41, 197–212.

Otten R, van der Zwaluw CS, van der Vorst H, Engels RCME, 2008, “Partner effects and bidirectional parent–child effects in family alcohol use”. *Eur Addiction Res*, 14:106-112.

Pittman, F., 1987, *Turning points: Treating families in transition and crisis*. Nueva York.

Reynolds, C. R., & Kamphaus, R. W. (2004). *Behavior assessment system for children* (2nd ed.). Circle Pines, MN: American Guidance Service.

Rohrbach, L. A., Dent, C. W., Skara, S., Sun, P, and Sussman, S., 2007, “Fidelity of implementation in Project Towards No Drug Abuse (TND): A comparison of classroom teachers and program specialists”. *Prevention Science*, 8, 125-132.

Spoth, R. and Molgaard, V. K., 1993, “Consumer-focused data collection in prevention program evaluation: Rationale and illustrations”. *Evaluation & The Health Professions*, 16, 278-294.

Spoth, R.L. and Molgaard, V., 1999, «Project Family: A Partnership Integrating Research with the Practice of Promoting Family and Youth Competencies.» In T.R. Chibucos & R. Lerner (Eds.), *Serving Children and Families Through Community-University Partnerships: Success Stories*, (pp. 127-137). Boston: Kluwer Academic.

Tobler, N.S. y Kumpfer, K.L., 2000, *Meta-analysis of effectiveness of family-focused substance abuse prevention programs*. Rockville, MD: Center for Substance Abuse Prevention.

Frances Ruiz Alfaro “Evaluación del Instrumento” *Behavior Assessment System for Children, Second Edition* (BASC-2) <http://cmpvip.uprrp.edu/Trabajo%20estudiantes/Evaluacion%20del%20Instrumento%20BASC2%20-%20Frances%20Ruiz.pdf>