

**ENFANTS
ET JEUNES**

OCTOBRE 2022



LES COMPÉTENCES PSYCHOSOCIALES: ÉTAT DES CONNAISSANCES SCIENTIFIQUES ET THÉORIQUES

Rapport complet

Résumé

Les compétences psychosociales : état des connaissances scientifiques et théoriques

Permettre aux générations d'aujourd'hui et de demain de développer leur capacité à faire des choix éclairés et raisonnés, leurs aptitudes à vivre ensemble et à mieux gérer leur stress et réguler leurs émotions en renforçant leurs **compétences psychosociales (CPS)** constitue un levier clé de la promotion de la santé. Ces trente dernières années, de nombreux travaux de recherche ont montré l'importance des CPS dans le développement de l'enfant, de son bien-être et de sa santé, dès le plus jeune âge.

En France actuellement, plusieurs politiques publiques mentionnent les CPS : six plans nationaux de santé publique (priorité prévention, santé mentale et psychiatrie, addictions, tabac, santé sexuelle, cancer), le parcours éducatif de santé et la démarche École promotrice de santé du ministère de l'Éducation nationale, au sein de l'Enseignement supérieur et de l'Enseignement agricole et dans les territoires (ARS, collectivités, contrats locaux de santé...). Une stratégie nationale multisectorielle de développement des CPS chez les enfants et les jeunes est en cours de déploiement.

Ce document, qui est destiné aux décideurs et aux acteurs de terrain, fait le bilan des connaissances scientifiques sur les CPS, et fournit des premiers repères pour l'action et la décision.

Conçu par Santé publique France avec la collaboration de plusieurs chercheurs, acteurs de terrain et décideurs, il est organisé en huit chapitres.

- Le **chapitre 1** offre une définition et une catégorisation actualisée en s'appuyant sur la littérature scientifique et les catégorisations internationales (OMS, CASEL, OCDE...).
- Le **chapitre 2** décrit chacune des 9 CPS générales (et 21 CPS spécifiques) identifiées : 3 CPS cognitives (conscience de soi, maîtrise de soi, prise de décisions constructives), 3 CPS émotionnelles (conscience de ses émotions et de son stress, régulation de ses émotions, gestion de son stress), 3 CPS sociales (communiquer de façon constructive, relations constructives, résolution des difficultés).
- Le **chapitre 3** rappelle l'historique des programmes CPS en France.
- Le **chapitre 4** mentionne l'inclusion des CPS dans les politiques publiques.
- Le **chapitre 5** présente l'utilisation des programmes CPS dans les territoires.
- Le **chapitre 6** présente un bilan des effets des programmes CPS probants sur la santé (réduction des addictions, de la violence, des problèmes de santé mentale et de santé sexuelle, augmentation du bien-être) et la réussite éducative (amélioration du climat scolaire, des résultats scolaires, de l'insertion professionnelle).
- Le **chapitre 7**, s'appuyant sur les études d'efficacité et d'implantation, présente les "facteurs-clés" communs aux différents programmes CPS probants (2 facteurs principaux et 6 facteurs complémentaires) afin de faciliter le développement d'interventions CPS de qualité.
- Le **chapitre 8** indique des principes généraux, les types et étapes de l'évaluation d'intervention CPS.

Le présent rapport et sa **synthèse** (consultable sur le site de Santé publique France) constituent un cadre de référence théorique ; ils seront complétés ultérieurement par des guides et des supports pratiques, plus opérationnels.

Ils contribuent au partage d'une vision commune sur les CPS, afin d'agir tôt, tout au long du développement de l'enfant et dans tous les milieux, dans un objectif générationnel, d'une nouvelle génération bénéficiant d'un développement des CPS tout au long de son parcours.

MOTS CLÉS : COMPÉTENCES PSYCHOSOCIALES, PROMOTION DE LA SANTÉ, BIEN-ÊTRE, RÉUSSITE ÉDUCATIVE, ENFANTS

Citation suggérée : Les compétences psychosociales : état des connaissances scientifiques et théoriques. Saint-Maurice : Santé publique France, 2022. 135 p. Disponible à partir de l'URL : <https://www.santepubliquefrance.fr>

ISSN : 2609-3286 / ISBN-NET : 979-10-289-0780 / RÉALISÉ PAR LA DIRECTION DE LA COMMUNICATION, SANTÉ PUBLIQUE FRANCE - DÉPÔT LÉGAL : OCTOBRE 2022

Abstract

Life skills : scientific and theoretical knowledge

Empowering present and future generations through their capacity to make informed and reasoned choices, their ability to live together, to better manage their stress and to regulate their emotions, is a key pillar of health promotion that is founded on the development of strong **life skills**. Over the last 30 years, numerous research projects have shown the important role that life skills play in the healthy development of children's physical and mental well-being, from a very early age. In France, a number of public policies currently include life skills components : six national public health plans (relating to prevention, mental health and psychiatry, addictions, tobacco, sexual health and cancer), the health education curriculum and the "Schools for Health" approach adopted by the Ministry of Education, plus several schemes aimed at higher education and agricultural education or targeting specific regions (through regional health agencies [ARS], local authorities, local health contractors, etc.). A multisectoral strategy supporting life skills development among children and young people is currently being developed on a national level across France.

This reference framework, aimed at decision-makers and field agents, presents a summary of the scientific knowledge on life skills and provides initial benchmarks for action and decision-making.

This report was written by Santé publique France with the collaboration of several researchers, field workers and decision-makers. It is organized into eight chapters. **Chapter 1** provides an updated definition and classification based on the scientific literature and international categorisations (WHO, CASEL, OCDE, etc.). **Chapter 2** describes each of the nine broad life skills identified (involving 21 specific life skills) : three cognitive skills (self-awareness, self-control, constructive decision-making), three emotional skills (awareness of emotions and stress, regulation of emotions, stress management), and three social skills (constructive communication, constructive relationships, problem solving). **Chapter 3** recalls the history of life skills programs in France. **Chapter 4** mentions the inclusion of life skills in public policies. **Chapter 5** presents the use of life skills programs in the territories. **Chapter 6** reviews the evidence-based impacts of life skills programmes on health (lower rates of addictions, violence, mental and sexual health problems, improved well-being) and on academic achievement (improved school climate, academic performance, employment outcomes). **Chapter 7** draws on the effectiveness and implementation studies to present the common 'key success factors' for different life skills programmes (two primary factors and six complementary factors) to assist in the development of quality life skills interventions. **Chapter 8** provides general principles, types and steps for evaluating life skills programs.

This full report and its summary (available from Santé publique France website) constitute an initial theoretical reference framework; operational guides and practical materials will supplement them later. The reference framework contributes to a shared vision of life skills, so that action can be taken at an early stage, throughout a child's development, and in different contexts, all with the aim of ensuring that the next generation will benefit from the continuous acquisition of new life skills, throughout the course of life.

KEYWORDS : LIFE SKILLS, HEALTH PROMOTION, WELL-BEING,
EDUCATIONAL SUCCESS, CHILDREN

Auteurs

[Béatrice Lamboy](#), conseillère scientifique, direction de la prévention et de la promotion de la santé, Santé publique France

[Pierre Arwidson](#), directeur adjoint, direction de la prévention et de la promotion de la santé, Santé publique France

[Enguerrand du Roscoät](#), responsable de l'unité santé mentale, direction de la prévention et de la promotion de la santé, Santé publique France

[Nadine Fréry](#), chargée de mission « Enfants et jeunes », direction de la prévention et de la promotion de la santé, Santé publique France

[Jean-Michel Lecrique](#), chargé d'expertise en prévention et promotion de la santé, direction de la prévention et de la promotion de la santé, Santé publique France

[Rébecca Shankland](#), professeure de psychologie du développement, Université Lumière Lyon 2 (membre du Comité d'appui thématique sur les compétences psychosociales-CAT-CPS de Santé publique France)

[Damien Tessier](#), maître de conférences Staps et sciences de l'éducation, Université de Grenoble Alpes (membre du CAT-CPS de Santé publique France)

[Marie-Odile Williamson](#), ex-directrice territoriale de l'Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé (Ireps) Pays de la Loire (membre du CAT-CPS de Santé publique France)

Remerciements

Aux membres du Comité d'appui thématique CPS de Santé publique France

- [Linda Cambon](#), professeure, équipe Phares, Centre Inserm U1219, Isped, Université de Bordeaux
- [Alice Coste](#), référente régionale sur le développement des CPS, Instance régionale d'éducation pour la santé (Ireps) Auvergne-Rhône-Alpes
- [Christine Ferron](#), déléguée générale, Fédération nationale d'éducation et de promotion de la santé (Fnes)
- [Philippe Martin](#), ingénieur de recherche, Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm)
- [Gregory Michel](#), professeur de psychologie, Université de Bordeaux
- [Daniel Pellaux](#), maître d'enseignement, Institut fédéral des hautes études en formation professionnelle, Renens, Suisse
- [Magali Segretain](#), directrice territoriale, directrice du programme « En santé à l'école », Ireps Pays de la Loire
- [Carine Simar](#), maître de conférences en sciences de l'éducation, Université de Clermont-Ferrand
- [Anne-Laure Tanchoux](#), chargée de mission en prévention et promotion de la santé, Agence régionale de santé (ARS) Nouvelle-Aquitaine
- [Peer Van der Kreeft](#), enseignant chercheur, Hogent Université de Gand, Belgique, président de l'*European Society for Prevention Research* (EUSPR)

Pour leur contribution au chapitre 5

- [Julien Masson](#), maître de conférence en sciences de l'éducation à l'Université Claude Bernard Lyon 1, membre du réseau Unirés
- [Adeline Darlington-Bernard](#), doctorante en sciences de l'éducation, Université Claude Bernard Lyon 1, chargée de mission Unirés

Aux membres du comité de pilotage CPS de Santé publique France

- [François Beck](#), directeur, direction de la prévention et de la promotion de la santé, Santé publique France
- [Nathalie Lydié](#), responsable de l'unité santé sexuelle, direction de la prévention et de la promotion de la santé, Santé publique France
- [Viet Nguyen Thanh](#), responsable de l'unité addictions, direction de la prévention et de la promotion de la santé, Santé publique France

Aux relecteurs du Comité de pilotage national sur les CPS

- Ministère de la santé et des solidarités/Direction générale de la santé (DGS) : [Zina Bessa](#), [Julie Barrois](#), [Justine Courtecuisse](#), [Frédérique Delatour](#), [Pascale Fritsch](#), [Jean-Michel Tassie](#)
- Ministère de l'Éducation nationale de la jeunesse et des sports/Direction générale de l'enseignement scolaire (Dgesco) : [Alexandra Guillaume](#), [Adeline del-Medico](#), [Brigitte Moltrecht](#), [Catherine Vautier](#)
- Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (Mildeca) : [Corinne Drougard](#), [Valerie Lemaire](#)
- Ministère de l'Agriculture : [Franck Feuillâtre](#)
- Ministère de l'Enseignement supérieur, de la recherche et de l'innovation : [Alain Bouhours](#)
- Ministère de la Justice/Protection judiciaire de la jeunesse : [Philippe Leborgne](#)
- Agences régionales de santé (ARS) : [Nicolas Durand](#) (Pays de la Loire), [Isis Devaux](#), [Christelle Gougeon](#), [Nadège Millotte-Gosnet](#) (Normandie), [Solène Wiedner-Papin](#) (Guyane)
- Caisse nationale de l'assurance maladie (Cnam), Paris : [Marie-Caroline Lai](#), [Saïd Oumeddour](#), [Isabelle Vincent](#)

Sommaire

Résumé	2
Abstract.....	3
Auteurs	4
Remerciements	5
INTRODUCTION.....	11
CHAPITRE 1. Définition et classification	14
1. Définition d'origine	14
2. Terminologie et concepts associés	15
3. Classifications et modèles théoriques	17
Classification 1.....	17
Classification 2.....	18
Classification 3.....	19
Classification 4.....	21
4. Définition actualisée	23
CHAPITRE 2. Présentation des principales CPS.....	26
1. Les compétences cognitives	26
1.1 Avoir conscience de soi.....	26
1.2 Capacité de maîtrise de soi.....	29
1.3 Prendre des décisions constructives.....	32
2. Les compétences émotionnelles	34
2.1 Avoir conscience de ses émotions et de son stress.....	34
2.2 Réguler ses émotions.....	35
2.3 Gérer son stress	37
3. Les compétences sociales	38
3.1 Communiquer de façon constructive.....	38
3.2 Développer des relations constructives.....	40
3.3 Résoudre des difficultés	41
CHAPITRE 3. Historique (en France).....	44
1. Les années 1980 et 1990.....	44
1.1 L'émergence du concept et des pratiques françaises.....	44
1.2 La diversification et l'ancrage progressif des pratiques CPS	45
1.3 Vers un changement de paradigme	46
2. Les années 2000	46
2.1 La volonté d'une prévention fondée scientifiquement et les recommandations nationales	47
2.2 Le développement des pratiques professionnelles	48
2.3 Les tensions et les difficultés	49
3. Les années 2010	50
3.1 Converger vers l'action, l'appui sur les stratégies nationales	50
3.2 Converger vers l'action, l'appui sur les pratiques.....	51
4. Vers les années 2020	53
CHAPITRE 4. État actuel en France : Les CPS dans les politiques publiques	54
1. Vers une stratégie nationale multisectorielle.....	54
1.1 Les CPS en santé publique	55
1.1.1 Le développement des CPS, promu dans six plans de santé publique	55
1.1.2 Santé publique France.....	56
1.1.3 Caisse nationale de l'Assurance maladie	56
1.1.4 Les CPS dans les recommandations de la Haute Autorité de santé	56

1.2 Les CPS dans l'enseignement et l'éducation	57
1.2.1 L'École promotrice de santé-Ministère de l'Éducation nationale, de la jeunesse et des sports	57
1.2.2 Enseignement supérieur	59
1.2.3 Établissements d'enseignement et de formation agricoles	60
1.3 Protection de l'enfance	60
1.3.1 Aide sociale à l'enfance (ASE)	60
1.3.2 Protection judiciaire de la jeunesse (PJJ)	60
2. Politiques territoriales (voir chapitre 5 sur les interventions CPS dans les territoires)	61
CHAPITRE 5. État actuel en France : interventions CPS dans les territoires	63
1. Interventions CPS en milieu scolaire : une enquête menée auprès des ARS et des rectorats (2017-2018 ; Santé publique France/DGS/Dgesco)	63
1.1 Objectifs et méthode de l'enquête de Santé publique France	63
1.2 Principaux résultats de l'enquête de Santé publique France (voir annexes 2 et 3)	63
1.2.1 Thématiques des CPS et niveau scolaire d'implantation	64
1.2.2 Caractéristiques des programmes	64
1.2.3 Caractère prometteur des programmes recensés	64
1.3 Bilan et perspectives (à la suite de l'enquête de Santé publique France)	65
2. Les CPS dans la formation des enseignants en 2021 : résultats préliminaires de l'étude Unirés	67
2.1 Objectifs et méthode de l'étude Unirés	67
2.2 Résultats de l'étude Unirés	67
2.2.1 Analyse des mots-clés dans les maquettes de formation	67
2.2.2 Résultats intermédiaires des réponses aux questionnaires adressés aux formateurs des Inspé	68
2.3 Bilan et perspectives (à la suite de l'enquête Unirés)	68
3. Bilan et perspectives concernant la situation française en matière de développement des CPS	69
CHAPITRE 6. Effets des programmes CPS probants	71
1. De la prévention de différents problèmes au développement positif des jeunes	71
2. Effets des programmes CPS conçus dans un but préventif	71
2.1 Prévention de l'entrée dans le tabagisme	72
2.2 Prévention de l'usage de la consommation d'alcool	73
2.3 Prévention de la consommation de substances psychoactives	73
2.4 Prévention de la violence chez les jeunes	74
2.5 Prévention dans le domaine de la sexualité	74
3. Effets des programmes CPS en milieu scolaire	75
3.1 Améliorer le climat de travail à l'école primaire	75
3.2 Promotion de la santé mentale et amélioration de la réussite scolaire	76
3.3 L'efficacité des interventions CPS n'est pas systématique	78
3.4 Les conditions de mise en œuvre	79
3.5 Efficacité des programmes CPS : le retour sur investissement	80
CHAPITRE 7. Facteurs communs des interventions efficaces	81
1. Définitions : programmes CPS probants et interventions CPS fondées sur les données probantes ..	81
2. Facteurs communs aux interventions CPS efficaces	84
2.1 Les deux facteurs principaux	84
2.1.1 Facteur principal 1 : une intervention structurée et focalisée	84
2.1.2 Facteur principal 2 : une implantation de qualité	84
2.2 Les six facteurs complémentaires	85
2.2.1 Facteur complémentaire 1 : des contenus fondés sur les connaissances scientifiques actuelles	85
2.2.2 Facteur complémentaire 2 : des ateliers intensifs qui s'inscrivent dans la durée	86
2.2.3 Facteur complémentaire 3 : des ateliers structurés qui s'appuient sur des supports formels	86
2.2.4 Facteur complémentaire 4 : une pédagogie positive et expérientielle	86
2.2.5 Facteur complémentaire 5 : des pratiques CPS informelles	87
2.2.6 Facteur complémentaire 6 : un environnement éducatif soutenant	87

