

DÉVELOPPER LES COMPÉTENCES PSYCHOSOCIALES DES ENFANTS ET DES PARENTS : POURQUOI ET COMMENT ?

[Béatrice Lamboy, Juliette Guillemont](#)

Médecine & Hygiène | « [Devenir](#) »

2014/4 Vol. 26 | pages 307 à 325

ISSN 1015-8154

DOI 10.3917/dev.144.0307

Article disponible en ligne à l'adresse :

<https://www.cairn.info/revue-devenir-2014-4-page-307.htm>

Distribution électronique Cairn.info pour Médecine & Hygiène.

© Médecine & Hygiène. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

Revues

Développer les compétences psychosociales des enfants et des parents : pourquoi et comment ?

Promoting children and parents psychosocial (life) skills development : why and how ?

Béatrice Lamboy¹ et Juliette Guillemont²

Introduction

La notion de compétence(s) psychosociale(s) a été introduite par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) au début des années 90 dans un document qui soulignait l'importance de promouvoir cette capacité afin de favoriser la santé globale positive (physique, psychique et sociale) (Organisation mondiale de la santé, 1997). Reconnues aujourd'hui comme un déterminant majeur de la santé et du bien-être, les compétences psychosociales se situent à la jonction entre le champ de la promotion de la santé, celui de la prévention des problèmes de santé physique et celui de la prévention des problèmes de santé mentale. En effet, le développement de compétences individuelles représente une des principales stratégies d'action de la promotion de la santé (Organisation mondiale de la santé, 1986). Définie par la Charte d'Ottawa comme « le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci » (Organisation mondiale de la santé, 1986), la promotion de la santé présente, dès ses origines, « le développement individuel et social (...) en perfectionnant les aptitudes indispensables à la vie (ou *life skills*) » comme un des cinq axes d'intervention, complémentaire à l'élaboration de politiques publiques saines, la création de milieux favorables à la santé, le renforcement de l'action communautaire favorisant la santé et la réorientation des services de santé.

De nombreux travaux de recherche réalisés ces 30 dernières années ont pu démontrer empiriquement l'importance des compétences psychosociales dans le développement de l'enfant et de son bien-être dès le plus jeune âge. Les propres compétences psychosociales des parents, via cer-

¹ Docteur.

² Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES), boulevard de la Libération 42, 93203 Saint-Denis, France. beatrice.lamboy@inpes.sante.fr

taines modalités de régulation émotionnelle et relationnelle, jouent un rôle capital; elles peuvent, dès les premières années de vie, favoriser le développement des compétences de l'enfant et son épanouissement. Ainsi, les compétences psychosociales des enfants et des parents représentent un déterminant générique et majeur de la santé et du bien-être sur lequel il est possible d'agir dès le plus jeune âge de l'enfant. Les interventions visant le développement des compétences psychosociales ont ainsi pu démontrer leur efficacité pour prévenir les problèmes de santé mentale, la consommation de substances psychoactives (drogues illicites, tabac, alcool), les comportements violents et sexuels à risque (Barlow, 1997; Barlow, *et al.*, 2010; Barry, *et al.*, 2009; Du Roscoät, *et al.*, 2013; Foxcroft et Tsertsvadze, 2011; Gates, *et al.*, 2006; Guillemont, *et al.*, 2013; Hawkins, *et al.*, 1992; Institut national de la santé et de la recherche médicale, 2005; Institut national de santé publique du Québec, 2008; Kersaudy-Rahib, *et al.*, 2013; Kersaudy-Rahib, *et al.*, 2013; Lamboy, *et al.*, 2011; Mangrulkar, *et al.*, 2001; Organisation mondiale de la santé, 2004; UNODC, 2010; Wilquin, *et al.*, 2013).

Ces interventions psychoéducatives, qui visent prioritairement les enfants et les parents, peuvent prendre différentes formes et s'adresser aux familles dès la naissance du premier enfant.

Cet article propose de faire une synthèse des connaissances sur les compétences psychosociales. Après avoir défini ces dernières, il présente les données qui permettent de justifier le fait que les compétences psychosociales représentent un déterminant majeur de la santé et du bien-être. La dernière partie de l'article porte sur les actions de prévention et de promotion de la santé qui permettent de développer efficacement les compétences psychosociales des enfants et des parents dès la petite enfance.

Définition des compétences psychosociales

Dans son premier travail fondateur sur les compétences psychosociales et l'éducation pour la santé réalisé en 1993, l'OMS (Organisation mondiale de la santé, 1997) fait référence à une compétence psychosociale générale définie comme «la capacité d'une personne à répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne». C'est la capacité d'une personne à maintenir un état de bien-être subjectif qui lui permet d'adopter un comportement approprié et positif à l'occasion

d'interactions avec les autres, sa culture et son environnement. La compétence psychosociale joue un rôle important dans la promotion de la santé dans son acception large renvoyant au bien-être physique, psychique et social» (Organisation mondiale de la santé, 1997). L'épanouissement de cette capacité globale de la personne de nature psychosociale, «*psychosocial competence*» (Organisation mondiale de la santé, 1997) s'appuie sur le développement d'une diversité de compétences individuelles indispensables à la vie (*life skills*). Ces diverses compétences, également nommées habiletés ou aptitudes psychosociales, qui sont nécessaires au développement de la compétence psychosociale de la personne, sont présentées, dans ce premier document de l'OMS, sous forme de cinq binômes :

- savoir résoudre des problèmes/savoir prendre des décisions ;
- avoir une pensée créative/avoir une pensée critique ;
- savoir communiquer efficacement/être habile dans les relations interpersonnelles ;
- avoir conscience de soi/avoir de l'empathie ;
- savoir réguler ses émotions/savoir gérer son stress.