CHAPITRE 8. Évaluation des interventions CPS : quelques repères méthodologiques.....	89
1. Définition et classification des évaluations	89
1.1 Le dispositif d'évaluation	90
1.2 Les temps de l'évaluation au regard de la phase de l'intervention	90
1.2.1 Phase de conception	90
1.2.2 Phase de développement.....	90
1.2.3 Phase de déploiement.....	91
2. Présentation des principales évaluations de terrain.....	91
2.1 En phase de conception de l'intervention CPS	91
2.1.1 La modélisation de l'intervention CPS	92
2.1.2 L'évaluation théorique de la modélisation	94
2.2 En phase de développement de l'intervention CPS	95
2.2.1 Les études pilotes	95
2.3 En phase de déploiement de l'intervention CPS	96
2.3.1 Les évaluations de mise en œuvre (quantitatives et qualitatives)	96
2.3.2 L'évaluation de résultat par suivi d'indicateurs.....	97
3. Présentation des principales évaluations de recherche	98
3.1 La modélisation et l'évaluation théorique	98
3.2 Les évaluations d'efficacité (quasi)expérimentales et par mesures répétées.....	98
3.3 Les évaluations de processus	100
4. Quelques repères concernant l'élaboration d'une évaluation	101
4.1 Conception de l'évaluation	101
4.2 Rédaction d'un protocole d'évaluation (voir fiche de synthèse en annexe 5)	101
4.3 Ajustement du protocole d'évaluation	102
4.4 Mise en place du protocole d'évaluation	102
4.5 Analyse des données et restitution/valorisation des résultats de l'évaluation	102
Conclusion	104
Annexes.....	106
Annexe 1. Liste des principaux outils et programmes mentionnés dans le rapport.....	107
1. Outils et programmes CPS directement accessibles	107
2. Outils et programmes CPS par prise de contact	108
Annexe 2. Résultats de l'enquête Santé publique France (chapitre 5).....	109
Annexe 3. Résultats de l'enquête Santé publique France (suite) (chapitre 5).....	110
* Unplugged	110
* Programme de soutien aux familles et à la parentalité (PSFP).....	110
* Good Behavior Game (GBG).....	110
* Boat	110
* Le cartable des compétences psychosociales des Pays de la Loire.....	110
* Primavera	110
* Prodas	110
Annexe 4. Les programmes CPS évalués (2020-2021) (chapitre 5)	111
Le programme Unplugged	111
Le programme <i>Good Behavior Game</i> (GBG) ou Jeu du comportement adapté.....	113
Le programme Prodas.....	114
Le programme Mission Papillagou	116
Le programme Strong.....	117
Le Programme de soutien aux familles et à la parentalité (PSFP)	118
Le programme « En santé à l'école »	119
Le projet Sentinelles et Référents	120
Le projet Garantie Jeunes	121

Annexe 5. Fiche de synthèse d'une évaluation (protocole) (chapitre 8)	122
Annexe 6. Exemple d'instruments de mesure CPS (chapitre 8)	123
1. Échelle de mesure des compétences psychosociales pour les adolescents.....	123
2. Échelle de mesure des compétences psychosociales à l'école pour les enfants de 9 à 13 ans	124
3. Échelle de mesure des CPS pour les adolescents, utilisée par Santé publique France (dans le cadre de l'enquête EnCLASS (2018)	126
Références bibliographiques	127

INTRODUCTION

Le développement des compétences psychosociales (CPS) représente aujourd'hui un enjeu majeur au sein de la santé publique, de l'éducation et de l'action sociale. Facteurs clés de la santé, du bien-être et de la réussite éducative et sociale, les CPS sont ainsi à la croisée de la prévention et de la promotion de la santé et au cœur des enjeux sanitaires, éducatifs et sociaux.

Dans le cadre de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) met en exergue, dès 1986, l'importance de renforcer les « aptitudes indispensables à la vie » (ou « *Life skills* » en anglais) pour favoriser la santé globale, et atteindre « un état de complet bien-être physique, mental et social ». Ainsi, l'acquisition d'aptitudes individuelles, notamment l'amélioration des CPS, représente un des cinq axes stratégiques d'action de la promotion de la santé (1). Il se situe en complémentarité et en interdépendance avec les quatre autres axes stratégiques visant la modification des facteurs socio-environnementaux : élaboration de politiques favorables à la santé, création d'environnements favorables à la santé, renforcement de l'action communautaire, réorientation des services de santé (1). En étroite interaction avec le développement d'environnements favorables et de milieux de vie soutenant, le renforcement des CPS à tous les âges de la vie peut contribuer au développement individuel et social, augmenter la capacité de choix, l'autonomisation et le pouvoir d'agir (*empowerment*) des individus et améliore ainsi l'état de santé et de bien-être des personnes et des populations.

Dans le champ de la prévention, depuis cinquante ans, des chercheurs et des praticiens en santé publique et en sciences humaines ont conçu et évalué scientifiquement des interventions pour prévenir les problèmes de santé mentale, la consommation de tabac, d'alcool, de drogue et les maladies sexuellement transmissibles chez les jeunes. Les programmes de développement des CPS représentent une des stratégies majeures pour prévenir ces problèmes de santé au niveau individuel et collectif. Ils ont contribué à une forte progression de la prévention là où les interventions fondées uniquement sur l'information ne fonctionnaient pas. Parce que les enfants et les jeunes acquièrent des capacités à mieux se connaître, à faire des choix éclairés, à atteindre leurs objectifs et à résoudre des problèmes, à réguler leurs émotions, à gérer leur stress et accroître leur capacité de résilience, à communiquer positivement et construire des relations constructives, alors leurs rapports à soi, aux autres et à leurs environnements peuvent se modifier en profondeur, générer un état de bien-être et permettre l'adoption de comportements favorables à la santé physique, psychique et sociale. Les programmes CPS probants tels que « *Unplugged* » ou le programme familial « SFP » (*Strengthening Families Program* devenu « Programme de soutien aux familles et à la parentalité », PSFP en France) ont ainsi démontré d'importants bénéfices sur la santé (réduction de la consommation de substances psychoactives, des comportements violents, et des comportements à risque en général ; réduction de la souffrance psychologique, des problèmes de comportement et des troubles anxio-dépressifs) et sur la réussite éducative et sociale (augmentation de l'engagement et des résultats scolaires, amélioration du climat scolaire, amélioration de l'insertion sociale et diminution des comportements délinquants) (2).

Ces programmes CPS probants sont issus de la recherche, des modèles théoriques en sciences humaines, notamment en psychologie, des réflexions sur les problèmes d'implantation et de transférabilité, de l'expertise et de l'expérience des praticiens de terrain. Ils ont donné lieu à de nombreuses publications internationales qui ont permis au cours de ces dernières années la production de plusieurs synthèses de la littérature scientifique par les organismes internationaux et nationaux. Cet important corpus scientifique représente ainsi aujourd'hui un socle de connaissances majeures sur lequel il est possible d'ancrer les pratiques et les stratégies d'action CPS.

Dans la continuité des travaux de l'OMS, les grands organismes internationaux soutiennent tous aujourd'hui cette approche de développement des CPS fondée sur les données probantes. L'OMS, l'Unesco, l'Unicef, Onusida (3), l'Unodc (4) ont produit des guides internationaux pour en faire la promotion. La Banque mondiale (5) a produit des manuels à destination des enseignants et des élèves. L'OCDE va lancer une deuxième vague d'enquête internationale longitudinale pour étudier ces compétences chez les jeunes (6) en population générale.

En France, les CPS sont mentionnées dans diverses politiques publiques qui sont présentées dans ce document et qui concernent la santé publique, l'enseignement et l'éducation des enfants et des jeunes (en particulier, éducation nationale, enseignement supérieur, lycées agricoles, protection judiciaire de la jeunesse).

Lors des Assises de la santé mentale et de la psychiatrie (septembre, 2021), a été annoncée la construction d'une stratégie multisectorielle de déploiement des CPS (dont à l'école) (mesure 11). « L'enjeu est aujourd'hui de déployer à grande échelle une stratégie de renforcement des CPS, de manière transverse et inclusive, en considérant l'importance du milieu scolaire qui permet de toucher les enfants dès le plus jeune âge quasi quotidiennement et tout au long de la scolarité, et qui constitue un catalyseur pour le déploiement des CPS auprès des autres acteurs jeunesse ». Cette stratégie nationale multisectorielle est annoncée comme devant être élaborée et appliquée de manière concertée pour agir dès le plus jeune âge, tout au long du développement et dans les différents milieux de vie.

Ce « passage à l'échelle » nécessitera de soutenir les collaborations et de renforcer les synergies entre acteurs institutionnels, de la santé publique et du monde éducatif et social, agences nationales et régionales, collectivités territoriales, chercheurs, acteurs en prévention et promotion de la santé et professionnels travaillant auprès des enfants et des jeunes. Ce déploiement national impliquera aussi la mobilisation et le partage des dernières connaissances et pratiques CPS afin de soutenir la dissémination d'interventions fondées sur des données probantes et l'instauration de critères de qualité pour des actions efficaces articulées avec les connaissances scientifiques et les connaissances issues de l'expérience qui ont été accumulées au cours de ces dernières décennies.

Dans cette perspective, un des rôles de Santé publique France est de favoriser les échanges entre les savoirs scientifiques et savoirs expérientiels. L'agence renforce les liens entre les connaissances académiques issues de la littérature scientifique, souvent internationale, et les savoirs expérientiels issus de la pratique et de l'expertise de terrain, riche et essentielle dans le développement et la réalisation des interventions. Santé publique France soutient ainsi les innovations et les interventions efficaces fondées sur les données probantes afin d'améliorer la santé des populations, tout en s'assurant que ces interventions soient de nature à réduire les inégalités sociales et territoriales de santé.

Le [séminaire organisé par Santé publique France les 14 et 15 décembre 2021](#) a été une première rencontre nationale sur les CPS permettant de faire le lien entre les savoirs scientifiques et les savoirs expérientiels¹. Le présent document, fondé sur un bilan des connaissances scientifiques sur les CPS vise à faire connaître les principaux savoirs académiques actuels et à fournir des repères pour l'action et la décision. Il a été réalisé à partir d'une analyse des derniers articles scientifiques de synthèse (revues de littérature, revues systématiques et méta-analyses² publiées jusqu'en novembre 2021) et des rapports des grands organismes internationaux travaillant sur les CPS (OMS, *Collaborative for Academic, Social, and Emotional Learning-CASEL*, Unicef, OCDE).

¹ [Replay et présentations disponibles](#) sur le site de Santé publique France.

² Une méta-analyse est une synthèse réalisée à partir de la compilation et de l'analyse statistique d'études primaires portant sur le même sujet.

Cet état des connaissances vise à construire une culture commune et partagée sur les CPS. Organisé en huit chapitres, ce rapport présente :

- chapitre 1 : une définition et une catégorisation actualisées des CPS s'appuyant sur les définitions et les catégorisations internationales ;
- chapitre 2 : une description succincte de chacune des CPS contenue dans la classification CPS actualisée ;
- chapitre 3 : l'historique du développement des CPS en France ;
- chapitre 4 : les CPS dans les politiques publiques ;
- chapitre 5 : les interventions CPS dans les territoires ;
- chapitre 6 : un bilan des effets des programmes CPS probants sur la santé et la réussite éducative ;
- chapitre 7 : une liste de facteurs associés à l'efficacité des interventions CPS ;
- chapitre 8 : quelques repères méthodologiques pour l'évaluation des interventions CPS.

Ce rapport scientifique constitue un cadre de référence théorique afin de soutenir le déploiement d'interventions CPS efficaces, fondées sur les données probantes. [Sa synthèse a été publiée sur le site de Santé publique France en février 2022.](#) Ils seront complétés prochainement (année 2022 et suivantes) par des supports plus opérationnels fondés sur les savoirs scientifiques et expérimentiels et co-construits avec les chercheurs et les professionnels des différents champs.

Santé publique France soutient ce mouvement pour le développement et le déploiement des CPS dans tous les milieux de vie, dès le plus jeune âge. L'agence apporte son expertise et favorise les synergies entre les différents savoirs et acteurs impliqués, avec l'ambition que tous les enfants de la prochaine génération puissent être formés aux CPS.

CHAPITRE 1. DÉFINITION ET CLASSIFICATION

La définition et la classification des compétences psychosociales (CPS) ont évolué au cours de ces trente dernières années. S'appuyant sur les définitions d'origine proposées par l'OMS et sur les classifications produites par les organismes internationaux ces dernières années, ce chapitre présente une version actualisée fondée sur les données de la littérature et l'avis d'experts du champ des CPS.

1. Définition d'origine

Le département Santé mentale de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a proposé une première définition des compétences psychosociales (CPS) dans les années 1990, notamment dans son document fondateur consacré aux programmes de développement de ces compétences en milieu scolaire (*life skills programmes* en anglais) (7). Ces compétences psychosociales ont été définies par l'OMS comme aptitudes essentielles ayant valeur transculturelle.

La compétence psychosociale est alors définie de façon générale comme « la capacité d'une personne à faire face efficacement aux exigences et aux défis de la vie quotidienne. C'est la capacité d'une personne à maintenir un état de bien-être psychique et à le démontrer par un comportement adapté et positif lors d'interactions avec les autres, sa culture et son environnement » (7). Le développement de cette capacité psychosociale globale nécessite de « renforcer les ressources d'adaptation (coping) de la personne personnelles et sociales » (7). Au sein du milieu scolaire, ce développement psychosocial peut se faire par « l'enseignement de compétences de base utiles à la vie (dénommées en anglais *life skills*) au sein d'un environnement scolaire soutenant » (7).

L'OMS a défini ces compétences de base utiles à la vie comme « un groupe de compétences psychosociales et interpersonnelles qui aident les personnes à prendre des décisions éclairées, à résoudre des problèmes, à penser de façon critique et créative, à communiquer de façon efficace, à construire des relations saines, à rentrer en empathie avec les autres, à faire face aux difficultés et à gérer leur vie de manière saine et productive » (8).

À la même période, l'organisme américain CASEL (*Collaborative to Advance Social and Emotional Learning*), créé en 1994 afin de soutenir l'apprentissage des CPS de la maternelle au lycée aux États-Unis, propose un cadre théorique générique. Ce dernier est centré sur les CPS clés (en anglais *key Social Emotional Learning*, abrégé en SEL) entendues comme « les aptitudes, attitudes et valeurs essentielles au développement social et émotionnel des jeunes » (9). L'apprentissage des CPS (SEL), considéré comme devant faire « partie intégrante de l'éducation et du développement humain » est défini comme « le processus par lequel tous les jeunes et les adultes acquièrent et appliquent les connaissances, les compétences et les attitudes pour développer des identités saines, gérer les émotions et atteindre des objectifs personnels et collectifs, ressentir et montrer de l'empathie pour les autres, établir et entretenir des relations soutenantes, prendre des décisions responsables et bienveillantes ».

Plus récemment, l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) qui s'intéresse aux CPS en tant que déterminants majeurs de la réussite scolaire et professionnelle définit les compétences sociales et émotionnelles comme « les capacités individuelles qui peuvent (a) se manifester sous forme de schémas réguliers de pensées, d'émotions et de comportements (b) se développer par l'expérience d'apprentissages formels et informels (c) sont des facteurs importants des résultats socioéconomiques tout au long de la vie de la personne » (10).

2. Terminologie et concepts associés

Aujourd'hui, chercheurs et organismes publics s'accordent pour considérer qu'il existe une pluralité de termes et de cadres théoriques pour appréhender la notion de compétences psychosociales (10-12). En effet, ces dernières intéressent différentes disciplines et milieux d'intervention et sont appréhendées par des chercheurs et des professionnels issus de formations et d'horizons divers (10).

Comme mentionné dans les définitions précédentes de l'OMS, dans le champ de la promotion de la santé, ce sont les termes de « compétence(s) psychosociale(s) » et « compétences utiles à la vie » (*life skills*) qui sont les plus utilisés (7, 8). Dans les champs de l'éducation et de la prévention, le CASEL a mis en avant les termes d'apprentissage émotionnel et social (*Social Emotional Learning* - SEL) et de compétences sociales et émotionnelles ou compétences socio-émotionnelles (13).

Les économistes reprennent les termes de compétences socio-émotionnelles mais utilisent aussi les termes de compétences socio-comportementales et compétences sociales. Ils peuvent aussi utiliser des termes beaucoup plus généraux tels que « compétences clés », « compétences transversales », « compétences du XXI^e siècle », « compétences non cognitives », « compétences conatives », « compétences non techniques (*soft skills*) », « compétences non académiques » (10-12, 14).

Cette diversité peut conduire à une certaine confusion ; on parle de « *jingle fallacy* » en anglais lorsque le même terme peut renvoyer à plusieurs significations (ou construits) et de « *jangle fallacy* » lorsqu'on utilise plusieurs termes pour une même signification (ou construit) (2, 15). Ce foisonnement terminologique fait émerger un besoin de clarification, de théorisation et d'opérationnalisation (12).

En premier lieu, les compétences psychosociales désignent un ensemble spécifique de compétences qui sont à distinguer des autres dimensions de la personnalité. Contrairement aux traits de personnalité (ou de caractères ou tempéraments), qui « désignent un éventail de facettes personnelles relativement stables au fil du temps » (sociabilité, labilité émotionnelle...) (12), les compétences se caractérisent par « la possibilité de changement et de développement » (10). Les compétences psychosociales sont donc modifiables et dépendantes d'une diversité de facteurs individuels et environnementaux. Elles se construisent chez les enfants et les jeunes en fonction des interactions familiales et sociales (amis, enseignants, éducateurs...) et peuvent être développées par des interventions éducatives commençant précocement et accompagnant durablement le développement de la personne (10). Elles peuvent être enseignées et renforcées tout au long de la vie.

« Les termes d'habiletés (*skills*) et de compétences (*competences*) sont fréquemment utilisés de façon imprécise et interchangeable (...). Néanmoins, le terme de compétence est plus large que les habiletés », car les habiletés, les connaissances et les attitudes contribuent aux compétences (12). Ce terme de compétence est souvent défini de façon floue et variable selon les champs disciplinaires (psychologie, économie, sociologie, sciences de l'éducation...). Cependant « les définitions mettent en avant quatre caractéristiques : 1) la compétence concerne un individu 2) capable d'agir de manière pertinente 3) dans un certain type de situations 4) grâce à un certain nombre de ressources » (14). Les compétences (psychosociales) font donc référence à un ensemble cohérent et pertinent d'aptitudes et de conduites personnelles mobilisées dans le cadre d'interactions humaines (s'appuyant sur des connaissances, des attitudes, des comportements, des pensées et des émotions) qui peuvent évoluer et être acquises (11, 12, 14).

En second lieu, les compétences psychosociales sont des compétences transversales, génériques et interdisciplinaires (14). Contrairement aux compétences techniques, académiques et disciplinaires qui sont spécifiques à un domaine d'application, les compétences psychosociales se caractérisent par un haut niveau de transférabilité et une mobilisation à large spectre transcendant les milieux, disciplines et secteurs d'intervention. Ces compétences transdisciplinaires peuvent aussi être dénommées « compétences non académiques » ou « compétences non-cognitives », notamment par les économistes qui cherchent à les différencier des compétences académiques (langues, mathématiques, sciences...) tout en soulignant leur importance dans la réussite scolaire et professionnelle. Les compétences psychosociales contrastent ainsi avec les compétences académiques et techniques, qui sont spécifiques à une discipline donnée et fortement liées aux connaissances (12).

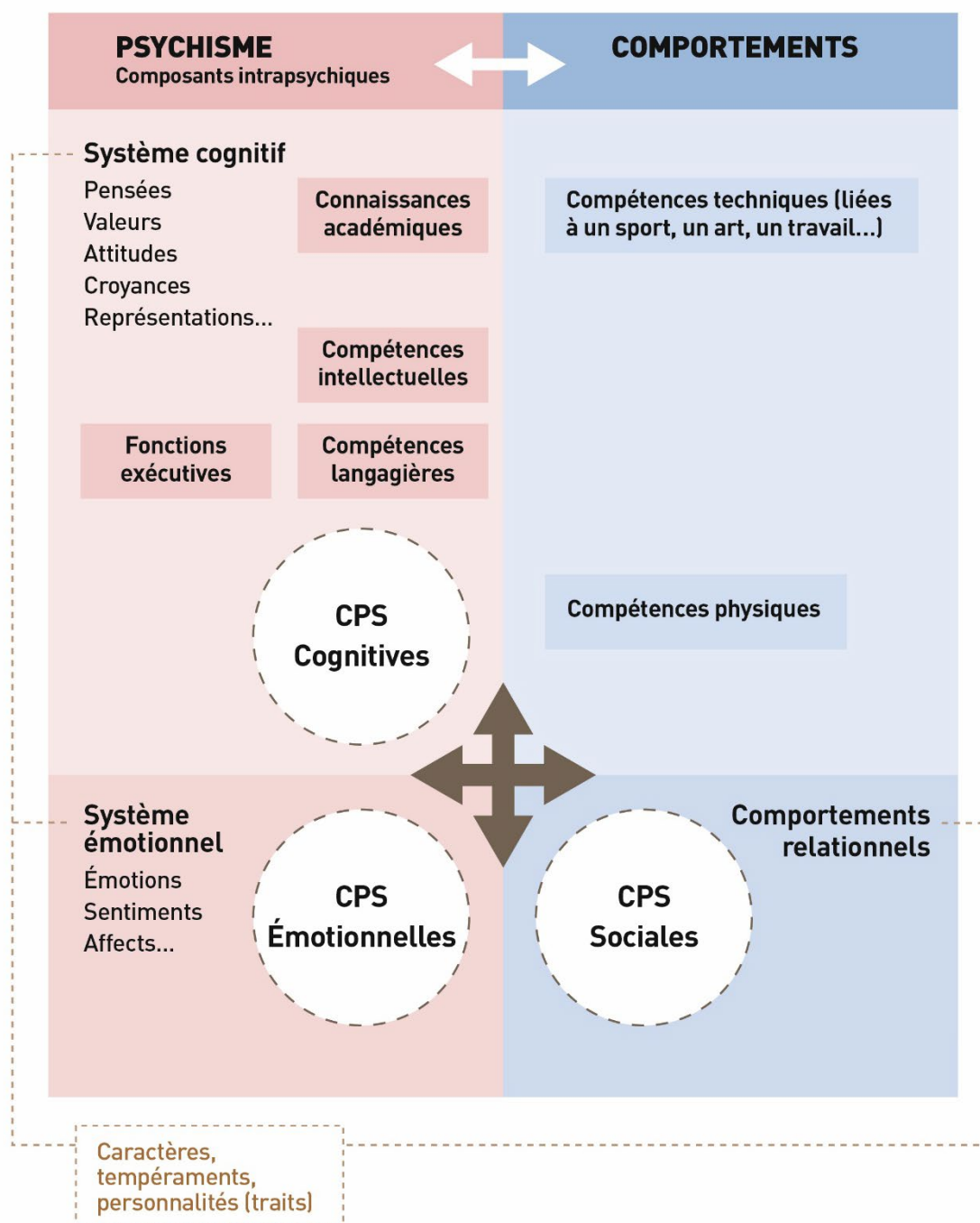
Elles sont aussi à différencier de compétences cognitives génériques telles que les compétences intellectuelles (dont le quotient intellectuel (QI) est une des mesures) et les fonctions exécutives telles que la mémoire, l'attention, l'inhibition, ou la sélection de l'information (qui influencent les compétences psychosociales) (16).

Par contre, les chercheurs s'entendent aujourd'hui pour affirmer que le terme de « compétences non-cognitives » (mis en avant, il y a une dizaine d'année par le prix Nobel d'économie, James Heckman) n'est pas approprié. « Le terme "non-cognitif" crée une fausse dichotomie entre les capacités cognitives et ce que l'on considère souvent comme des compétences psychosociales ou générales » ; il laisserait sous-entendre que les compétences psychosociales seraient dépourvues de cognitions et indépendantes des capacités et activités cognitives (12). Cependant, tout fonctionnement psychique et comportemental implique des processus cognitifs (10, 12). La dimension cognitive est donc largement présente dans les compétences psychosociales.

Même s'il existe encore des interrogations quant au nombre de compétences psychosociales, à leurs définitions et à leur opérationnalisation, il y a actuellement consensus sur les trois grands types de compétences constituant les compétences psychosociales (Schoon *et al.*, 2021). Les compétences psychosociales regroupent d'une part des compétences interpersonnelles et d'autre part deux types de compétences intrapersonnelles (ou intrapsychiques) (10, 15, 17, 18).

Les compétences interpersonnelles sont un ensemble d'aptitudes relationnelles et de conduites sociales (« savoir-faire relationnel », tel que l'écoute empathique) qui favorisent les interactions et permettent de développer des relations positives et efficaces (15, 17). Les compétences intrapersonnelles (ou intrapsychiques) regroupent les compétences émotionnelles et les compétences cognitives (12, 15, 18). Les compétences émotionnelles représentent un ensemble d'aptitudes émotionnelles (« savoir-être émotionnel » tel que la régulation émotionnelle ou la gestion du stress) et les compétences cognitives un ensemble d'aptitudes cognitives (« savoir-être cognitif » tel que la résolution de problème ou la pensée critique) qui favorisent un fonctionnement individuel positif et efficace (12, 15).

Figure 1. Représentation schématique des CPS et des concepts connexes présentés



3. Classifications et modèles théoriques

Classification 1

Dans ses premiers travaux réalisés en 1993 et republiés en 1997, l'OMS a présenté la notion de compétence psychosociale comme un phénomène global et unique (*psychosocial competence*) (voir définition en début de chapitre). Cette compétence psychosociale générale est sous-tendue par un ensemble défini d'habiletés (*life skills*). La première classification de l'OMS propose ainsi une liste finie de 10 habiletés interreliées et regroupées en 5 binômes (voir tableau 1, ci-dessous).

Tableau 1. Classification 1 « CPS OMS 90 » : première classification des CPS proposée par l'OMS dans les années 90

Binôme CPS 1	Savoir résoudre des problèmes	Savoir prendre des décisions
Binôme 2	Avoir une pensée créative	Avoir une pensée critique
Binôme 3	Savoir communiquer efficacement	Être habile dans les relations interpersonnelles
Binôme 4	Avoir conscience de soi	Avoir de l'empathie
Binôme 5	Savoir réguler ses émotions	Savoir gérer son stress

Classification 2

Dans ses documents ultérieurs, l'OMS a affiné le périmètre et la définition des CPS grâce à une analyse des modèles psychologiques disponibles, notamment les modèles de psychologie sociale (théorie de l'apprentissage social et théorie de l'influence sociale de Bandura, théorie des comportements problématiques de Jessor, théorie de la résolution de problème...), les modèles sur le développement social et cognitif de l'enfant et de l'adolescent, la théorie de la psychologie constructiviste de Piaget et Vygotsky, le modèle des facteurs de risque et de protection de Bernard, la théorie de l'intelligence multiple de Gardner incluant le modèle de l'intelligence émotionnelle de Goleman (8, 18).

Cette nouvelle classification ancrée dans les modèles psychologiques présents au début des années 2000 propose de regrouper les compétences psychosociales en trois grandes catégories : un groupe de CPS de nature interpersonnelle (les compétences sociales), deux groupes de compétences de nature intrapersonnelle ou intrapsychique (les compétences cognitives et les compétences émotionnelles et d'autorégulation) (8, 18). Chaque groupe de CPS (sociales, cognitives et émotionnelles) contient une liste non exhaustive de compétences et de sous-compétences psychosociales. Cette seconde classification de l'OMS présente 6 CPS sociales (et environ 12 sous-CPS sociales), 2 CPS cognitives (et environ 7 sous CPS cognitives), 3 CPS émotionnelles et d'autorégulation (et environ 10 sous-CPS émotionnelles) soit un total de 11 CPS et environ 29 sous-CPS (voir tableau 2).

L'OMS souligne que même si les CPS peuvent être subdivisées en groupes et catégories distinctes afin de faciliter leur compréhension et leur apprentissage, elles représentent cependant un tout cohérent dans lequel elles se complètent et se renforcent mutuellement (18).

Tableau 2. Classification 2 « CPS OMS 2000 » : seconde classification des CPS proposée par l'OMS dans les années 2000

Compétences sociales	Compétences cognitives	Compétences émotionnelles (ou d'autorégulation)
Compétences de communication : -communication verbale et non verbale -écoute active -expression des émotions -capacité à donner et recevoir des feedback (sans critiquer)	Compétences de prise de décision et de résolution de problème : -évaluation des conséquences de ses actions pour soi et les autres -recherche de solutions alternatives à ses problèmes -analyse de l'influence des valeurs et des attitudes (de soi et des autres) sur la motivation	Régulation des émotions : -régulation de la colère -gestion de l'anxiété et du chagrin -capacité à faire face (coping) à la perte, à l'abus et au traumatisme
Compétences interpersonnelles pour développer des relations saines	Compétences d'esprit critique : -analyse de l'influence des pairs et des médias -analyse de ses attitudes, valeurs, normes sociales, croyances et les facteurs les affectant -évaluation de soi et clarification de ses valeurs -identification des informations et des sources d'information pertinentes	Gestion du stress : -techniques de relaxation -pensées positives -gestion du temps
Empathie : écoute et compréhension des besoins des autres et expression de cette compréhension		Compétences pour augmenter la confiance en soi : -estime de soi et confiance -conscience de soi (incluant conscience de ses droits, influences, valeurs, attitudes, forces et faiblesses) -capacité à se fixer des buts, objectifs -évaluation de soi
Compétences de coopération : -respect des contributions des autres -contribution au groupe		
Compétences d'affirmation et de refus : -assertivité -refus -gestion des conflits -négociation		
Compétences de plaidoyer : -influence et persuasion -réseau et motivation		

Classification 3

À la même époque que l'OMS, l'association américaine CASEL propose une classification des CPS qui est largement reprise et utilisée dans les travaux de recherche. Proche de la classification de l'OMS, la classification du CASEL s'appuie principalement sur le modèle théorique de l'intelligence émotionnelle de Goleman et les modèles explicatifs des comportements issus de la psychologie sociale cognitive (tel que la théorie du comportement

planifié de Ajzen et Fishbein) (9). À l'image de la classification de l'intelligence émotionnelle proposée par Goleman, le CASEL propose une classification autour de 4 grandes catégories de CPS (9) puis 5 grandes catégories de CPS (19) : la conscience de soi (de ses émotions, pensées, comportements...), l'autorégulation (de ses émotions, pensées, comportements...), la conscience sociale (des autres), les compétences relationnelles, la capacité à faire des choix responsables. Chacune de ces 5 CPS de base regroupe environ 25 sous-CPS.

Au début des années 2000, le prix Nobel d'économie, James Heckman met en avant l'importance des « compétences non-cognitives », aussi appelées *soft skills*, (voir définition ci-dessus) dans la réussite scolaire et professionnelle mais ce n'est que plus récemment que les économistes proposent une présentation des CPS. Les différentes compétences sociales et émotionnelles identifiées sont organisées selon le cadre théorique des traits de personnalité des « *Big Five* » qui met en avant 5 grands traits de personnalité (OCEAN) : Ouverture à l'expérience (*Openness to experience*), Caractère consciencieux (*Conscientiousness*), Extraversion (*Extraversion*), Amabilité (*Agreeableness*), Neuroticisme (*neuroticism*) (20). Ce cadre théorique de personnalité, utilisé depuis longtemps par les économistes, a été repris pour classer et mesurer les CPS dans ce champ d'intervention (Cinque et al., 2021). Cinq grands domaines (correspondant aux 5 traits de personnalité) regroupant 15 CPS ont ainsi été mis en avant par l'OCDE et utilisés dans leur dernière enquête internationale (6, 10).

La classification présentée ci-dessous s'appuie sur le cadre de l'OMS (8, 18) et intègre l'ensemble des CPS contenues dans les classifications internationales proposées au cours des vingt dernières années, notamment celles du CASEL et de l'OCDE (10, 13, 21-25). Elle regroupe ainsi 6 CPS sociales (et 30 sous-CPS sociales), 6 CPS cognitives (et 27 sous-CPS cognitives), 3 CPS émotionnelles (et 9 sous-CPS émotionnelles) soit un total de 15 CPS et (66 sous-CPS) (voir tableau 3).