Dans ses documents suivants, l'OMS affine le périmètre et la définition de ces compétences psychosociales et propose de les regrouper en trois grandes catégories (Mangrulkar, *et al.*, 2001 ; Organisation mondiale de la santé, 2003 ; Organisation mondiale de la santé, 2009) :

- *les compétences sociales (ou interpersonnelles ou de communication)* qui regroupent :
 - les compétences de communication verbale et non verbale : écoute active, expression des émotions, capacité à donner et recevoir des *feedback* ;
 - les capacités de résistance et de négociation : gestion des conflits, capacité d'affirmation, résistance à la pression d'autrui ;
 - l'empathie, c'est-à-dire la capacité à écouter et comprendre les besoins et le point de vue d'autrui et à exprimer cette compréhension ;
 - les compétences de coopération et de collaboration en groupe ;
 - les compétences de plaidoyer (*advocacy*) qui s'appuient sur les compétences de persuasion et d'influence.

- *Les compétences cognitives* qui regroupent :
 - les compétences de prise de décision et de résolution de problèmes ;
 - la pensée critique et l'auto-évaluation qui impliquent de pouvoir analyser l'influence des médias et des pairs, d'avoir conscience des valeurs, attitudes, normes, croyances et facteurs qui nous affectent, de pouvoir identifier les (sources d') informations pertinentes.
- *Les compétences émotionnelles (ou d'autorégulation)* qui regroupent :
 - les compétences de la régulation émotionnelle : gestion de la colère et de l'anxiété, capacité à faire face à la perte, à l'abus et aux traumatismes ;
 - les compétences de gestion du stress qui impliquent la gestion du temps, la pensée positive et la maîtrise des techniques de relaxation ;
 - les compétences favorisant la confiance et l'estime de soi, l'auto-évaluation et l'autorégulation.

Pourquoi ? Les compétences psychosociales comme déterminant majeur de la santé et du bien-être

(voir modélisation en annexe)

Le bien-être, la santé physique et psychique sont déterminés par un ensemble de facteurs biopsychosociaux. Parmi ces facteurs, certains sont favorables à une bonne santé (les facteurs de protection) et d'autres y sont défavorables (les facteurs de risque). Pour une meilleure appréhension de ces facteurs, il est aussi courant de les regrouper en trois catégories : les facteurs individuels, familiaux (ou en lien avec les proches), environnementaux. Ainsi, la santé physique et psychique dépend non seulement d'une multitude de facteurs de valeur et de nature différentes mais aussi de l'interaction entre ces différents facteurs. C'est généralement l'accumulation de facteurs de risque et le manque de facteurs de protection qui sont à l'origine des problèmes de santé physique et psychique. L'acteur de prévention et de promotion de la santé, n'ayant pas la possibilité d'agir et d'infléchir l'ensemble des déterminants de la santé, s'intéresse particulièrement aux facteurs dits « génériques ». Les facteurs sont considérés comme génériques lorsqu'ils sont associés à plusieurs problèmes

de santé (Institut national de santé publique du Québec, 2008). Parmi les facteurs génériques de la santé et du bien-être sur lesquels il est possible d'agir par des actions de prévention et de promotion de la santé, on trouve un certain nombre de facteurs individuels et familiaux qui correspondent à des compétences psychosociales.

Les compétences psychosociales individuelles

Les données de recherche, accumulées au cours des 50 dernières années sur le développement de l'enfant et sur les programmes de prévention, montrent que les problèmes de santé sont déterminés par un certain nombre de comportements défavorables à la santé et un manque de comportements favorables mais, que ces derniers sont eux-mêmes déterminés par diverses compétences et aptitudes, considérées comme de véritables « médiateurs des comportements visés » (Mangrulkar, *et al.*, 2001). Un grand nombre de ces compétences et aptitudes sont de nature psychosociale. Ainsi, au regard des données accumulées, les compétences psychosociales apparaissent comme des déterminants majeurs de la santé et du bien-être et des composantes essentielles au bon développement de la personne (Mangrulkar, *et al.*, 2001). Le développement de ces compétences psychosociales favorise l'adaptation sociale et la réussite éducative; il contribue à prévenir la consommation de substances psychoactives (drogues illicites, tabac, alcool), les problèmes de santé mentale, les comportements violents et sexuels à risque (Mangrulkar, *et al.*, 2001).

Un grand nombre de ces compétences psychosociales relève de facteurs individuels de protection favorisant la santé et le bien-être. Ainsi, parmi les facteurs individuels émotionnels, la capacité de régulation des émotions et du stress et les habiletés d'autocontrôle sont considérées comme des facteurs génériques protecteurs en matière de santé mentale et vis-à-vis de la consommation de substances psychoactives (Institut national de la santé et de la recherche médicale, 2002; Institut national de santé publique du Québec, 2008, National institute on drug abuse, 2003; Organisation mondiale de la santé, 2004). Les capacités d'adaptation (coping), les comportements prosociaux, la capacité à gérer les conflits et à résister à la pression des pairs sont largement reconnus comme des facteurs individuels sociaux de protection alors que le manque d'habileté relationnelle et sociale et les comportements agressifs sont fortement associés aux problèmes de santé mentale et de consommation de substances psychoactives (Institut national de la santé et de la recherche

médicale, 2002; Institut national de santé publique du Québec 2008; National institute on drug abuse, 2003; Organisation mondiale de la santé, 2004; UNODC, 2010). Au niveau des compétences individuelles génériques de nature cognitive, on trouve particulièrement, les problèmes d'attention associés aux problèmes de santé mentale et l'adhésion aux normes sociales positives comme facteur de protection de la consommation de substances psychoactives (Institut national de la santé et de la recherche médicale, 2002; Institut national de santé publique du Québec, 2008; National institute on drug abuse 2003; Organisation mondiale de la santé, 2004). Même s'il est important de pouvoir spécifier chaque compétence psychosociale et de pouvoir la classer en fonction de sa nature (émotionnelle, cognitive ou sociale), il est aussi essentiel de se rappeler que toutes ces compétences psychosociales sont interreliées et qu'il n'existe pas une relation unilatérale et linéaire entre une compétence psychosociale donnée et un problème spécifique. Ainsi, ce *pattern* de déterminants psychosociaux interreliés explique aussi pourquoi les problèmes de santé mentale, les problèmes sociaux et les comportements à risque à l'adolescence apparaissent aussi interreliés et concomitants (Mangrulkar, *et al.*, 2001).