Tableau 3. Classification 3 « CPS OMS enrichies » : seconde classification des CPS de l'OMS enrichie par les autres classifications internationales

Compétences sociales	Compétences cognitives	Compétences émotionnelles
Compétences de communication : -communication efficace (verbale et non verbale) -écoute active et empathie -expression des émotions -capacité à donner et recevoir des feedback (sans critiquer) -expression de la gratitude	Conscience de soi/ de ses pensées et de ses valeurs : -conscience de soi (concept de soi) (forces et faiblesses, atouts personnels et culturels, valeurs, attitudes, buts-aspirations et sens de vie, influences, préjugés et biais, droits, identités personnelles et sociales) -évaluation de soi	Conscience de soi/de ses émotions : -compréhension de ses émotions, de leurs liens avec les pensées et de leur influence sur les comportements -identification de ses émotions
Compétences interpersonnelles -relations saines et solidaires -capacités de sociabilité -capacité à comprendre les autres (avec des différences, dont culturelles) -empathie et compassion -confiance et capacité à pardonner -identification des normes sociales -compréhension de l'influence des systèmes et de l'organisation sur les comportements	Compétences pour augmenter la confiance en soi : -estime de soi -auto-efficacité, confiance en soi -attentes positives (optimisme)	Régulation des émotions : -régulation de la colère -gestion de l'anxiété et du chagrin -capacité à faire face (coping) à la perte, à l'abus et au traumatisme
Compétences d'affirmation et de refus -assertivité -refus -résister à la pression sociale négative -leadership -gestion des conflits	Compétences de prise de décision responsable et de résolution de problème : -évaluation des conséquences de ses actions pour soi et les autres	Gestion du stress : -identification et utilisation des techniques dont les techniques de relaxation -pensées positives -gestion du temps

Compétences sociales	Compétences cognitives	Compétences émotionnelles
-négociation	-jugement raisonné (après analyse des informations, faits et données) -recherche de solutions alternatives aux problèmes (individuels et sociaux) -analyse de l'influence des valeurs et des attitudes (de soi et des autres) sur la motivation -planification d'objectifs personnels et collectifs -prises d'initiative	-résilience
Compétences de résolution des conflits : -résolution des conflits de manière constructive -résolution collaborative de problème	Compétences d'autorégulation et d'accomplissement -autodiscipline (<i>self-control</i>) et auto-motivation -persévérance -accomplissement et performance -capacité à se fixer des buts et des objectifs -compétences de planification et d'organisation -capacité à retarder la gratification -tolérance à la frustration -responsabilité	
Compétences de coopération : -collaboration, travail d'équipe -comportements prosociaux -offrir du soutien et de l'aide en cas de besoin -défendre les droits des autres -participation sociale -négociation -responsabilité -intégrité et honnêteté	Compétences de pensée critique : -analyse de l'influence des pairs et des médias -analyse de ses attitudes, valeurs, normes sociales, croyances et les facteurs les affectant -identification des informations et des sources d'information pertinentes -réflexion sur son rôle et son impact individuel, familial et collectif -évaluation de soi et clarification de ses valeurs	
Compétences de plaidoyer : -influence et persuasion -réseau et motivation	Compétences de pensée créative -créativité -curiosité -ouverture d'esprit et esprit de croissance	

Classification 4

Au regard du nombre de programmes et de CPS identifiés, des travaux d'analyse des contenus des programmes probants³ et des facteurs d'efficacité ont été entrepris au cours des dernières années, afin, notamment, de pouvoir identifier les « CPS clés » (2, 23, 26-29). Ainsi, en gardant le cadre théorique de l'OMS (notamment la classification en 3 groupes de CPS sociales cognitives et émotionnelles), en partant de l'ensemble des CPS identifiées dans la littérature (voir classification 3) et en s'appuyant sur les données probantes actuelles sur les programmes CPS efficaces et en psychologie (notamment en psychologie positive et sur les compétences émotionnelles), il est possible de proposer une classification des CPS intégrative et centrée sur les CPS clés.

³ Voir chapitre 6 pour une définition des programmes probants.

Cette classification actualisée se focalise sur les principales CPS identifiées dans la littérature. Ainsi, 9 CPS générales contenant chacune 2 à 4 CPS spécifiques (soit un total de 21 CPS spécifiques) ont pu être identifiées dans la littérature. Parmi ces 9 CPS générales, 3 sont des CPS cognitives (la capacité à avoir conscience de soi, la capacité de maîtrise de soi et la capacité à prendre des décisions constructives), 3 sont des CPS émotionnelles (la capacité à avoir conscience de ses émotions et de son stress, la capacité à réguler ses émotions et la capacité à gérer son stress) et 3 sont des CPS sociales (la capacité à communiquer de façon constructive, la capacité à développer des relations constructives, la capacité à résoudre des difficultés) (voir tableau 4 ci-dessous et présentation détaillée dans le chapitre 2).

Tableau 4. Classification 4 « CPS OMS probantes » : classification des CPS de l'OMS actualisée et centrée sur les principales CPS

Catégories	CPS générales	CPS spécifiques
Compétences cognitives	Avoir conscience de soi	Connaissance de soi (forces et limites, buts, valeurs, discours interne...)
		Savoir penser de façon critique (biais, influences...)
		Capacité d'auto-évaluation positive
		Capacité d'attention à soi (ou pleine conscience)
	Capacité de maîtrise de soi	Capacité à gérer ses impulsions
		Capacité à atteindre ses buts (définition, planification...)
	Prendre des décisions constructives	Capacité à faire des choix responsables
		Capacité à résoudre des problèmes de façon créative
Compétences émotionnelles	Avoir conscience de ses émotions et de son stress	Comprendre les émotions et le stress
		Identifier ses émotions et son stress
	Réguler ses émotions	Exprimer ses émotions de façon positive
		Gérer ses émotions (notamment les émotions difficiles : colère, anxiété, tristesse...)
	Gérer son stress	Réguler son stress au quotidien
		Capacité à faire face (coping) en situation d'adversité
Compétences sociales	Communiquer de façon constructive	Capacité d'écoute empathique
		Communication efficace (valorisation, formulations claires...)
	Développer des relations constructives	Développer des liens sociaux (aller vers l'autre, entrer en relation, nouer des amitiés...)
		Développer des attitudes et comportements prosociaux (acceptation, collaboration, coopération, entraide...)
	Résoudre des difficultés	Savoir demander de l'aide
		Capacité d'assertivité et de refus
		Résoudre des conflits de façon constructive

4. Définition actualisée

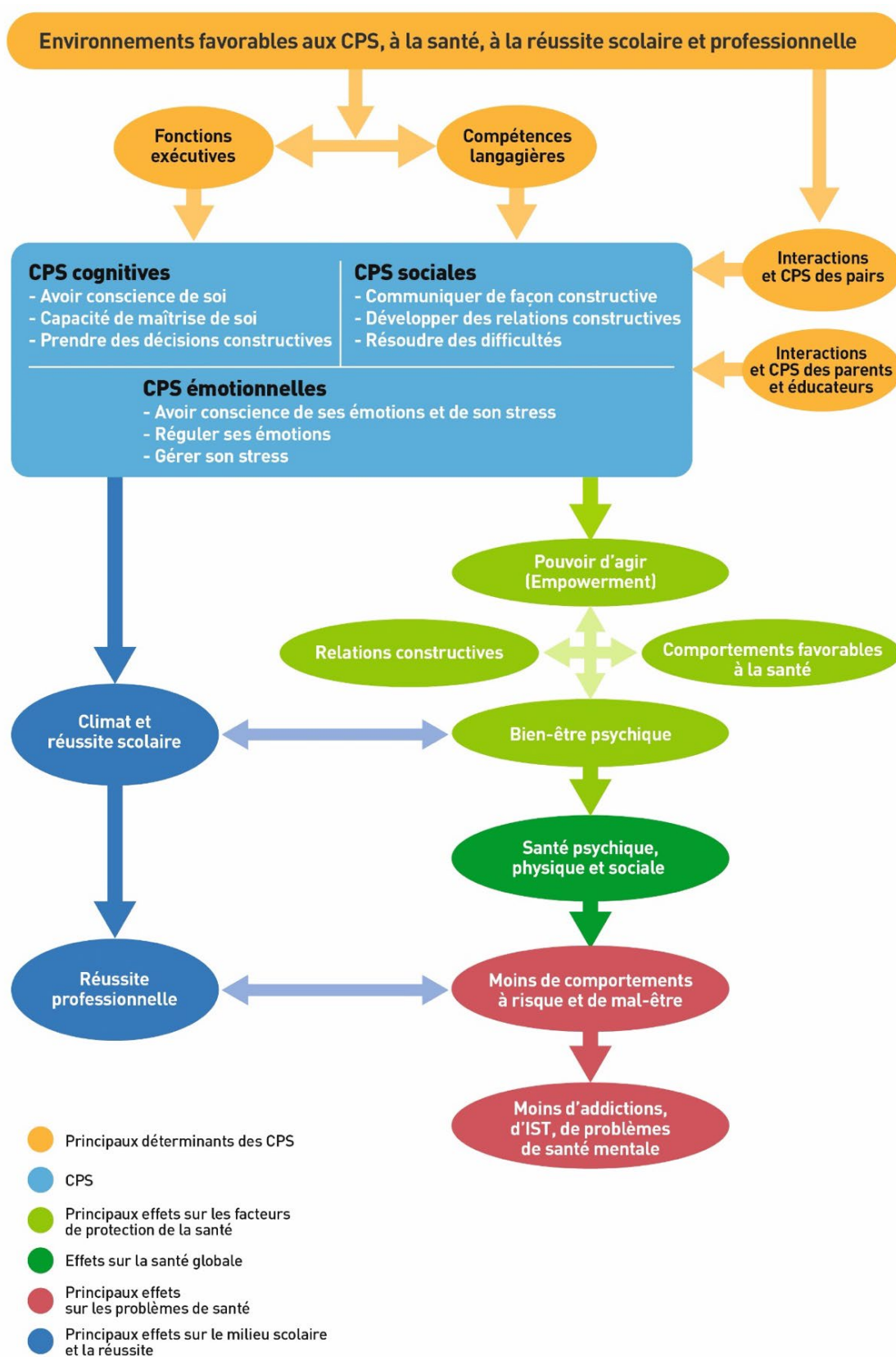
Sur la base de l'analyse conceptuelle et des classifications précédentes nous pouvons proposer une définition actualisée des compétences psychosociales.

Les compétences psychosociales constituent un ensemble cohérent et interrelié de capacités psychologiques (cognitives, émotionnelles et sociales), impliquant des connaissances, des processus intrapsychiques et des comportements spécifiques, qui permettent d'augmenter l'autonomisation et le pouvoir d'agir (*empowerment*), de maintenir un état de bien-être psychique, de favoriser un fonctionnement individuel optimal et de développer des interactions constructives.

Le nombre de compétences psychosociales n'est pas arrêté mais 9 compétences générales (et 21 compétences spécifiques) ont été identifiées comme essentielles au développement psychosocial des enfants et des jeunes quelle que soit leur culture : 3 compétences cognitives (avoir conscience de soi, capacité de maîtrise de soi, prendre des décisions constructives) ; 3 compétences émotionnelles (avoir conscience de ses émotions et de son stress, réguler ses émotions, gérer son stress) et 3 compétences sociales (communiquer de façon constructive, développer des relations constructives, résoudre des difficultés).

Les compétences psychosociales peuvent être renforcées par des interventions psychoéducatives. Ainsi, mêmes si elles sont influencées par des facteurs individuels (comme, les fonctions exécutives ou les compétences langagières) et des facteurs sociaux (comme les interactions avec la famille, les amis et les adultes en position d'éducation, les environnements économique et culturel), les compétences psychosociales peuvent évoluer et être acquises par des apprentissages formels et informels. Leur développement permet d'accroître le bien-être psychologique, d'améliorer le fonctionnement individuel et relationnel, de construire des relations saines et positives, d'adopter des comportements favorables à la santé et de réduire les comportements à risque. Elles contribuent également à prévenir la consommation de substances psychoactives (drogues illicites, tabac, alcool), les problèmes de santé mentale, les comportements violents et les comportements sexuels à risque (17, 18, 30). Elles sont aussi associées à l'amélioration du climat scolaire, la réussite scolaire, l'insertion et la réussite professionnelles. Elles représentent ainsi un facteur (de protection) générique de la santé globale (physique, psychique et sociale) et de la réussite éducative (10, 11, 15, 17).

Figure 2. Représentation schématique des CPS, de leurs principaux effets et déterminants



À noter

Même si ce référentiel est focalisé sur les CPS et les modalités d'accompagnement à leur développement, les auteurs ont conscience du rôle des environnements structuraux et sociaux comme appui ou frein à l'efficacité des stratégies qui en découlent. Cette influence environnementale est nécessaire à intégrer et à prendre en compte que ce soit dans une perspective « spatiale » (c'est-à-dire, la cohérence et la concordance des événements et actions favorables au développement des CPS dans l'espace : l'école, le domicile, les loisirs, etc.) ou « longitudinale » (c'est-à-dire, le maintien dans le temps de cette concordance).

Ainsi, les environnements qu'ils soient sociaux (cohésion sociale, règles de communication, valeurs partagées, climat relationnel, etc.) ou physiques (cadres bâtis et aménagement des espaces) sont à considérer comme des déterminants modérateurs de l'influence des compétences sur les comportements.

CHAPITRE 2. PRÉSENTATION DES PRINCIPALES CPS

En s'appuyant sur le cadre théorique de l'OMS, les classifications internationales, les données probantes sur les programmes CPS efficaces et les modèles actuels de psychologie, une classification des CPS actualisée et focalisée sur les principales CPS a pu être proposée (voir chapitre 1, tableau 4). Celle-ci comprend 9 CPS générales (et 21 CPS spécifiques) regroupées en 3 catégories : 3 CPS cognitives, 3 CPS émotionnelles, 3 CPS sociales. Ce chapitre vise à présenter chacune de ces CPS en proposant une définition et un exemple d'activité tiré de programmes probants et prometteurs (présentés en annexe 1).

1. Les compétences cognitives

Sur la base de la définition actualisée des compétences psychosociales (voir chapitre 1, point 4), il est possible de définir les compétences cognitives comme un ensemble de capacités psychologiques impliquant des activités mentales qui permettent de renforcer le pouvoir d'agir (*empowerment*), de favoriser un fonctionnement individuel maintenir un état de bien-être psychique.

La littérature a permis d'identifier 3 principales compétences cognitives (regroupant au total 8 compétences cognitives spécifiques) : la capacité à avoir conscience de soi, la capacité de maîtrise de soi, et la capacité à prendre des décisions constructives.

1.1 Avoir conscience de soi

Avoir conscience de soi nécessite de pouvoir reconnaître et comprendre ses cognitions (pensées, croyances, valeurs...), ses émotions (sentiments, affects...) et ses volitions (désirs, besoins, aspirations, rêves...) ainsi que leurs liens avec les comportements (2, 26). Cette compétence implique de travailler sur les représentations que l'on a de soi (appelé concept de soi ou image de soi), sur le jugement que l'on porte sur soi (appelé estime de soi) et sur la façon dont ceux-ci sont construits (influences, biais...). Elle passe aussi par la capacité à pouvoir porter pleinement son attention à son expérience présente (cognitive, émotionnelle...) et à l'accueillir avec bienveillance (renforçant ainsi sa capacité de pleine conscience ou *mindfulness*).

En travaillant sur les représentations que l'on a de soi (ou ce que l'on pense de soi), cette compétence cognitive permet d'accroître sa connaissance de soi, c'est-à-dire de mieux connaître : ses forces, ses limites à un temps donné, ses buts, ses valeurs, la façon dont on se parle (ou discours intérieur ou interne)... Cette meilleure connaissance de soi suppose de renforcer sa capacité à penser de façon critique en comprenant l'influence de l'environnement social sur soi (sur sa façon de penser, de ressentir et d'agir) ainsi que les biais de perception et d'interprétation (2, 26). Elle permet de mieux comprendre le processus de genèse des représentations (de soi) et le rôle des différentes influences sociales (familiales, amicales, éducatives, culturelles, religieuses...) afin de pouvoir ajuster au mieux son image de soi à ses propres perceptions et développer un rapport à soi bienveillant.

Figure 3. Exemple d'activité (Ireps Auvergne-Rhône-Alpes, 2019, p. 31)

https://ireps-ara.org/actualite/action_dl.asp?action=999&idz=3e87cd57c1ee3890667b72e87a7b1a44

Avoir conscience de soi

Travailler la conscience de soi c'est travailler

4 axes :

- > Ce que j'aime : mes goûts
- > Ce que je suis : mes qualités
- > Ce que je fais partie : les groupes auxquels je me sens appartenir
- > Ce que je sais : mes capacités

Se positionner

Voici un outil d'animation très efficace et apprécié pour travailler ces notions mais qui peut également être utilisé dans d'autres contextes.

- > Les enfants s'installent en cercle.
- > L'animatrice ou l'animateur installe 3 images dans la pièce :

- une qui représente « beaucoup »



- une qui représente « moyennement »



- une qui représente « pas du tout »



« Je vais dire une qualité (ou un goût, une capacité...), et vous réfléchissez si vous l'avez beaucoup, moyennement ou pas du tout. Quand je frapperai dans mes mains, vous irez vous positionner vers le dessin que vous avez choisi. »

- > L'animateur ou l'animatrice propose ensuite à ceux qui le souhaitent d'expliquer leur choix et leur ressenti (par exemple lorsqu'un élève se retrouve seul parce qu'il n'aime pas la pizza !).

Avoir conscience de soi implique aussi la capacité à s'autoévaluer c'est-à-dire à porter un jugement sur soi-même (sur ses comportements, ses performances, ses compétences, ses qualités et celles qui seraient à développer...). La capacité d'autoévaluation positive nécessite de pouvoir porter un jugement positif sur soi-même et d'avoir une attitude positive et bienveillante envers soi-même (27). Elle implique d'une part de prendre conscience de ses qualités, de ses compétences, de ses ressources et de ses forces et d'autre part de pouvoir développer une relation bienveillante et constructive avec soi-même. Renforcer cette capacité d'auto-évaluation positive permet d'accroître sa confiance en soi (ou sentiment d'auto-efficacité).

Figure 4. Exemple d'activité pour les adolescents (Programme Unplugged)⁴

www.eudap.net

2. L'Avatar (20 min)

L'objectif de cette activité est que chaque élève propose une métaphore de ses points forts à l'aide d'un avatar. Par exemple : être positif, savoir demander de l'aide, avoir une activité physique.

Cette activité est exposante. Il est donc conseillé de reposer le cadre de bienveillance défini avec la charte de la classe.

Vous aurez au préalable préparé votre propre avatar que vous pouvez présenter en exemple aux élèves. Veillez à ce que votre avatar soit assez simple pour ne pas mettre en difficulté les autres. Proposez aux élèves de citer deux ou trois autres exemples.

Disposez au milieu de la table un panel de playmobils et d'accessoires. Pendant 15 minutes, chaque élève doit construire un personnage qui illustre ses points forts.

Les élèves retrouvent ensuite leur groupe de l'activité 1 et présentent alternativement, en 2 minutes, leurs personnages et ses points forts.

Prenez si possible une photo de chaque avatar, puis une photo de l'ensemble des avatars. Un polaroid est conseillé (ou une impression) pour que chaque élève reparte avec sa propre photo.

Si vous n'avez pas pu vous procurer de playmobils, quelques alternatives à cet exercice sont possibles : dessins, photocollages, impressions de personnages.

→ Retours réflexifs sur l'activité (5 min)

En situation, avoir conscience de soi se manifeste par la capacité à percevoir ses pensées, ses émotions, ses envies, ses besoins, ses sensations dans l'ici et maintenant et d'exercer ainsi sa capacité d'attention à soi (ou pleine conscience) (26). Cela implique de pouvoir diriger son attention sur son expérience présente vécue (cognitions, émotions, sensations...) et de pouvoir accueillir pleinement ses propres ressentis quelles que soient leurs colorations (agréable, désagréable, étonnant, déstabilisant...).

⁴ Activité extraite du manuel de l'intervenant *Unplugged* ; pour vous procurer les outils du programme, contactez : a.grandjean@federationaddiction.fr ou m.spaak@federationaddiction.fr

Figure 5. Exemple d'activité (outils scholavie)

<https://scholavie.fr/fr/nos-offres/92/nos-outils>

https://www.scholavie.fr/sites/default/files/files/20210426_Chemin%20de%20l'attention.pdf



1.2 Capacité de maîtrise de soi

Renforcer sa capacité de maîtrise de soi nécessite d'arriver à contrôler, diriger et ajuster ses comportements en fonction de ses buts et selon le contexte (2, 23). Cette compétence cognitive regroupe notamment la capacité à gérer ses impulsions et la capacité à atteindre ses buts.

Gérer ses impulsions représente la capacité de décider volontairement de transformer ou pas une pulsion à agir en comportement effectif. Cela nécessite de pouvoir arrêter, suspendre, éviter, interrompre ou remettre à plus tard un comportement en fonction de la situation et du but que l'on poursuit. Cette compétence cognitive permet de remettre à plus tard un plaisir immédiat comportant des risques, impliquant ainsi la capacité à tolérer la frustration pour en retirer des bénéfices (2, 23).

Figure 6. Exemple d'activité pour les enfants de 9-10 ans (Programme *Step by Step*, Grade 4, World Bank, 2016, Livret élève, p. 17)

<https://documents1.worldbank.org/curated/en/682841527277810167/pdf/126569-WP-v2-P149416-PUBLIC-WB-Grade-4.pdf>

Situations that Cause Frustration

Carolina wants to be friends with some classmates who are older than she is. They won't let her into their group, she feels jealous and mad, and she wants to cry. She's thinking, "I'll never have any friends." She needs to calm down.

What can Carolina change?	What CAN'T Carolina change?
How can Corey help her?	How can Pat help her?

Traduction

Les situations qui provoquent de la frustration	
Carolina veut être amie avec des camarades de classe qui sont plus vieux qu'elle. Ils ne l'acceptent pas dans leur groupe, elle se sent jalouse et folle et elle veut pleurer. Elle pense « je n'aurai jamais aucun amis ». Elle a besoin de se calmer.	
Qu'est-ce Caroline peut changer ?	Qu'est-ce que Caroline ne peut pas changer ?
Comment Corinne peut-elle l'aider ?	Comment Patrick peut-il l'aider ?

La capacité à atteindre ses buts nécessite dans un premier temps de bien connaître les objectifs que l'on poursuit (sur l'instant, à moyen et à long terme). Dans un second temps, il s'agit de pouvoir préciser les différentes étapes à accomplir pour parvenir à ses buts ainsi que les moyens pour effectuer ces différentes étapes. Cette compétence cognitive mobilise la conscience de soi (voir compétence cognitive ci-dessus), l'autodiscipline, la motivation personnelle, la persévérance et les compétences organisationnelles (2, 23, 26).

Figure 7. Exemple d'activité pour les adolescents de 16-17 ans (Programme *Step by Step*, Grade 11) (23)

<https://documents1.worldbank.org/curated/en/740761527283268131/pdf/126577-WP-v2-P149416-PUBLIC-WB-Grade-11.pdf>

Read each phrase and write your answer, thinking about your day-to-day life.

Organization

Strategy 1: I organize myself using calendars and personal planners.

For example, if I have to do a big assignment for school, how could I use this strategy?

Strategy 2: I use small steps to finish a very long activity.

For example, if I have to do a big assignment for school, how could I use this strategy?

Focus

Strategy 3: I pay attention to what is happening now, not what happened in the past.

For example, _____

Strategy 4: I focus on the positive things in life.

Each day, I can think about what is important for me right now and in the future.

Positive things in my life include _____

Strategy 5: I have goals to achieve in my life.

Some of my goals are _____

Flexibility

Strategy 6: I can recognize my thoughts and realize when I am clinging to negative thoughts.

When I feel like I'm clinging to these negative thoughts, I can _____

Page 5

Traduction

Lis chaque phrase et écris ta réponse, en pensant à ta vie de tous les jours.	
Organisation	Stratégie 1. Je m'organise en utilisant un agenda et un organisateur personnel.
Par exemple, si j'ai un long devoir à faire pour l'école, comment pourrais-je utiliser cette stratégie ?	
	Stratégie 2 : j'utilise des petites étapes pour un finir un travail long à faire.
Par exemple, si j'ai un long devoir à faire pour l'école, comment pourrais-je utiliser cette stratégie ?	
Focus	Stratégie 3 : je fais attention à ce qui se passe maintenant, pas à ce qui s'est passé autrefois.
	Stratégie 4 : je me concentre sur les choses positives dans la vie. Chaque jour, je suis capable de penser à ce qui est important pour moi juste maintenant et dans le futur.
Les choses positives dans ma vie comprennent :	
	Stratégie 5 : j'ai des buts à atteindre dans ma vie
Certains de mes buts sont entre autres :	
Flexibilité	Stratégie 6. Je peux reconnaître mes pensées et prendre conscience quand je m'accroche à des pensées négatives
Quand je sens que je m'accroche à des pensées négatives	

1.3 Prendre des décisions constructives

Prendre des décisions constructives représente, dans une situation donnée, la capacité à identifier et sélectionner les objectifs et les solutions les plus appropriées pour soi et pour les autres. Cette capacité cognitive regroupe la capacité à faire des choix responsables et la capacité à résoudre des problèmes de façon constructive (2, 9, 23, 26).

La capacité à faire des choix responsables nécessite de pouvoir identifier les buts qui sont importants pour soi (voir compétences cognitives ci-dessous) et de pouvoir les évaluer au regard des normes sociales, de la sécurité, de l'éthique et de leur faisabilité.

Figure 8. Exemple d'activité pour les adolescents de 16-17 ans (Programme *Step by Step*, grade 11, World Bank, p. 3)

<https://documents1.worldbank.org/curated/en/740761527283268131/pdf/126577-WP-v2-P149416-PUBLIC-WB-Grade-11.pdf>

Module 1 With Myself

General Skill Self-Awareness

Specific Skill Self-Concept

ME: PRESENT AND FUTURE

Today I will learn to:
Think about who I want to be.

Lesson 1

My Ideal Occupation

Fill out the boxes with simple words or basic drawings in response to each one of the questions.

My Tastes and Interests	My Abilities	My Ideal Occupation
What are the activities I most enjoy doing? What subjects am I interested in?	What do I consider myself good at? What do my family and friends tell me I do well?	If I could choose without taking any obstacles into account, what would I do for a living?

Traduction

Module 1. Avec moi-même	Moi : présent et futur.	
Compétence générale : conscience de soi	Aujourd'hui je vais apprendre à penser à qui je veux devenir	
Compétence spécifique : concept de soi		

Remplis les cases avec des mots ou des dessins simples en réponse à chacune des questions		
Mes goûts et mes intérêts	Mes capacités	Mon occupation idéale
Quelles sont les activités que je préfère faire. Quels sont les domaines qui m'intéressent ?	À quoi est-ce que je considère être doué ? À quoi ma famille et mes amis pensent que je suis doué ?	Si je pouvais choisir, sans tenir compte des obstacles pour y parvenir, que ferais-je pour gagner ma vie ?

La capacité à résoudre des problèmes de façon créative nécessite de savoir analyser une situation problématique, de pouvoir imaginer différentes solutions possibles, de laisser émerger des alternatives, de savoir évaluer les différentes solutions et d'arriver à choisir une solution positive pour soi et pour les autres (2, 27). Cette compétence cognitive renforce la pensée créative (2, 9, 23) et nécessite de maîtriser les techniques de résolution de problèmes en plusieurs étapes (26).

Figure 9. Exemple d'activité pour les adolescents (Programme *Unplugged*)⁵

www.eudap.net

2. Résoudre ses problèmes (25 min)

Vous allez guider les élèves pour qu'ils découvrent eux-mêmes le plan en cinq étapes ci-dessous. Pour ce faire, vous leur poserez des questions sur les stratégies mises en place lors de l'Aventure en Amazonie, l'activité introductive.

Vous pouvez aussi prendre un autre exemple parmi ceux énoncés par les élèves. Evitez cependant de choisir un événement impactant émotionnellement une ou plusieurs personnes de la classe.

→ Le plan en cinq étapes ... Pour résoudre ses problèmes

- **Première étape : identifie le problème**
Définis le problème le plus précisément possible.
- **Deuxième étape : énumère toutes les solutions**
Pense à un maximum de solutions différentes (pensée créative), sans te fixer de limites.
- **Troisième étape : évalue les solutions**
Évalue les solutions en comparant les avantages et les inconvénients de chacune et en pesant les conséquences à court et à long terme. Élimine les solutions les moins adaptées et les moins réalisables.
- **Quatrième étape : décide de la solution à retenir et met-la en œuvre**
Choisis la solution qui te convient le mieux et agis.
- **Cinquième étape : tire les conclusions du choix que tu as fait**
Réfléchis aux résultats de la solution que tu as choisie. Qu'as-tu appris ? Qu'as-tu changé ? Te sens-tu mieux ? Si ce n'est pas le cas, recommence le processus.

⁵ Activité extraite du manuel de l'intervenant *Unplugged* ; pour vous procurer les outils du programme, contactez : a.grandjean@federationaddiction.fr ou m.spaak@federationaddiction.fr

2. Les compétences émotionnelles

Sur la base de la définition actualisée des compétences psychosociales (voir chapitre I), il est possible de définir les compétences émotionnelles comme un ensemble de capacités psychologiques impliquant des processus et états affectifs qui permettent de maintenir un état de bien-être psychique, de favoriser un fonctionnement individuel optimal, de renforcer le pouvoir d’agir (*empowerment*) et de développer des relations constructives.

La littérature a permis d’identifier trois principales compétences émotionnelles (regroupant chacune deux compétences émotionnelles spécifiques) : la capacité à avoir conscience de ses émotions et de son stress, à réguler ses émotions et à gérer son stress.

2.1 Avoir conscience de ses émotions et de son stress

Avoir conscience de ses émotions et de son stress est la capacité à reconnaître et comprendre ce que nous ressentons. Cette compétence émotionnelle nécessite de pouvoir comprendre le fonctionnement des émotions et du stress et de parvenir à identifier ceux-ci de façon appropriée (23, 26).

Comprendre les émotions et le stress c’est avoir connaissance de la nature et de la fonction des émotions et du stress. Cette compétence émotionnelle permet de savoir que les émotions et le stress sont des phénomènes subjectifs qui se manifestent de façon concrète dans le corps et qui ont des conséquences sur les pensées et les comportements. Les émotions et le stress jouent un rôle essentiel dans l’équilibre psychologique de la personne. En transmettant des informations sur l’état psychologique de la personne au regard de la situation vécue, elles ont une fonction de « messenger » ou de « guide » et incitent la personne à agir et à répondre à ses besoins psychologiques afin de (re)trouver son homéostasie, c’est-à-dire son état d’équilibre intérieur (27).

Figure 10. Exemple d’activité pour les professionnels en position d’éducation (27)

PRO EXERCICE 8: LES CAUSES MULTIPLES DES ÉMOTIONS

Rappelez-vous une situation où vous avez ressenti l’émotion mentionnée. Pour chacune des situations, identifiez le déclencheur de cette émotion ainsi que votre (vos) besoin(s) dans cette situation.

 Imprimez ce tableau: jeanmin.fr/cps15

Émotion ressentie	La situation (en quelques mots)	Le déclencheur (externe)	Mon besoin (interne)
PEUR			
COLÈRE			
TRISTESSE			
SURPRISE			
DÉGOÛT			
AMOUR			
JOIE			

Identifier ses émotions et son stress représente la capacité à percevoir et nommer de façon adéquate ses émotions et son stress (9). Cette compétence émotionnelle s'appuie sur deux autres compétences de base : la compétence émotionnelle d'ouverture à l'expérience émotionnelle (ou la capacité à s'ouvrir à son monde intérieur et à accepter les émotions et le stress) et la capacité langagière à nommer de façon adéquate les émotions et le stress ressentis (impliquant la maîtrise d'un vocabulaire émotionnel suffisamment riche) (26).

Figure 11. Exemple d'activité pour les enfants de 8-11 ans. **Ma météo intérieure** (28)

ACTIVITÉ 25:
MA MÉTÉO INTÉRIEURE

Matériel :
éventuellement, matériel pour représenter la météo intérieure

À différents moments de la journée (notamment lors de moments de transition et lorsque les enfants sont agités ou inattentifs), invitez les enfants à tourner leur regard vers l'intérieur et à se demander :

- Comment je me sens maintenant ?
- Qu'est-ce que je ressens à l'intérieur de moi ? dans mon corps ?
- Quelles sont mes émotions ?
- Quels sont mes besoins ?

Variante 1 : Vous pouvez proposer aux enfants d'imaginer qu'ils regardent à l'intérieur d'eux-mêmes comme s'ils regardaient la météo, le temps qu'il fait à l'extérieur :

- **Quel temps fait-il à l'intérieur de moi ici et maintenant ?**
- *Est-ce ce qu'il y a du soleil ? des nuages ? (petits ? grands ? nombreux ? blancs ? gris ? noirs ?) de la pluie ? de la neige ? un orage ?*
- *Est-ce qu'il y a du vent ? (doux ? fort ?)*
- *Est-ce qu'il fait chaud ? froid ? doux ?*

Variante 2 : Vous pouvez proposer aux enfants de faire un dessin de leur météo intérieure.

Variante 3 : Vous pouvez construire des supports avec les enfants et les utiliser quotidiennement pour réaliser leur météo intérieure.

Variante 4 : Vous pouvez leur proposer de remplir un thermomètre émotionnel tel que :

CALME 1	2	3	4	5	6	7	8	9	COLÈRE 10

2.2 Réguler ses émotions

Réguler ses émotions représente la capacité à gérer ses propres émotions et à maintenir un équilibre émotionnel (9, 23). Cette compétence émotionnelle regroupe les capacités à exprimer ses émotions de façon adaptée et à gérer ses émotions, notamment les émotions difficiles.

Exprimer ses émotions de façon adaptée implique de savoir nommer de façon adéquate ses propres émotions. Pour être pleinement fonctionnelle, cette compétence émotionnelle nécessite de maîtriser la compétence précédente d'identification des émotions ainsi que la

compétence suivante de gestion des émotions. En effet, pour pouvoir exprimer de façon ajustée son ressenti émotionnel, il est nécessaire de pouvoir ressentir ses émotions, d'avoir un certain contrôle sur l'intensité émotionnelle (pour ne pas être envahi) et d'avoir la capacité de mise en mots des émotions ressenties (28). Cette compétence émotionnelle qui prend la forme d'un comportement verbal est en lien avec la compétence sociale « communiquer de façon constructive ». Elle implique la capacité à formuler et utiliser des « messages-je » (voir ci-dessous : communication efficace).