Pour que ces compétences psychosociales favorables à la santé et au bien-être puissent se développer de façon optimale, il est nécessaire que l'enfant, dès son plus jeune âge, puisse expérimenter et observer ces modalités psychologiques. Ainsi, le climat relationnel dans lequel évolue l'enfant et en particulier, les propres compétences psychosociales des parents jouent un rôle capital dans le développement des compétences psychosociales de l'enfant (Mangrulkar, *et al.*, 2001).

Les compétences psychosociales des parents, facteur de protection pour l'enfant

De nombreuses études ont permis d'établir l'importance des facteurs parentaux sur le développement de l'enfant et sur sa santé physique et psychique (Hoghugh, 2004; Poole, 2003; Stewart-Brown, 2008; UNODC, 2010). En particulier, il a été démontré que des interactions parent-enfant de qualité, fondées sur des pratiques parentales positives, favorisaient une bonne santé mentale et contribuaient à prévenir un certain nombre de problèmes de développement. Inversement, des pratiques parentales problématiques sont associées, chez l'enfant ou l'adolescent, à certains troubles psychiques (trouble des conduites, addictions, troubles du comportement alimentaire), mais aussi à des problèmes physiques (obésité, accidents, etc.)

et sociaux (délinquance, comportements antisociaux, absentéisme ou échec scolaires, maltraitance, grossesse adolescente, etc.). Une synthèse regroupant toutes les études longitudinales réalisées entre 1970 et 2008 a permis d'établir le lien entre des relations parentales problématiques durant l'enfance (abus, négligence, carences affectives précoces...) et l'apparition de troubles dépressifs et anxieux à l'âge adulte (Weich, *et al.*, 2009). Il a été démontré que les pratiques parentales problématiques (manque de sécurité et de chaleur, discipline inadaptée, incapacité à fixer des règles) étaient un facteur de risque majeur des troubles psychiques et de l'abus de substances (UNODC, 2010).

A contrario, les pratiques parentales positives favorisent les interactions de qualité; elles permettent d'établir une relation positive entre le parent et l'enfant et sont source de bien-être et de santé physique et psychique. Ces pratiques parentales positives s'appuient en grande partie sur des compétences psychosociales et la mise en œuvre d'une discipline positive. Ainsi, l'accordage affectif et la chaleur (Teti et Gelfand, 1991), l'empathie et la capacité à répondre adéquatement aux besoins fondamentaux (Stifter et Bono, 1998), la communication positive, les instructions maternelles de qualité, la mise en œuvre de règles et de limites constructives (Supplee, *et al.*, 2004; UNODC, 2010), la supervision, le partage d'activités et une discipline positive (Gardner, *et al.*, 2003; UNODC, 2010) ont été identifiés comme des facteurs de protection des troubles de comportements et de l'abus de substances chez les enfants et les adolescents (Hutchings et Lane, 2005; Pettit et Bates, 1989; UNODC, 2010). Ces compétences psychosociales des parents augmentent le sentiment d'efficacité parentale, génèrent davantage d'affects positifs dans la relation parent-enfant et permettent de construire des liens d'attachement sécurisants et soutenant.

Chez l'enfant, ces compétences parentales sont également associées à une meilleure estime de soi, des capacités de résilience, de meilleurs résultats scolaires, de plus grandes compétences sociales, une moindre association avec des pairs antisociaux, et un plus faible niveau d'anxiété et de dépression. À l'adolescence, un environnement familial positif impliquant des liens affectifs, une supervision parentale de qualité, des valeurs familiales prosociales permettent de prévenir certains comportements à risque tels que l'abus de drogues, la délinquance et les pratiques sexuelles à risque (Kumpfer et Fowler, 2007).

Certaines de ces compétences psychosociales des parents seraient spécifiquement associées aux différentes périodes du développement de l'enfant. L'accordage affectif, l'empathie, la sensibilité, l'écoute des besoins et la capacité à y répondre adéquatement seraient ainsi des attitudes particulièrement déterminantes durant la petite enfance (Landry, *et al.*, 2008; Stewart-Brown, 2008). La régulation des comportements, une discipline constructive et des renforcements positifs joueraient un rôle crucial pendant l'enfance (Stewart-Brown, 2008). La supervision aurait un impact particulier à l'adolescence (Stewart-Brown, 2008). À tous les âges, les pratiques parentales protectrices impliqueraient de la chaleur, un soutien affectif, une absence d'hostilité ou de rejet, la capacité de résolution de problème et de conflit et un niveau de contrôle approprié (Stewart-Brown, 2008).

Au regard des liens établis entre les compétences psychosociales et le développement de l'enfant, son bien-être et sa santé physique et psychique, de nombreuses interventions ont été élaborées ces 40 dernières années afin de favoriser le développement de ces compétences sociales, cognitives et émotionnelles. Ainsi, « les programmes de développement des compétences psychosociales conçus pour prévenir des problèmes spécifiques de comportement (par exemple, les comportements sexuels à risque, le rejet social) ou promouvoir des comportements positifs spécifiques (par exemple : les relations saines avec les pairs, l'adaptation positive à l'école) ne s'attaquent pas directement aux comportements visés. Au contraire, ils permettent le développement des compétences et aptitudes qui ont été démontrées comme étant les médiateurs des comportements visés » (Mangrulkar, *et al.*, 2001).