Figure 12. Exemple d'activité pour les professionnels en position d'éducation (28)

PRO EXERCICE 11:
MESSAGES-JE DE COLÈRE

Transformez les messages ci-dessous en messages-je de colère afin de mettre en mot :

1. les faits qui vous posent problème ;
2. votre émotion ;
3. votre besoin ;
4. (éventuellement) les conséquences problématiques.

Ex. : « Tu es vraiment insolent. »

Lorsque j'entends ces mots grossiers,
je suis irrité,
je veux que tu parles poliment,
tu vas te faire rejeter puis tu viendras te plaindre.

Ex. : « Tu es vraiment insupportable ; tu n'arrêtes pas de bouger ! »

Lorsque
,
je
,
je
,

Gérer ses émotions, notamment les émotions difficiles, nécessite d'une part, de pouvoir modifier l'intensité et les conséquences des émotions désagréables telles que la colère, la tristesse et la peur afin de ne pas être submergé par elles et d'autre part de savoir porter attention aux émotions agréables telles que la joie, l'amour, l'enthousiasme. Cette compétence implique de pouvoir maintenir au quotidien un équilibre émotionnel entre les émotions désagréables et les émotions agréables. Elle nécessite de pouvoir maîtriser différentes techniques efficaces de régulation émotionnelle (28).

Figure 13. Exemple d'activité pour les professionnels en position d'éducation (28)

PRO

EXERCICE 14:
QUAND JE SUIS DANS LE « ROUGE »

Dans quelles situations avez-vous tendance à être dans le « rouge » ? Dans chacune de ces situations de « rouge », notez les conséquences problématiques (pour vous et pour autrui) de cet état. Habituellement, que faites-vous pour vous apaiser ? Au regard des critères présentés ci-dessus dans la partie théorique, évaluez si ces techniques peuvent être considérées comme efficaces (+) ou inefficaces (-).

Les situations dans lesquelles je suis dans le rouge	Les conséquences problématiques (pour moi et pour autrui)	Ce que je fais pour m'apaiser	Efficace Oui (+) ou non (-)
1)			
2)			
3)			
4)			
5)			

Pour chacune des situations que vous avez identifiées ci-dessus et que vous souhaitez améliorer, choisissez des techniques efficaces pour passer du rouge à l'orange/vert (en vous aidant des différentes techniques présentées dans la partie théorique).

2.3 Gérer son stress

Gérer son stress est la capacité à réduire ses propres réactions psychocorporelles de stress afin de ne pas être déstabilisé et de pouvoir disposer de toutes ses ressources pour fonctionner pleinement et poursuivre ses propres objectifs (23). Au quotidien, cette compétence nécessite de maîtriser et de savoir utiliser différentes techniques efficaces de gestion du stress, notamment les techniques psychocorporelles de relaxation et de pleine conscience (ou *mindfulness*) (26, 28). En situation d'adversité, cette compétence implique de pouvoir faire face et de parvenir à dépasser les épreuves en mobilisant ses capacités de coping (23).

Figure 14. Exemple d'activité pour les professionnels en position d'éducation (28)

PRO EXERCICE 15: MES STRESSEURS ET STRATÉGIES ANTI-STRESS

Prenez le temps d'identifier quels sont vos principaux stressors personnels et professionnels actuels (situations, comportements, environnements qui vous provoquent du stress).

Face à ces stressors :

- Quelles sont vos réactions habituelles de stress ?
- Quelles sont vos stratégies habituelles pour y faire face ? Essayez d'évaluer l'efficacité de ces stratégies au regard des 3 critères (voir partie théorique ci-dessus) : 0 (= pas du tout efficace), 1 (= moyennement efficace) et 2 (= efficace)

Mes stressors : situations, comportements, épreuves, événements, conditions de vie...	Mes réactions de stress : sensations corporelles, émotions, pensées, comportements...	Mes stratégies habituelles pour y faire face	Efficacité (0 à 2)
Ex. conflit avec un collègue de travail	Tensions, boule au ventre et à la gorge, colère, sentiment d'impuissance, «Je n'en peux plus de lui», «Pourquoi fait-il cela ?», «Je vais craquer !», «Je ne veux plus le voir», je ne participe plus aux activités collectives...	Évitement	1
		Discussion avec des collègues	1
		Recherche de solutions	1
		Auto-critique	0

3. Les compétences sociales

Sur la base de la définition actualisée des compétences psychosociales (voir chapitre 1), il est possible de définir les compétences sociales comme un ensemble de capacités psychologiques impliquant des comportements relationnels qui permettent de développer des interactions constructives, de renforcer le pouvoir d'agir (*empowerment*) et de maintenir un état de bien-être psychique. Les données de la littérature (voir chapitre 1) ont permis d'identifier 3 principales compétences sociales (regroupant au total 9 compétences sociales spécifiques) : la capacité à communiquer de façon constructive, à développer des relations constructives, et à résoudre des difficultés.

3.1 Communiquer de façon constructive

La capacité à communiquer de façon constructive peut être définie comme l'aptitude à adopter des comportements verbaux et non verbaux favorables pour interagir avec les autres, même dans les situations difficiles (28). Cette compétence sociale comprend la capacité d'écoute empathique et la communication efficace.

La capacité d'écoute empathique est l'aptitude à percevoir et comprendre le vécu de l'autre (ses émotions, son point de vue, ses besoins...) et à savoir le mettre en mot de façon ajustée. Cette capacité implique plusieurs savoir-faire : la compréhension empathique (ou la capacité à écouter et comprendre le ressenti de l'autre selon son propre point de vue), l'écoute silencieuse (ou la capacité à écouter l'autre avec intérêt et sans intervenir), la reformulation empathique (la capacité à mettre en mots ce que l'autre est en train de vivre et de nous dire) et l'écoute active (la capacité à utiliser des reformulations empathiques et des questions ouvertes lors d'un échange) (2, 26).

Figure 15. Exemple d'activité pour les professionnels en position d'éducation (40, p. 156)

PRO **EXERCICE 21:**
L'ÉCOUTE EMPATHIQUE EN PRATIQUE

- Quand un enfant vient vous parler, essayez de l'écouter de façon empathique :

1. Écoutez-le en silence pendant environ 1 min sans l'interrompre : concentrez-vous totalement sur ce qu'il est en train de dire et de vivre (selon son point de vue) :
 - Quelles sont ses émotions ?
 - Comment voit-il les choses ?
 - Que cherche-t-il à exprimer ?....
2. Avec quelques mots simples, reflétez ce qu'il est en train de vivre et laissez-le ajuster au besoin :
Ex. « Tu es en colère parce que Hugo t'a mal parlé » ; « Tu n'as pas pu apprendre ta leçon, car tu n'es pas rentré chez toi. »...
3. Utilisez des questions ouvertes pour faciliter son expression : *Ex. « Qu'en penses-tu ? Que s'est-il passé ? Que voudrais-tu faire ? »...*

La communication efficace nécessite de pouvoir connaître et surmonter les obstacles à une communication fluide et constructive. Elle implique d'éviter les postures et expressions verbales blessantes (manque d'attention, rejet, ironie, moquerie, agressivité, grossièreté...) et de recourir davantage à des attitudes et terminologies soutenant et encourageant (attention, valorisation, encouragements, gestes chaleureux...). Elle s'appuie sur une écoute de qualité (notamment l'écoute empathique, voir ci-dessus), des formulations claires et la capacité à exprimer ses émotions de façon adaptée, notamment à l'aide d'un message-je⁶. En situation de désaccord, elle passe par la capacité à formuler et recevoir des critiques (2).

⁶ Les messages-je sont des tournures de phrases qui utilisent un pronom personnel sujet à la première personne et un verbe d'état pour exprimer son vécu et ses émotions : Ex. « Je suis énervé quand je vois l'état de ta chambre » (versus : « tu es vraiment incapable de ranger ta chambre ! »).

Figure 16. Exemple d'activité pour les enfants de 8-11 ans : Cartable des CPS Ireps Pays de La Loire

<http://www.cartablecps.org/docs/Fichier/2016/7-160701044052.pdf>

A

Utilise le Message-Je pour communiquer dans la situation suivante.

En entrant à l'école, Arthur fait tomber tes livres, il voit que tu n'es pas content et tu commences à t'énerver, il te dit « je blaguais, c'est tout ! Qu'est-ce qui te prend »
Que lui dis-tu ?

●

Quand tu

♥

je

●

parce que.....

△

je



3.2 Développer des relations constructives

La capacité à développer des relations constructives peut être définie comme l'aptitude à adopter des comportements relationnels favorables pour entrer en relation, interagir avec les autres et construire des liens sociaux, notamment avec ses pairs (26). Cela nécessite de savoir initier des relations, d'échanger de façon amicale en écoutant et posant des questions, de montrer de l'intérêt, de s'entendre avec les autres et de pouvoir nouer des amitiés (26).

Elle implique la capacité à accepter les autres et à reconnaître leurs qualités, et ce quelles que soient leurs spécificités (culture différente, situation de handicap...). Elle nécessite de pouvoir adopter des comportements prosociaux, c'est-à-dire des attitudes et des actions qui soient favorables aux autres et qui leur apportent une aide (coopération, comportements d'entraide, de collaboration, d'engagement social...) (23).

Figure 17. Exemple d'activité pour les enfants de 8-11 ans (28)



ACTIVITÉ 31: ÉCHANGES: QU'EST-CE QU'UN AMI?

Matériel:
éventuellement,
un tableau blanc

L'objectif de cette activité est de connaître les caractéristiques d'un « bon ami ».

- Dans un premier temps, vous pouvez demander aux enfants de définir l'amitié, puis de nommer les caractéristiques d'un « bon ami ».

Exemples: C'est quand nous pouvons être nous-mêmes avec quelqu'un, lorsque nous nous sentons en confiance, c'est une relation qui fait du bien...

- Puis, invitez les enfants à trouver les caractéristiques qui feraient qu'une personne ne serait pas un bon ami. Vous pouvez lister les réponses au tableau.

Exemples: menteur, méchant, répète les secrets, se moque des autres dans leur dos, tape, est violent, pousse à faire des bêtises...

- Vous pouvez comparer les deux listes et utiliser la seconde pour compléter éventuellement la première « en miroir ».

- Vous pouvez ensuite proposer de choisir 3 caractéristiques qui, selon eux, sont les plus importantes dans une amitié.

- Proposez aux enfants de partager : éventuellement en binômes, puis en grand groupe.

3.3 Résoudre des difficultés

Savoir résoudre des difficultés en mobilisant des compétences sociales représente la capacité à résoudre des situations problématiques de la vie quotidienne en ayant recours à des comportements relationnels favorables. Elle nécessite de savoir demander de l'aide, de pouvoir mobiliser la capacité d'assertivité et de refus et de savoir résoudre des conflits de façon constructive.

De nombreux problèmes ne peuvent pas être résolus par la personne elle-même ; il est donc important d'apprendre à demander de l'aide. Cette capacité nécessite de (re)connaître les situations problématiques qui nécessitent de faire appel à quelqu'un, de savoir identifier les « personnes ressources » qui sont susceptibles d'apporter une aide sans conséquences négatives et de pouvoir formuler sa demande d'aide de façon claires (grâce à la communication efficace, voir ci-dessus).

Figure 18. Exemple d'activité pour les professionnels en position d'éducation (28)

PRO

EXERCICE 3:
MES PERSONNES-RESSOURCES

Pour chaque situation proposée, écrivez le nom de 2 ou 3 personnes (amis, proches, collègues, professionnels...) à qui vous pourriez demander de l'aide dans cette situation. Essayez de trouver de nouvelles personnes-ressources (en identifiant des personnes à qui vous n'avez pas l'habitude de demander de l'aide, mais qui pourraient être aidantes).

Situations <i>À qui pourriez-vous demander de l'aide si ?</i>	Mes personnes-ressources (personnelles et/ou professionnelles)
Si vous vous sentez stressé tous les jours :	
Si vous perdez confiance en vous et vous sentez incompetent :	
Si vous avez des problèmes dans votre couple :	
Si vous n'arrivez plus à vous apaiser et que vous vous laissez déborder par vos émotions :	
Si vous avez des difficultés professionnelles :	

La capacité d'assertivité implique de savoir exprimer de façon adaptée (avec confiance, justesse et respect), ses émotions, ses besoins et ses idées (sans s'effacer devant les autres par de la passivité ou du retrait social et sans imposer son point de vue et ses droits par de l'agressivité). La capacité de refus nécessite de savoir « dire non » de façon affirmée face à quelqu'un ou quelque chose qui va à l'encontre de ses besoins, envies, valeurs, droits... (23, 26). La capacité d'assertivité permet de pouvoir s'affirmer tout en respectant l'autre. La capacité de refus permet de résister à la pression sociale c'est-à-dire de refuser d'être soumis à une influence sociale qui s'oppose à nos besoins, nos choix et nos valeurs. (23, 26).

Figure 19. Exemple d'activité pour les adolescents (Programme *Unplugged*)⁷

www.eudap.net

→ **Troisième situation**

Les jeux-vidéos (5 min)

Les groupes de 4 se séparent en deux binômes.

Cette fois-ci, il y aura uniquement une personne qui demande et une personne qui refuse. L'objectif est ici de refuser :

- sans argumenter,
- en ajoutant une reformulation,
- en exprimant une émotion,
- et en regardant l'autre dans les yeux.

Par exemple :

« je te remercie pour ta proposition, ça me fait plaisir et je te dis non »

ou « j'ai bien compris ta proposition, ça me met mal à l'aise, et non merci ».

La situation est la suivante : « un ami proche t'invite à une session de jeu en ligne.

Tu dois refuser selon la technique précitée. »

Savoir résoudre des conflits de façon constructive est la capacité à gérer les difficultés relationnelles de manière constructive en favorisant les apprentissages et en proposant une issue favorable pour tous les protagonistes (23). Cette compétence implique de maîtriser et savoir utiliser différentes techniques efficaces de résolution de conflits en fonction du contexte et de la nature des problèmes.

Figure 20. Exemple d'activité (Programme Vers le pacifique)

https://institutpacifique.com/wp-content/uploads/2021/05/Resolution-de-conflits_Jeu_4.pdf

ENSEMBLE, ESSAYEZ DE RÉSOUTRE CE CONFLIT.

Théo et Sabrina sont toujours en train de se quereller pour la même chose. Théo prend les crayons de sa sœur sans lui demander la permission et Sabrina se met en colère à chaque fois. Théo oublie toujours son coffre à crayons à l'école, ce qui explique l'attitude de Sabrina. Mais aujourd'hui, leur mère propose de les aider à résoudre leur conflit et ils font ensemble les 4 étapes.

Ils se calment.

Trouvez un moyen pour Sabrina :

Trouvez un moyen pour Théo :

Ils se parlent. (Faites des messages clairs !)

Comment se sent Sabrina ?

Comment se sent Théo ?

Ils cherchent des solutions. Pouvez-vous suggérer des solutions à leur problème ?

Ils trouvent et s'entendent sur une solution pacifique.

Est-ce une solution qui satisfait les deux ?

⁷ Activité extraite du manuel de l'intervenant Unplugged ; pour vous procurer les outils du programme, contactez : a.grandjean@federationaddiction.fr ou m.spaak@federationaddiction.fr

CHAPITRE 3. HISTORIQUE (EN FRANCE)

Il existe une histoire singulière du développement des compétences psychosociales en France faite de 25 années d'une évolution lente et laborieuse, mais aussi prometteuse. Alors qu'un 2021, un déploiement national d'actions en faveur du renforcement des CPS est annoncé, ce chapitre met le focus sur les différentes étapes franchies, sur les spécificités françaises, les obstacles et les opportunités rencontrés.

Ce parcours a suivi l'évolution des connaissances, qui se sont bien sûr très nettement enrichies au fil du temps, mais aussi celle des « schémas » organisationnels de la santé publique, au niveau national et régional, des recommandations et des priorités nationales, de la place de la santé à l'école ou encore de la formation des professionnels en éducation et en promotion de la santé... De cette intrication complexe des facteurs qui ont conduit à la situation actuelle, il s'agit sans revendication d'exhaustivité, de porter un regard chronologique sur la diffusion des connaissances acquises, sur les recommandations déclinées et sur leur possible appropriation ou non par les professionnels « de terrain » à travers quelques programmes et actions menés au niveau local, régional ou national.

1. Les années 1980 et 1990

1.1 L'émergence du concept et des pratiques françaises

Si l'approche préventive par le renforcement des compétences psychosociales s'est développée dans les pays anglo-saxons, dès les années 70 avec notamment le programme de référence *Life Skills Training* (31). Les CPS ne se font connaître en France, que dans les années 90.

Cependant, dès 1986, le professeur Jacques Fortin, sans doute le pionnier des CPS en France, pédiatre conseiller technique santé du recteur de l'Académie de Lille, met en place le groupe Gaspar^{8,9} (Groupe académique de soutien et de prévention pour les adolescents à risque).

Les interventions¹⁰ s'adressent aux élèves et aux personnels et « développent des compétences qui relèvent à la fois du champ personnel (connaissance de soi, gestion des émotions et du stress, exercice de l'esprit critique) et du champ relationnel et social (communiquer, partager, être solidaire). Ces initiatives trouvent un écho favorable auprès des élèves et améliorent d'autant plus rapidement le climat scolaire que les personnels s'y impliquent, souvent en modifiant leurs pratiques d'enseignement et de communication »¹¹. Par la suite, Jacques Fortin, qui est aussi professeur en sciences de l'éducation à la faculté de médecine de Lille, se tourne vers l'école primaire et met en place en 1993 une démarche de développement des compétences psychosociales. En concertation avec des enseignants, il adapte un programme nord-américain de prévention des violences et conçoit le programme « Mieux vivre ensemble dès l'école maternelle » (32).

En 1995, des exemples de programmes suisses, britanniques et suédois de développement des CPS sont présentés dans un dossier de la revue du Comité français d'éducation pour la santé (CFES) (qui deviendra ensuite l'Inpes), *La Santé de l'homme* n° 317. Ce numéro, titré

⁸ Interview de Jacques Fortin sur www.cartablecps.org

⁹ Groupe académique de soutien pour les adolescents à risque. Structure sous l'autorité directe du recteur d'Académie de Lille. « De 1986 à 2005 elle est intervenue directement dans les établissements scolaires du 2^e degré à la demande de personnels en difficulté face à des problèmes de drogues et de violences... ».

¹⁰ Guide du formateur : « Conduites de fuite conduites de rejet », inspiré par les travaux de l'université de Southampton et le comité d'éducation à la santé pour l'Écosse.

¹¹ Dossier thématique « L'éducation psychosociale », École Changer de cap - <http://www.ecolechangerdecap.net>

« Autonomie et socialisation, un parcours de santé », est signé notamment par Rhona Birrell Weisen, Daniel Pellaux¹² et Pierre Arwidson¹³. Rhona Birrell Weisen conclut : « Aujourd'hui il y a suffisamment d'indicateurs montrant la valeur de ce champ d'intervention pour convaincre la communauté internationale d'implanter ce type de programmes pour les jeunes. Êtes-vous prêt à relever le défi ? ».

En 1997, un nouveau dossier de la même revue (n° 328) « Les jeunes sur les chemins de la santé » présente différentes expériences et outils dont la collection de coffrets pédagogiques « Les Chemins de la santé » (« Léo et l'eau », « Léo et la terre », « Léa et l'air », « Léa et le feu ») éditée par le CFES à cette même période. Ces derniers combinent une première introduction des CPS avec des entrées thématiques alors plus favorables à l'intégration dans les programmes scolaires. Le livret pédagogique des coffrets précise qu'ils « poursuivent trois finalités éducatives : développer le respect de soi-même et l'autonomie, promouvoir le respect d'autrui et la solidarité, sensibiliser au respect et à la protection de l'environnement ». Le livret souligne également que « les activités proposées permettront aux enfants d'acquérir des connaissances, mais qu'elles les aideront aussi à prendre soin d'eux-mêmes, à mieux vivre ensemble et à assumer des responsabilités ».

La même année, Brigitte Sandrin-Berthon publie l'ouvrage « Apprendre la santé à l'école » (33) avec un chapitre consacré à une première présentation détaillée et explicative des CPS, rédigé par Pierre Arwidson.

1.2 La diversification et l'ancrage progressif des pratiques CPS

Cette période voit aussi la mise en place de la conférence nationale de santé. Dans sa séance de 1997 (34), elle approfondit le thème de la santé des jeunes et appelle à l'urgence d'investir fortement le domaine de l'éducation, de la prévention, de la promotion de la santé pour les enfants et les jeunes. Elle recommande de renforcer immédiatement les actions et les programmes de prévention/éducation visant à éviter les addictions chez les adolescents (alcool, tabac, drogue, médicaments psychotropes).

Bien qu'y faisant peu référence explicitement, des approches éducatives inspirées des CPS, apparaissent dans le champ de la prévention des abus sexuels à la fin des années 80 et au début des années 90 (35). Les programmes québécois comme « Mon corps c'est mon corps » font découvrir aux professionnels de l'éducation pour la santé, ces démarches éducatives qui développent des savoirs autour de l'expression des ressentis, de l'affirmation de soi, du refus, de la recherche d'aide. Ces pratiques se confrontent déjà au tabou des violences sexuelles et aux oppositions qui considèrent qu'il s'agit là de briser « l'innocence des enfants ».

Les comités départementaux (Codes) ou régionaux (Cres) d'éducation pour la santé (devenus instances régionales d'éducation et de promotion de la santé – Ireps) ainsi que l'Association nationale de prévention en alcoologie et en addictologie (Anpaa devenue Association Addictions France) initient de premières actions. Par exemple, l'Anpaa du Doubs et l'Ispe (Institut suisse de prévention des addictions) portent la création de l'outil d'intervention « Papillagou et les enfants de Croque Lune » dans la continuité de démarches éducatives déjà centrées sur les CPS sans les nommer comme telles. À Nantes, en 1997, les membres du Réseau de prévention globale et spécifique des toxicomanies porté par la Ville se forment au renforcement des CPS avec le programme Objectif Grandir (Mandat plus Prévention, 1993). Dans de nombreux départements, les médecins et infirmiers de l'Éducation nationale se sont formés à ce programme. En 1998, dans la foulée, est lancé le premier programme régional (Pays de la Loire) de Prévention primaire des conduites addictives (PPCA) par le renforcement des CPS chez les enfants de 7 à 12 ans en milieu scolaire (36). Le démarrage se fait après

¹² Du groupe d'experts de la Division de la santé mentale de l'OMS – 1993, 1994.

¹³ Médecin, directeur du Comité départemental d'éducation pour la santé (Codes) d'Indre-et-Loire (à cette période).

un rejet initial du Rectorat inquieté par des rumeurs d'ingérence sectaire qui témoignent du contexte polémique de l'époque. La phase expérimentale, qui dure trois années, intègre une classe dans chacun des 5 départements.

La même année, la circulaire de l'Éducation nationale (36) (MEN, 1998) qui constituera une référence majeure à cette époque, introduit une définition de l'éducation à la santé à l'école intégrant la notion de compétences personnelles et relationnelles qui se rapproche des CPS sans totalement les recouvrir. Les compétences à atteindre sont définies par cycle de l'école maternelle au collège.

1.3 Vers un changement de paradigme

La fin des années 80 et les années 90 sont marquées par une meilleure connaissance des déterminants de la santé conduisant à l'émergence de la promotion de la santé en tant que champ de pratiques spécialisées de la santé publique (OMS, 1986). L'acquisition des aptitudes indispensables à la vie par l'éducation pour la santé fait partie des cinq stratégies indissociables pour espérer atteindre « la santé pour tous », l'objectif de l'OMS pour l'an 2000. Les recherches en psychologie sociale et cognitive éclairent la compréhension des comportements des individus (théories et modèles psychosociaux explicatifs des comportements de santé et modes de vie, p. 192 (37)) et de leurs capacités d'autorégulation et d'apprentissage (38). Des perspectives nouvelles s'ouvrent dans les champs de l'éducation et de la santé. Les facteurs de protection prennent leurs places aux côtés des facteurs de risque. Il s'agit d'en terminer avec les injonctions comportementales et les approches basées sur la peur et de ne plus se contenter de transmettre de l'information (dans une logique de simple diffusion des connaissances biomédicales vulgarisées). Les compétences psychosociales se révèlent alors être le socle sur lequel construire une éducation pour la santé renouvelée, scientifiquement valide et s'appuyant sur des théories et des modèles psychosociaux explicatifs des comportements de santé et modes de vie. Cette petite révolution bouscule et dérange; es pratiques éducatives en santé sont invitées à se réinventer. L'éducation à la santé souhaite trouver sa place à l'école. La santé mentale n'est plus cantonnée au soin. La prévention adopte le développement des CPS dès le plus jeune âge pour atteindre ses objectifs de santé.

Ces nouvelles perspectives déstabilisent certains professionnels. Affectés dans leurs certitudes et leurs pratiques, certains s'opposent, d'autres demandent à être convaincus et quelques-uns se passionnent et cherchent à relever le défi de cette mutation. C'est pourquoi cette période est caractérisée par l'exploration et le plaidoyer (Williamson, 2018)¹⁴ mais aussi les résistances et les oppositions en tous genres.

2. Les années 2000

En 2000, la Conférence nationale de santé¹⁵ (CNS) porte à nouveau la nécessité d'un renforcement de la prévention et de la promotion de la santé des enfants, des adolescents et des jeunes. Elle fait le constat que certaines de ses propositions (CNS, 1997) ont déjà été relayées par des politiques publiques sur la santé en milieu scolaire, la lutte contre les pratiques addictives ou la prévention du suicide chez les jeunes. Mais elle note que beaucoup reste à faire en particulier en termes de professionnalisation en matière d'éducation pour la santé et de coordination des actions et des acteurs pour développer la faisabilité des interventions à l'échelle régionale. Ainsi, elle réaffirme dans sa proposition n° 7 son souhait de voir se renforcer la coordination des actions de prévention et se développer des filières de formation professionnelle à l'éducation pour la santé.

¹⁴ <https://www.promosante-idf.fr/dossier/cps>

¹⁵ <https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/acteurs/instances-rattachees/conference-nationale-de-sante/>

Si les CPS n'apparaissent pas encore dans ces recommandations, elles vont prendre progressivement leur place. Une forme de « culture CPS » se développe petit à petit ; mais des approches différentes coexistent et peinent à se rencontrer d'autant plus que les détracteurs restent toujours mobilisés.

La période est riche du développement d'une part des connaissances articulées avec la recherche scientifique et la « science de la prévention » et d'autre part des pratiques des professionnels de l'éducation et de la promotion de la santé. Ces derniers sont encore démunis en termes d'outils d'intervention et les programmes recommandés restent peu voire pas du tout accessibles.

2.1 La volonté d'une prévention fondée scientifiquement et les recommandations nationales

Différentes *Expertises collectives* de l'Inserm produisent des synthèses de recherches et des recommandations. Elles trouvent des échos notamment dans celles de la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et la toxicomanie-Mildt (Mildeca aujourd'hui) ou les orientations de l'Éducation nationale.

Dans la suite notamment des propositions de la CNS, est publiée en 2001, l'Expertise collective « Éducation pour la santé des jeunes, démarches et méthodes » (37). Le développement des compétences psychosociales y est recommandé pour faire évoluer les méthodes éducatives et pour accroître l'efficacité des programmes de prévention.

L'expertise opérationnelle de l'Inserm « Santé des enfants et des adolescents. Propositions pour la préserver » (39) recommande en 2003 au chapitre de la promotion de la santé mentale, le recours aux programmes CPS validés à l'international tel que le programme « *I can do* » (40). Le groupe de travail présente le programme « Mieux vivre ensemble dès l'école maternelle » (32) et appelle l'Inpes à établir une grille d'analyse permettant de l'évaluer et de le valider (Fortin, 2001 in p. 148, Inserm, 2003). L'Expertise consacre aussi un chapitre à l'éducation pour la santé en milieu scolaire et dresse un état des lieux des évolutions et des orientations françaises. Elle souligne les nombreuses avancées mais met aussi l'accent sur les besoins des acteurs pour remplir leurs nouvelles missions notamment la formation, l'appui méthodologique à l'action et à l'évaluation, la mise à disposition d'outils. Elle constate que des tensions restent fortes entre les acteurs qui souhaitent privilégier une approche positive de la santé et ceux qui restent attachés à « une approche thématique normative ou purement informative des seules dimensions physiques du paradigme ». Enfin le groupe de travail réitère ses recommandations pour le développement volontariste d'une politique scientifique structurée en éducation à la santé.

À cette même époque est défini un plan d'actions pour le développement de la psychiatrie et la promotion de la santé mentale (rapport de la mission Clery-Melin remis au ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées (41). Au sein de l'axe « mieux dépister et mieux traiter les troubles psychiques des enfants et des adolescents, mieux promouvoir leur santé mentale », il est proposé de « mettre en application des programmes de promotion de la santé mentale (Proposition n° III-03, p. 57, (41) « Les programmes de promotion de la santé mentale portent essentiellement sur le développement ou le renforcement de facteurs de protection vis-à-vis des situations à risque et sont connus en France sous la dénomination « développement des compétences sociales »).

En 2005, une nouvelle expertise collective de l'Inserm porte sur « le trouble des conduites chez l'enfant et l'adolescent » (42). Les programmes de prévention universelle empiriquement validés sont notamment présentés, les caractéristiques des programmes efficaces sont répertoriées.

Le groupe d'experts « recommande de perfectionner les expériences actuelles de prévention des comportements agressifs, antisociaux et délinquants développées en France en y adjoignant des méthodes de prévention ayant été validées au niveau international. À la suite d'expériences pilotes, il préconise de généraliser les interventions au sein des structures éducatives existantes (PMI, crèches, écoles...) en formant le personnel éducatif à ces méthodes de prévention (puéricultrices, éducateurs, enseignants...) ». « Le groupe d'experts recommande de mettre en œuvre des programmes de prévention contre la violence très précocement au cours du développement de l'enfant. Des méthodes d'intervention ciblant la petite enfance (0-3 ans) telles que les visites à domicile, le soutien aux parents et l'apprentissage des habiletés parentales, le développement des compétences sociales cognitives et émotionnelles des enfants ont fait la preuve de leur efficacité dans la prévention de la violence et du trouble des conduites dans plusieurs pays. »

En 2006, l'Éducation nationale définit le premier socle de connaissances et de compétences (43). Les piliers 6 et 7 « compétences sociales et civiques », « autonomie et initiative » favorisent l'intégration des approches « CPS » à l'école.

En 2008, l'Inpes édite le référentiel de bonnes pratiques « Comportements à risque et santé : agir en milieu scolaire » (44). Le guide présente « une synthèse de la littérature scientifique et technique internationale concernant les interventions de prévention des conduites à risque et leurs modalités d'application ». Il propose des stratégies de prévention reconnues comme efficaces ou prometteuses ainsi que les ressources utiles à leur conception, leur implantation et leur évaluation. Le programme « Vivre ensemble dès l'école maternelle » est cité en exemple avec des éléments de l'évaluation menée par Jacques Fortin en 2002. Ce guide est identifié par les acteurs comme un support très utile et appropriable qui facilite le plaidoyer en milieu scolaire, tout en posant les exigences à tenir pour atteindre l'efficacité des actions.

2.2 Le développement des pratiques professionnelles

Dans ce contexte, un certain nombre de promoteurs d'action s'emparent des recommandations et cherchent à développer ces méthodes qui visent à développer les compétences sociales, émotionnelles et cognitives des enfants reconnues parmi les plus efficaces pour prévenir les comportements à risques. Cependant, les professionnels n'ont toujours pas accès aux programmes validés et reconnus. Ceux-ci sont le plus souvent d'origine étrangère, nécessitent entre autres des étapes d'adaptation pour la France, avec expérimentation et évaluation lourdes qui ne sont pas encore en cours. Les professionnels s'appuient donc sur les critères de qualité des interventions efficaces qu'ils ont identifiés dans les différentes recommandations. De telles actions restent rares et sont menées le plus souvent en milieu scolaire.

Les universités comme celle de Tours, développent des masters en promotion de la santé dont certains cours abordent les CPS. Lors de leur année de stage pour devenir médecin de l'Éducation nationale, tous les médecins bénéficient d'une formation sur la promotion de la santé à l'école, incluant les CPS. Les infirmiers de l'Éducation nationale se forment également avant d'intervenir en éducation à la santé ou à la sexualité, prenant de plus en compte les CPS. Tous déplorent toutefois de ne pas disposer de référentiels validés sur les différents programmes CPS existants.

À l'exemple du programme ligérien (PPCA, *op. cit.*), la période est particulièrement consacrée à l'élaboration de démarches et méthodes pour « savoir implanter » ce type de programmes dans les établissements scolaires, ainsi qu'à la construction du « savoir intervenir » auprès des enfants, en collaboration avec les enseignants. Les manuels et outils francophones disponibles sont peu nombreux. Les professionnels élaborent les séances à partir de programmes auxquels ils ont accès comme « Mieux vivre ensemble dès l'école maternelle » (*op.cit.*), les programmes québécois « Contes sur moi », « Estime de soi et compétence

sociale » de l'hôpital Sainte-Justine de Montréal... (45). En Pays de la Loire, la nécessité d'adaptation et de transfert d'outils pratiques aux enseignants conduit à la formalisation de conducteurs de séances qui sont testés et consolidés au fur et à mesure. Les repères méthodologiques, pédagogiques et d'implantation de projets constituent un premier référentiel. Sur cette base et dans une volonté de diffusion de l'expérience et des savoirs acquis, est progressivement élaboré le site internet « Cartable des compétences psychosociales »¹⁶ de l'Ireps Pays de la Loire. Le programme ligérien débuté en 2001, est implanté dans 20 à 60 classes par an selon les phases jusqu'en 2014.