Comment ?

Des ateliers de développement des compétences psychosociales pour les enfants et/ou les parents

Définition et effets sur la santé

Les ateliers de développement des compétences psychosociales sont des interventions de nature psychoéducatrice en groupe qui permettent aux enfants et/ou aux parents d'explorer et d'accroître leurs propres compétences sociales, cognitives et émotionnelles. Dénommé « *program* » en langue anglaise, ce type d'intervention correspond en pratique à un cycle

d'ateliers expérientiels. Ces derniers sont généralement hebdomadaires, d'une durée d'une ou deux heures et proposés aux enfants et/ou aux parents pendant plusieurs semaines (une dizaine au minimum). Ces ateliers, qui sont relativement structurés, proposent d'approfondir une ou deux compétences psychosociales par session à travers des échanges, un partage d'expériences, des mises en situation, des jeux de rôles et des exercices pratiques à réaliser au quotidien. Des supports peuvent être donnés aux participants afin de faciliter la compréhension et le développement de ces compétences psychosociales.

Un grand nombre de programmes visant à développer les compétences psychosociales ont montré des résultats positifs dans divers domaines tels que les problèmes de santé mentale, la consommation de substances psychoactives (alcool, tabac, drogues), la santé sexuelle, la réussite (Du Roscoät, *et al.*, 2013; Guillemont, *et al.*, 2013; Hawkins, *et al.*, 1992; Kersaudy-Rahib, *et al.*, 2013; Kersaudy-Rahib, *et al.*, 2013; Lamboy, *et al.*, 2011; Wilquin, *et al.*, 2013). Ainsi, dans le champ de la santé mentale, il a été démontré que les ateliers de développement des compétences sociales, cognitives et émotionnelles des enfants et/ou des parents permettaient de prévenir les troubles affectifs et de réduire les problèmes de comportements (Barlow, *et al.*, 2010; Barry, *et al.*, 2009; Institut national de santé publique du Québec 2008, Lamboy, *et al.*, 2011; Organisation mondiale de la santé, 2004). Au niveau de la consommation de substances, ce type d'intervention permet de retarder et de réduire la consommation de tabac (Wilquin, *et al.*, 2013), de prévenir la consommation de cannabis et de drogues illicites (Du Roscoät, *et al.*, 2013), de réduire la consommation d'alcool et de prévenir les ivresses et le *binge drinking* (Foxcroft et Tsertsvadze, 2011; Guillemont, *et al.*, 2013; UNODC, 2010). Ces interventions ont aussi un impact dans le domaine de la santé sexuelle; ils permettent d'augmenter l'utilisation efficace du préservatif et de réduire les grossesses précoces et les comportements sexuels à risque (Hawkins, *et al.*, 1992; Kersaudy-Rahib, *et al.*, 2013; Kersaudy-Rahib, *et al.*, 2013).

En adéquation avec les données de la littérature sur les déterminants de ces problèmes de santé, les programmes de développement des compétences psychosociales permettent d'impacter un certain nombre de facteurs intermédiaires: diminution du niveau d'anxiété et de dépression des parents, diminution des pratiques parentales problématiques (discipline coercitive, relations conflictuelles, etc.) (Kaminski et Valle, 2008; Sanders et Wooley, 2005) augmentation du niveau d'estime de soi des parents

(Barlow, *et al.*, 2010; Sanders et Wooley, 2005) et du sentiment d'efficacité parentale (Sanders et Wooley, 2005), amélioration des relations parent-enfant et des résultats scolaires (Hawkins, *et al.*, 1992).

Caractéristiques des ateliers de développement des compétences psychosociales validés

Les ateliers de développement des compétences psychosociales ayant démontré des effets significatifs sur la santé et le bien-être présentent plusieurs caractéristiques spécifiques (Department of Health and Human Services, 2001; Domitrovich et Welsh 2000; Greenberg, *et al.*, 2001; Lemarquand, *et al.*, 2001; Webster-Stratton, 2001).

Des ateliers fondés sur des théories et connaissances psychologiques et articulés avec la recherche

Les programmes à l'origine des ateliers actuels de développement des compétences psychosociales puisent leurs fondements dans les grandes approches de la psychologie clinique appliquées au domaine de l'éducation et de la pédagogie : approches humaniste, comportementale et psychanalytique. Les programmes d'origine se sont ensuite nourris des avancées scientifiques dans le domaine des psychologies positive, clinique, du développement et sociale. Les concepteurs des programmes validés ont toujours cherché à maintenir un lien étroit avec la recherche que ce soit en amont, par l'apport des connaissances scientifiques à l'élaboration des programmes, ou en aval, par l'évaluation des effets de ces interventions.

Une pédagogie participative et expérientielle

Les ateliers, dont l'efficacité a été prouvée, cherchent à reproduire les conditions naturelles d'apprentissage et de développement des compétences. En effet, même si les enfants apprennent en partie grâce aux instructions qui leur sont données par les adultes (parents, éducateurs, enseignants, etc.), c'est principalement par l'expérience, les interactions, l'observation et l'imitation que les apprentissages se font (Mangrulkar, *et al.*, 2001). Les ateliers de développement des compétences psychosociales se caractérisent ainsi par l'importance accordée à la dimension expérientielle. Si certaines informations sont communiquées et certaines orientations proposées au cours de l'intervention, c'est essentiellement en s'appuyant sur l'expérience vécue des personnes que se construisent les ateliers. De ce fait, les programmes validés accordent une place primor-

diale à l'observation et l'analyse de situations, aux jeux de rôles, aux exercices pratiques, à l'éducation par les pairs (Mangrulkar, *et al.*, 2001).

Des intervenants engagés qui ont une fonction de modèle

Les ateliers de développement des compétences psychosociales nécessitent de la part de ceux qui les mettent en œuvre diverses compétences personnelles et professionnelles (Mangrulkar, *et al.*, 2001). En effet, de façon générale et encore plus dans le cadre d'interventions expérientielles, les intervenants, dans leurs façons d'être et de faire, représentent la première source d'apprentissage pour les participants. Il est donc important que les professionnels connaissent et maîtrisent les compétences psychosociales qu'ils cherchent à promouvoir. Le CDC (Centers for Disease Control and Prevention, aux Etats-Unis) insiste ainsi fortement sur les compétences, la formation et la supervision des professionnels qui animent les ateliers. Ces personnes doivent avoir une grande maîtrise du contenu des ateliers et une bonne connaissance du milieu d'intervention et du public; démontrer de l'aisance vis-à-vis de la dynamique de groupe et posséder d'importantes capacités relationnelles (Department of Health and Human Services, 2001).

Des ateliers structurés qui s'inscrivent dans la durée

Même s'il existe une certaine variabilité dans la forme que peuvent prendre les ateliers de développement des compétences, chaque séance de groupe dure environ une à deux heures. Afin de maintenir les bénéfices sur la durée, il est important que le temps d'intervention soit suffisamment important; plus de vingt heures par an pour les enfants et les parents selon Webster-Stratton et Taylor (2001). Chaque séance porte généralement sur une compétence et vise généralement à l'expérimenter selon diverses modalités pédagogiques. Durant les ateliers, l'intervenant s'appuie sur un guide d'intervention qui précise le contenu et la structure de chacune des séances.

Des ateliers centrés sur les ressources et l'empowerment des personnes

Durant les ateliers de développement des compétences psychosociales, l'accent est mis sur les ressources des personnes tant celles de la personne présente à l'atelier que celles de l'environnement dans lequel elle évolue. C'est en ayant conscience du potentiel de la personne et confiance dans

sa capacité de croissance que ces ateliers sont proposés. Le processus d'*empowerment* est placé au cœur des ateliers. « En enseignant aux jeunes *comment* penser plutôt que *quoi* penser, en leur fournissant les outils pour résoudre les problèmes, prendre des décisions et réguler leurs émotions, et en leur permettant de s'engager dans une démarche participative, que le développement des compétences psychosociales peut devenir un moyen d'*empowerment* » (Mangrulkar, *et al.*, 2001). Ainsi, par l'échange et la pratique de nouvelles habiletés relationnelles, la confiance en soi, le sentiment d'efficacité, la capacité d'agir et la résilience des personnes sont favorisés (Mangrulkar, *et al.*, 2001).

Les types d'ateliers pour les enfants

Les ateliers de développement des compétences psychosociales à destination des enfants figurent parmi les stratégies de prévention et de promotion de la santé les plus anciennes et les plus reconnues. Ces ateliers ont majoritairement lieu en milieu scolaire et s'adressent généralement aux enfants âgés de trois à quinze ans. Même si globalement, les différents programmes qui ont été validés présentent un grand nombre de caractéristiques communes (voir précédemment), le format et le contenu des interventions peuvent relativement varier afin de répondre au mieux au contexte, aux publics ciblés et aux objectifs de santé visés. « Tandis que le contexte local détermine les compétences et les contenus visés, les trois éléments clés d'un programme de développement des compétences psychosociales sont: le développement de compétences, des informations/ des contenus portant sur des questions d'ordres développemental, sanitaire et social, et des méthodes interactives pour enseigner et apprendre » (Mangrulkar, *et al.*, 2001).

Ainsi, au-delà d'un socle de compétences psychosociales commun à tous les programmes, certaines interventions, en fonction du problème de santé visé, accordent une place prépondérante à certaines compétences psychosociales, ces dernières ayant été identifiées comme des déterminants majeurs du problème en question. Par exemple, dans le champ de la prévention des consommations de substances psychoactives, les compétences sociales de refus, de négociation, d'affirmation, les compétences sociocognitives de résolution de problème et la maîtrise des techniques de relaxation représentent des ingrédients essentiels de l'intervention comme dans le célèbre programme validé *Life Skills Training (LST)* (Botvin, 1998; Du Roscoät, *et al.*, 2013; Guillemont, *et al.*, 2013; Mangrulkar, *et al.*, 2001;

Wilquin, *et al.*, 2013). Dans le domaine des comportements sexuels à risque, les programmes tels que *Teen Talk* et *Reducing the Risk*, combinent un apport d'informations sur la santé sexuelle avec le développement de compétences sociales telles que la capacité de refus, d'affirmation et de négociation et la compétence sociocognitive de résolution de problème (Kersaudy-Rahib, *et al.*, 2013; Kersaudy-rahib, *et al.*, 2013). Les interventions visant les problèmes de comportements telles que le *Montreal Prevention Program* accordent une place cruciale aux compétences sociales d'empathie, d'expression des émotions et de négociation et aux compétences de régulation des émotions (de la colère en particulier) (Lamboy, *et al.*, 2011).

Conscientes que l'environnement relationnel de l'enfant et le climat dans lequel il évolue jouent un rôle capital dans la capacité de l'enfant à développer, expérimenter et transposer dans son quotidien, de façon pérenne, les nouvelles habiletés travaillées lors des ateliers, de plus en plus d'interventions cherchent à impliquer les enseignants et les parents (Organisation mondiale de la santé, 2004; Institut national de la santé et de la recherche médicale, 2005; Barry, *et al.*, 2009; Institut national de santé publique du Québec 2008; Barlow, *et al.*, 2010; Foxcroft et Tsertsvadze, 2011; Spoth, *et al.*, 2008). Ainsi, « il existe un intérêt croissant à former les parents pour qu'ils développent leurs propres compétences, améliorant ainsi l'apprentissage émotionnel et social et les compétences de communication et de résolution de problème de leurs enfants » (Mangrulkar, *et al.*, 2001). De nombreuses interventions validées au cours des dernières années telles que *Linking the interests of families and teachers* et le *Seattle social development projet* sont donc multidimensionnelles, comportant un volet à destination des enfants, un à destination des parents et parfois un à destination des enseignants (Du Roscoät, *et al.*, 2013; Guillemont, *et al.*, 2013; Lamboy, *et al.*, 2011; Wilquin, *et al.*, 2013).

Les types d'ateliers pour les parents

Les ateliers de développement des compétences psychosociales des parents sont des interventions éducatives collectives qui aident les parents à accompagner le développement émotionnel et comportemental de leur enfant et visent à améliorer le fonctionnement familial et la relation parent-enfant en favorisant le développement de certaines compétences psychosociales des parents (Kaminski et Valle, 2008; Petrie, *et al.*, 2007).

Parmi les interventions validées développant les compétences psychosociales des parents, on peut distinguer trois grands types d'intervention (Hutchings, *et al.*, 2004) :

- *les interventions précoces sous forme de visites à domicile* : il ne s'agit pas, à proprement parler, d'ateliers de groupe puisque dans ce type d'intervention un professionnel se rend au domicile de la famille afin de proposer un soutien, de l'éducation à la santé et des mises en situation visant le développement des compétences des enfants et des parents (dont les compétences psychosociales). Ces interventions s'adressent aux familles d'enfants en bas âge (de la grossesse à trois ans environ) et s'adressent généralement à des populations vulnérables (mères jeunes, parents issus de milieux socio-économiques défavorisés, etc.). Le programme de visites à domicile le plus célèbre est le *Nurse-Family Partnership* conçu par David Olds à la fin des années 1970 (Olds, *et al.*, 1997). Ce programme a récemment été adapté en France sous le nom de CAPEDP³, projet piloté par l'Hôpital Bichat-Claude Bernard et l'Établissement public de santé Maison-Blanche (Dugravier, *et al.*, 2009; Saïas, *et al.*, 2013).
- *Les interventions centrées quasi exclusivement sur le développement des compétences psychosociales des parents* : elles peuvent concerner tout type de population (prévention universelle, sélective ou indiquée⁴) et s'adresser à des parents quel que soit l'âge de leur enfant (de 1 à 18 ans). Les deux principaux programmes validés de ce type sont le *Tripe P-Positive Parenting Program*, développé en Australie à la fin des années 1970 par Matthew Sanders (Sanders et Wooley, 2005) et le programme *Incredible Years Series* élaboré en Angleterre par Carolyn Webster-Stratton (2001). En France, quelques professionnels mettent en œuvre ces programmes validés ou des interventions qui s'apparentent à ceux-ci : les ateliers Gordon, les ateliers des parents de Faber et Mazlish, les ateliers de la Discipline Positive.
- *Les interventions visant le développement des compétences psychosociales des familles* : ces programmes comportent souvent trois modules : un module qui vise à développer les compétences psychosociales des parents, un qui porte sur les compétences psychosociales des enfants et un qui travaille plus particulièrement les interactions parent-enfant. Ce type de programme, particulièrement prometteur, est encore peu généralisé. Parmi les programmes familiaux validés les plus connus et les plus diffusés, on peut citer le *Strengthening Families Program (SFP)*

³ CAPEDP : Compétences parentales et Attachement dans la Petite Enfance : Diminution des risques liés aux troubles de santé mentale et Promotion de la résilience.

⁴ Tandis que la prévention universelle vise la population dans son ensemble, les interventions de prévention sélective s'adressent à des personnes considérées comme à risque du fait de facteurs environnementaux, sociaux ou familiaux ; la prévention indiquée concerne, quant à elle, des personnes présentant des facteurs de risque individuels ou/et manifestant des premiers symptômes.

développé aux Etats-Unis par Karol Kumpfer (Du Roscoät, *et al.*, 2013; Wilquin, *et al.*, 2013). Le programme SFP est actuellement en cours d'expérimentation en région Provence Alpes Côte d'Azur.

Conclusion

Les compétences psychosociales représentent un vaste ensemble de compétences pouvant être regroupées en trois grandes catégories : les compétences sociales, cognitives et émotionnelles. Elles occupent une place centrale dans le développement de l'enfant et représentent des déterminants majeurs de la santé globale sur lesquels il est nécessaire d'agir précocement si l'on souhaite favoriser le développement de comportements favorables à la santé et promouvoir efficacement la santé et le bien-être. De nombreuses actions de prévention et promotion de la santé visant à développer les compétences psychosociales de l'enfant et des parents ont fait la preuve de leur efficacité dans différents domaines : consommation de substances, addictions, santé mentale, santé sexuelle... A l'heure actuelle, où l'importance des compétences psychosociales commence à être largement reconnue dans le champ de la prévention, de la promotion de la santé et de l'éducation, l'enjeu principal est de pouvoir implanter, à grande échelle, des actions efficaces pour favoriser le développement de ces compétences. Cette mise en œuvre, qui passe par une implication importante des acteurs et des intervenants et qui mobilise intrinsèquement des savoir-faire et des savoir-être complexes, nécessite d'être largement accompagnée et facilitée par les différentes parties prenantes.

Points importants

- Les compétences psychosociales (émotionnelles, sociales et cognitives) de l'enfant et du parent représentent un déterminant générique, majeur de la santé et du bien-être.
- Il est possible de prévenir efficacement les principaux problèmes de santé mentale et les comportements à risque grâce à des interventions psychoéducatives visant le développement des compétences psychosociales.
- Les interventions précoces développant les compétences psychosociales des parents et des enfants dès leur plus jeune âge sont parmi les stratégies de prévention les plus efficaces.

Résumé

Introduite dans les années 90 par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la notion de compétences psychosociales prend aujourd'hui un ampleur considérable dans le champ de la prévention et de l'éducation pour la santé. Les données accumulées ces dernières années montrent que les compétences psychosociales (de l'enfant et des parents) occupent une place centrale dans le développement de l'enfant et sont un déterminant majeur de la santé physique et psychique. Les résultats de la recherche interventionnelle confirment la nécessité d'agir précocement si l'on souhaite favoriser les comportements favorables à la santé et promouvoir efficacement la santé et le bien-être. En effet, de nombreuses actions de prévention visant à développer les compétences psychosociales de l'enfant et des parents ont fait la preuve de leur efficacité dans différents domaines : santé mentale, addictions, santé sexuelle... Cet article présente une synthèse des connaissances sur les compétences psychosociales (définition, données d'observation, données d'intervention en prévention).

Mots-clés

Compétences psychosociales.
Santé mentale
Prévention.
Promotion de la santé.

Références

- [1] BARLOW J.: *Systematic review of the effectiveness of parent-training programmes in improving behaviour problems in children age 3-10 years*, University of Oxford, Oxford, 1997.
- [2] BARLOW J., et al.: « Group-based parent-training programmes for improving emotional and behavioural adjustment in children from birth to three years old », *Cochrane Database System Review* 2010; 3.
- [3] BARRY M., et al.: *Review of evidence-based mental health promotion and primary/secondary prevention*, Department of Health, Londres, 2009.
- [4] BOTVIN G.J.: « Preventing adolescent drug abuse through Life Skills Training: Theory, methods, and effectiveness », in CRANE J., (Ed.) *Social Programs That Work*, Russell Sage Foundation, New York, 1998; pp. 225-257.
- [5] DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (DHHS, US). *Youth violence: A report of the Surgeon General*. Washington, 2001.
- [6] DOMITROVICH C.E., WELSH J.A.: « Developmental models for interventions to prevent conduct problems », in: *Shocking violence: Youth perpetrators and victims, A multidisciplinary perspective*, 2000; pp. 125-153.
- [7] DUGRAVIER R., et al. « Compétences parentales et attachement dans la petite enfance: diminution des risques liés aux troubles de la santé mentale et promotion de la résilience (CAPEDP): une étude longitudinale de prévention précoce des troubles de la relation mère-enfant », *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 2009; 57: 482-486.
- [8] DU ROSCOAT E., CLEMENT J., LAMBOY B.: « Interventions validées ou prometteuses en prévention de la consommation de substances illicites chez les jeunes: synthèse de la littérature », *Santé Publique*, 2013; 1 (Suppl.): 47-56.
- [9] FOXCROFT D., TSERTSVADZE A.: « Universal family-based prevention programs for alcohol misuse in young people », *Cochrane Database System Review*, 2011; 9.
- [10] GARDNER F., WARD S., BURTON J., WILSON C.: « The role of mother-child joint play in the early development of children's conduct problems: A longitudinal observational study », *Social Development*, 2003; 12: 361-379.
- [11] GATES S., MCCAMBRIDGE J., SMITH L., FOXCROFT D.: « Interventions for prevention of drug use by young people delivered in non-school settings », *Cochrane Database System Review*, 2006; 1.
- [12] GREENBERG M.T., DOMITROVICH C., BUMBARGER B.: « The prevention of mental disorders in school-aged children: Current state of the field », *Prevention & Treatment*, 2001; 4: 1-66.
- [13] GUILLEMONT J., CLEMENT J., LAMBOY B.: « Interventions validées ou prometteuses en prévention de la consommation d'alcool chez les jeunes: synthèse de la littérature », *Santé Publique*, 2013; 1 (Suppl.): 37-45.
- [14] HAWKINS J., CATALANO R., MILLER J.: « Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention », *Psychological Bulletin*, 1992; 112 (1): 64-105.
- [15] HOGHUGH M.: « Parenting: An introduction », in: *Handbooks of parenting: Theory an research for practice*, Sage Publications, Londres, 2004; pp. 1-18.
- [16] HUTCHINGS J., GARDNER F., LANE E.: « Making evidence-based interventions work », in: *Support from the start: Working with young children and their families to reduce the risks of crime and anti-social behaviour. Research report 524*, Department for Education and skills, Nottingham, 2004; pp. 69-79.
- [17] HUTCHINGS J., LANE E.: « Parenting and the development and prevention of child mental health problems », *Current Opinion in Psychiatry*, 2005; 18 (4): 386-391.
- [18] INSTITUT NATIONAL DE LA SANTE ET DE LA RECHERCHE MEDICALE (INSERM): *Troubles mentaux. Dépistage et prévention chez l'enfant et l'adolescent*, Expertise Collective, Inserm, Paris, 2002.

- [19] INSTITUT NATIONAL DE LA SANTE ET DE LA RECHERCHE MEDICALE (INSERM). : « *Trouble des conduites chez l'enfant et l'adolescent*, Expertise collective, Inserm, Paris, 2005.
- [20] INSTITUT NATIONAL DE SANTE PUBLIQUE DU QUEBEC (INSPQ). : *Avis scientifique sur les interventions efficaces en promotion de la santé mentale et en prévention des troubles mentaux*, INSPQ, Montréal (QC), 2008.
- [21] KAMINSKI J., VALLE L. : « A meta-analytic review of components associated with parent training program effectiveness », *Journal of Abnormal Child Psychology*, 2008 ; 36 : 567-589.
- [22] KERSAUDY-RAHIB D., LYDIE N., CLEMENT J., LAMBOY B. : « Interventions validées ou prometteuses en prévention des infections sexuellement transmissibles (IST) : synthèse de la littérature », *Santé Publique*, 2013 ; 1 (Suppl.) : 13-23.
- [23] KERSAUDY-RAHIB D., LYDIE N., CLEMENT J., LAMBOY B. : « Interventions validées ou prometteuses en prévention des grossesses non prévues : synthèse de la littérature », *Santé Publique*, 2013 ; 1 (Suppl.) : 25-35.
- [24] KUMPFER K., FOWLER M. : « Parenting skills and family support programs for drug-abusing mothers », *Seminars in Fetal & Neonatal Medicine*, 2007 ; 12 (2) : 134-142.
- [25] LAMBOY B., CLEMENT J., SAIAS T., GUILLEMONT J. : « Interventions validées en prévention et promotion de la santé mentale auprès des jeunes : une revue systématique », *Santé Publique*, 2011 ; 33 (6) : 113-127.
- [26] LANDRY S., SMITH K., SWANK. : « The importance of parenting during childhood for school-age development », *Developmental Neuropsychology*, 2008 ; 24 (2-3) : 559-591.
- [27] LEMARQUAND D., TREMBLAY RE., VITARO F. : « The prevention of conduct disorder: A review of successful and unsuccessful experiments », in: HILL J., MAUGHAN B., *Conduct disorders in childhood and adolescence*, Cambridge Child and Adolescent Psychiatry, 2001 ; pp. 449-477.
- [28] MANGRULKAR L., WHITMAN C., POSNER M. : *Life skills approach to child and adolescent healthy human development*, Pan American Health Organization, Washington, DC, 2001.
- [29] NATIONAL INSTITUTE ON DRUG ABUSE (NIDA). : *Preventing drug use among children and adolescents: A research-based guide for parents, educators, and community leaders*. US National Institutes of Health, Bethesda, 2003.
- [30] OLDS D., et al. : « Long-term effects of home visitation on maternal life course and child abuse and neglect. Fifteen-year follow-up of a randomized trial », *JAMA* 1997 ; 278 (8) : 637-643.
- [31] ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE (OMS). : *Charte d'Ottawa*, OMS Europe, Copenhague, 1986.
- [32] ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE (OMS). *Life skills education in school*, OMS, Genève, 1997.
- [33] ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE OMS. : *Skills for health: Skills-based health education including life skills: An important component of a child-friendly/health-promoting school*, OMS, Genève, 2003.
- [34] ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE (OMS). : *Prevention of mental disorders. Effective interventions and policy options*, Summary Report, OMS, Genève, 2004.
- [35] ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE (OMS). : *Violence prevention the evidence. Preventing violence by developing life skills in children and adolescents*, OMS, Genève, 2009.
- [36] PETRIE J., BUNN F., BYRNE G. : « Parenting programmes for preventing tobacco, alcohol or drugs misuse in children < 18: A systematic review », *Health Education Research*, 2007 ; 22 (2) : 177-191.
- [37] PETTIT G., BATES J. : « Family interaction patterns and children's behavior problems from infancy to four years », *Developmental Psychology*, 1989 ; 25 : 413-420.
- [38] POOLE J. : « Tackling poor parenting: A public health issue », *The Journal of Family Health Care*, 2003 ; 13 (2) : 49-51.

Summary

Introduced in the 90s by the World Health Organization, the concept of psychosocial skills (or life skills) has expanded considerably in the field of prevention and health education. Recent evidence shows that psychosocial skills of the child and the parents play a major role in the child's development and play a major role in mental as in physical health. Evidences from interventional research confirm the necessity of early intervention to promote effective health behavior, health and well-being. Indeed, quite a lot of controlled prevention programs are grounded into psychosocial skills development. This paper reviews psychosocial (or life) skills in the field of prevention and (mental) health promotion with definitions and results from observational and interventional research.

Keywords

Life skills or psychosocial skills.
Mental health.
Prevention.
Health promotion.

- [39] SAIAS T., *et al.*: «Supporting families in challenging contexts: The CAPEDP project», *Global Health Promotion*, 2013, 20 (25): 66-70.
- [40] SANDERS M., WOOLEY M.: «The relationship between maternal self-efficacy and parenting practices: Implications for parent training», *Child: Care, Health and Development*, 2005; 31 (1): 65-73.
- [42] SPOTH R., GREENBERG M., TURRISI R.: «Preventive interventions addressing underage drinking: State of the evidence and steps toward public health impact», *Pediatrics*, 2008; 121: S311-36.
- [43] STEWART-BROWN S.: «Improving parenting: The why and the how», *Archives of Disease in Childhood*, 2008; 93 (2).
- [44] STIFTER C., BONO M.: «The effect of infant colic on maternal self-perceptions and mothers-infant attachment», *Child: Care, Health and Development*, 1998; 24: 339-351.
- [45] SUPPLEE L., SHAW D., HAISTONES K., HARTMAN K.: «Families and child influences on early academic and emotion regulatory behaviors», *Journal of School Psychology* 2004; 42: 221-242.
- [46] TETI D., GELFAND D.: «Behavioral competence among mothers of infants in the first year: The mediational role of maternal self-efficacy», *Child Development*, 1991; 62: 918-929.
- [47] UNODC.: *Compilation of evidence-based family skills training programmes*, UNODC, Vienne, 2010.
- [48] WEICH S., PATTERSON J., SHAW R., STEWART-BROWN S.: «Family relationships in childhood and common psychiatric disorders in later life: Systematic review of prospective studies», *The British Journal of Psychiatry*, 2009; 194 (5): 392-398.
- [49] WEBSTER-STRATTON C.: «The incredible years: Parents, teachers, and children training series», *Residential Treatment for Children and Youth*, 2001; 18: 31-45.
- [50] WILQUIN J.L., CLÉMENT J., LAMBOY B.: «Interventions validées ou prometteuses en prévention du tabagisme chez les jeunes: synthèse de la littérature», *Santé Publique*, 2013; 1 (Suppl.): 65-74.

Annexe: Les compétences psychosociales (enfants et parents)