Les enfants bénéficient de deux années de co-interventions pour atteindre un volume recherché d'une vingtaine d'heures. La quinzaine d'intervenants accompagnés dans leur montée en compétences sont attentifs à suivre les critères de qualité ; des évaluations de processus sont mises en place sans pouvoir aller au-delà. Le protocole d'évaluation interroge par questionnaires les enfants, les enseignants et les intervenants. Des grilles d'observation non participantes permettent aux intervenants de travailler leur posture éducative et la qualité de leur animation. Les financeurs et commanditaires sont tour à tour ou en complémentarité l'Assurance maladie (Fonds national de prévention, d'éducation et d'information sanitaire - FNPEIS), la Direction régionale des affaires sanitaires et sociales - Drass, le Conseil régional dans le cadre des priorités régionales de santé. Le Rectorat est très impliqué et contribue à la formation de ses personnels enseignants, médecins, infirmiers, vie scolaire, etc.

L'expérience de ce programme montre une forte adhésion des enseignants. Cependant, ces derniers sont relativement peu sensibles à l'objectif de santé (conduites addictives). Ils s'emparent par contre avec beaucoup d'intérêt de ces méthodes et ressources pour la gestion des conflits en classe et le « Vivre ensemble ». Dans la dynamique de ce programme et au regard des savoirs acquis, le transfert se développe auprès des professionnels de la santé, de l'éducation et du social avec la mise en place en formation continue de stages de trois à quatre jours et en formation initiale par des interventions auprès des étudiants de l'Institut national supérieur du professorat et de l'éducation (Inspé). D'autres expériences se développent en France et franchissent des étapes similaires.

2.3 Les tensions et les difficultés

Différentes approches s'opposent dans le champ de la prévention et de la promotion de la santé et le développement des CPS cristallisent ces tensions. L'une de ces approches est tournée vers les pratiques internationales et s'inscrit en articulation avec la recherche scientifique (épidémiologie, sociologie quantitative, psychologie expérimentale, sciences de l'éducation). L'utilisation des modèles issues de ces disciplines se confronte au peu d'avancée de ces méthodes en France. L'autre approche s'inspire davantage des sciences humaines qualifiées comme « molles » (telles que la sociologie qualitative, la psychologie clinique traditionnelle, la philosophie). Dans le champ de la santé mentale ou dans le secteur de la petite enfance, l'influence de l'approche psychanalytique n'est pas négligeable et demeure le modèle de référence sur des questions relatives à l'éducation, à la famille, à la parentalité, au bien-être. Ainsi, la parution du rapport Inserm sur le trouble des conduites de l'enfant et de l'adolescent déclenche fin 2005 une forte polémique (46) dans le champ de la prévention (notamment en santé mentale). Ces tensions et controverses affectent les projets en cours d'élaboration à l'Inpes comme l'adaptation du programme de visite à domicile de Olds, du programme familiale SFP (*Strengthening Families Program*) et du programme CPS pour la petite enfance, Brindami.

Les recommandations présentées précédemment peinent alors à être suivies d'effets. Les recherches-actions sur les programmes CPS validés concentrent les divergences et donc les difficultés de par leurs spécificités au niveau de l'intervention comme au niveau de

¹⁶ www.cartablecps.org

l'évaluation. Ces difficultés sont de différents ordres : appui institutionnel, coûts des programmes brevetés, disponibilités d'équipes réunissant chercheurs et praticiens pour des démarches évaluatives expérimentales, manuels d'intervention perçus comme trop rigides et contraignants pour des professionnels très attentifs à l'adaptation au plus près des publics et à leur participation.

A l'aube des années 2010, les avancées ont été nombreuses mais de manière encore trop isolée les unes par rapport aux autres. Reste un constat de non accomplissement et de rendez-vous manqué.

3. Les années 2010

Durant cette « 3^e décennie » les CPS s'installent dans le paysage de la prévention et de la promotion de la santé. Après les recommandations d'une part et l'exploration des pratiques d'autre part, la formalisation des connaissances scientifiques et expérientielles se développe pour converger de plus en plus vers l'action. La période connaît à la fois de formidables accélérations et encore des coups d'arrêts.

3.1 Converger vers l'action, l'appui sur les stratégies nationales

La préoccupation de développer en France une prévention scientifiquement fondée « made in France » (47) conduit à explorer et élaborer différents travaux. L'Inpes refonde sa programmation avec la volonté de favoriser le transfert des connaissances sur les interventions (CPS) validées et la mise à disposition de ressources pour les professionnels. L'Institut réalise un bilan des connaissances sur les programmes validés dans la littérature internationale. En 2013, un numéro spécial de la revue Santé publique (48) rassemble et présente les interventions validées ou prometteuses de prévention et de promotion de la santé des jeunes dans différents domaines (addictions, IST, grossesses non prévues). Ces travaux sont repris et prolongés dans le cadre de l'Expertise collective Inserm 2014 « Conduites addictives chez les adolescents » permettant ainsi de faire davantage connaître les programmes CPS validés et le potentiel d'efficacité de ces interventions.

La Chaire de recherche en prévention des cancers INCa/Iresp/EHESP publie des Stratégies d'interventions probantes en prévention¹⁷ (SIPrev), parmi lesquelles une synthèse sur le développement des compétences psychosociales. Plus tard, en 2018, s'inscrivant dans les préconisations de la Stratégie nationale de santé, Santé publique France, met en place un registre français des interventions probantes et prometteuses parmi lesquelles de nombreux programmes s'appuient sur les CPS. Cette plateforme a pour ambition de favoriser l'articulation et la diffusion des innovations entre la recherche et les pratiques de terrain. Cependant, le lien n'étant pas fait entre ce registre et les ressources expérientielles, un véritable échange de savoirs et de compétences entre ces différents protagonistes peine à se mettre en place. Le transfert de connaissances ne peut se satisfaire d'une démarche descendante et les acteurs de terrain plaident pour plus d'accompagnement et pour un réel partenariat de l'ensemble des acteurs de santé publique dans ce processus (Ferron, 2013).

Compte tenu des difficultés rencontrées par les premières recherches évaluatives, les expérimentations des programmes validés (SFP-*Strengthening families program*, *Unplugged*, GBG - *Good Behavior Game*, Panjo) sont externalisées et confiées à des associations de prévention et de promotion de la santé implantées localement. Par exemple, l'expérimentation et la coordination du programme SFP devenu PSFP (Programme de Soutien aux familles et à la parentalité) est confié au Codes 06 ; des formations du programme européen *Unplugged* sont organisées par l'Apleat depuis 2016 et des initiatives similaires ont lieu à Grenoble et à

¹⁷ <https://www.fnes.fr/wp-content/uploads/2021/10/SIPREV-CPS.pdf>

Pau ; une version adaptée pour la France du programme *Unplugged* est rééditée en 2019. L'Inpes puis Santé publique France, assurent le suivi de l'évaluation et soutiennent financièrement l'expérimentation puis les premiers déploiements.

Une autre démarche alternative est engagée au sein de l'Inpes afin de répondre de façon constructive aux différentes difficultés soulevées précédemment. Élaboré en lien étroit avec des professionnels de terrain et des universitaires, un projet de référentiels théoriques et pratiques s'appuyant sur les connaissances scientifiques et expérientielles disponibles voit le jour. Ces référentiels sont consacrés pour l'un aux CPS des parents et pour l'autre aux CPS des enfants. Les travaux débutent en 2010 et bien que très avancés fin 2015, ils ne pourront finalement aboutir.

De son côté, l'Éducation nationale affirme sa volonté de réorienter la promotion de la santé en milieu scolaire en s'appuyant sur le parcours éducatif de santé¹⁸ créé en 2013 puis défini et introduit en 2016. Le guide pour sa mise en pratique présente alors en annexe une mise en perspective des compétences psychosociales et des domaines du nouveau socle commun de connaissances, de compétences et de culture qui prend aussi effet à la rentrée 2016. Ce cadre est préféré à une approche par compétences disciplinaires sur laquelle la Dgesco et l'Inpes avaient préalablement travaillé (49). Les acteurs de l'Éducation nationale s'engagent de plus en plus avec notamment les travaux d'Unirés (Réseau des universités pour l'éducation à la santé), des écoles supérieures du professorat et de l'éducation (Espé devenues ensuite Inspé voir infra) comme à Lyon, et de laboratoires de recherche comme ceux de Didier Jourdan, Dominique Berger ou Yves Léal. La formation des enseignants en éducation à la santé et aux CPS progresse et peut s'appuyer sur le référentiel des compétences professionnelles des métiers du professorat et de l'éducation de 2013. Cette période voit aussi la diffusion de la notion de climat scolaire et la mise en place des dispositifs de soutien aux politiques et aux interventions de prévention et de promotion de la santé avec une place importante donnée aux CPS.

3.2 Converger vers l'action, l'appui sur les pratiques en lien avec la recherche

Les CPS connaissent un véritable essor qui conduit à l'implantation de plus en plus de projets et de programmes en régions comme en fait écho le dossier spécial de *La Santé en action* (50) en mars 2015 (vingt ans après le premier numéro consacré à ce sujet) coordonné par Béatrice Lamboy et collègues.

Ces actions, élaborées sous différentes impulsions avec des collaborations et des partenariats d'opportunités menant des objectifs singuliers, sont marquées par la diversité. Sans doute offrent-elles une complémentarité d'exploration, de recherche et d'élaboration de savoirs à l'exemple de celles présentées ci-dessous.

L'Ireps Auvergne-Rhône-Alpes et l'équipe de recherche de l'Espé Lyon 1, en partenariat avec les rectorats de Lyon et Grenoble, mènent de 2013 à 2018, un projet de recherche intervention « pour produire des connaissances sur les interventions complexes de développement des compétences psychosociales »¹⁹. « Le projet se déroule sur cinq territoires, auprès d'établissements scolaires (écoles primaires et collèges), de structures accueillant des enfants sur les temps périscolaires (centres sociaux) et d'autres acteurs locaux. » « Le dispositif de recherche, piloté par la chercheuse Carine Simar (Laboratoire Acté - Activité, connaissance, transmission, éducation ; Université Clermont-Auvergne), porte sur différents axes d'analyse : l'activité et les représentations des professionnels dans et hors l'école, les dynamiques collectives de travail dans et hors l'école, le développement des compétences psychosociales des enfants. »

¹⁸ Loi du 8 juillet 2013 d'orientation et de programmation pour la refondation de l'école de la République et défini par la circulaire n° 2016-008 du 28 janvier 2016

¹⁹ <http://www.ireps-ara.org/ind/m.asp?id=124>

En Pays de la Loire, en 2014, l'ARS souhaite atteindre un meilleur niveau de diffusion du programme auprès des enseignants. Elle s'appuie alors sur 3 opérateurs, l'Ireps Pays de la Loire, (coordinatrice), l'Anpaa et la Fédération Addictions et établit un lien étroit avec le Rectorat via notamment le doyen des IEN du 1^{er} degré. Le programme de « Prévention primaire des conduites addictives » puis de « Renforcement des compétences psychosociales à l'école » devient « En santé à l'école²⁰ ». De 2015 à 2018, de nouvelles modalités de transfert des pratiques et d'implantation de projets auprès des enseignants sont testées, comparées et évaluées²¹ : accompagnement d'équipes, formation continue et initiale, en présentiel et à distance, co-interventions. La gouvernance mise en place, avec une implication forte du Rectorat permet d'élaborer des recommandations en termes de co-pilotage institutionnel au niveau régional entre acteurs de la santé et du milieu scolaire pour un passage à l'échelle. Ce type de structuration régionale des actions CPS, soutenu par les agences régionales de santé et porté par les Ireps se développe ensuite dans plusieurs régions.

Les projets de développement des CPS se font de plus en plus visibles. Les porteurs d'actions partagent et diffusent leurs expériences et leurs connaissances entre eux et avec les institutions. Des jonctions s'opèrent entre les équipes de chercheurs et de praticiens même si elles restent peu nombreuses. Des communications sont présentées à l'occasion de congrès et colloques comme ceux de la SFSP, les Journées de la prévention de l'Inpes, d'Unirés, l'Université d'été francophone de santé publique de Besançon ou lors de journées spécifiques organisées par les promoteurs de programmes comme en région Rhône-Alpes²² ou en Pays de la Loire²³. La formalisation et la capitalisation des expériences se structurent progressivement. Le site internet « Cartable des compétences psychosociales » mis en ligne en 2011 en est un précurseur. Puis, les dossiers de connaissances²⁴ réalisés par la Fnes et les Ireps traduisent l'expertise professionnelle qui se développe partout en France. Les offres des acteurs spécialisés en prévention et promotion de la santé se multiplient pour accompagner et former localement les professionnels de santé, du social et de l'éducation. Ces acteurs se mobilisent dans le transfert de connaissances en mettant en place des stages de formation continue, en élaborant des guides d'aide à l'action, des produits documentaires, en mettant à disposition des supports et des outils d'interventions (170 outils recensés et présentés en 2014 dans le « catalogue des outils CPS » (45) de l'Ireps Pays de la Loire contre 60 dans l'édition 2006). Après la pénurie, il s'agit de gérer une certaine profusion, d'accompagner et d'orienter les professionnels de plus en plus demandeurs à sélectionner les meilleures ressources. La réticence des débuts a cédé à une forme d'engouement de la part de toutes les parties prenantes (professionnels « en responsabilité éducative », parents, élus, institutions éducatives ou de santé) qui invite à construire des réponses et des offres appropriées, lisibles et accessibles.

²⁰ www.ensantealecole.org

²¹ Évaluer pour transférer : <http://www.ensantealecole.org/page-8-0-0.html>

²² Journée scientifique 25 juin 2015

http://www.cres-paca.org/arkotheque/client/crespaca/thematiques/detail_document.php?ref=1136&titre=promotion-de-la-sante-des-enfants-par-le-renforcement-des-competences-psychosociales&from=agenda

²³ Colloque : Les CPS en milieu scolaire : un levier pour la réussite et le bien-être de tous, 28 novembre 2018. Évaluer pour transférer : <http://www.ensantealecole.org/page-8-0-0.html>

²⁴ <https://www.fnes.fr/ressources-documentaires>

4. Vers les années 2020

Au fil de ces vingt-cinq années, la science et le large champ des différentes disciplines sur lesquelles s'appuient les CPS et leur développement ont connu des avancées importantes. Elles ont apporté de la scientificité, confirmé et précisé les intuitions premières, cadré et développé les concepts, défini des facteurs de réussite et clarifié les critères de qualité à l'aide des données probantes.

Les pratiques d'intervention, les implantations de projets et programmes en se développant ont produit une expertise expérientielle avec des savoirs intervenir, mobiliser, former, accompagner, implanter, déployer. Les acteurs se sont appuyés sur les données accessibles, sur leur expérience, sur leur réflexivité et ont permis des étapes d'appropriation indispensable à l'action.

Les institutions et financeurs les plus audacieux ont soutenu l'innovation, se sont engagés dans la durée, ont permis les premières réalisations et ont ouvert la voie à des perspectives de déploiement plus large. Tout récemment, le soutien apporté à la Fnes par la Caisse nationale d'assurance maladie en vue de la mise en place d'un site internet ressource national sur les CPS (Fonds de lutte contre les addictions 2020) témoigne de l'intérêt institutionnel pour ce déploiement.

Le « passage à l'échelle » avec la dissémination d'interventions fondées sur des données probantes et l'application de critères de qualité pour des actions efficaces, nécessite de confirmer et développer les indispensables collaborations entre acteurs institutionnels du monde scolaire et de la santé publique, agences nationales et régionales de santé, collectivités territoriales, recherche universitaire, et enfin acteurs en prévention et promotion de la santé.

CHAPITRE 4. ÉTAT ACTUEL EN FRANCE : LES CPS DANS LES POLITIQUES PUBLIQUES

Ces dernières années, les programmes CPS se sont considérablement développés en France. Ils ont été portés entre autres par Santé publique France, les agences régionales de santé, les ministères chargés de la santé, de l'éducation nationale, de l'enseignement agricole et de l'enseignement supérieur, la Mildeca, les collectivités territoriales et la protection judiciaire de la jeunesse. Ils visent des finalités communes et complémentaires de promotion de la santé et de prévention de troubles en permettant d'agir favorablement sur le bien-être, la santé mentale, les addictions, la santé sexuelle, la violence, le vivre ensemble et la réussite éducative.

Ce chapitre 4 porte sur les aspects stratégiques, le cadre institutionnel, partenarial ou informationnel des diverses politiques de l'État et des collectivités territoriales (plans nationaux, régionaux, feuilles de route, réglementation, circulaires...). Il souligne les enjeux des aspects opérationnels de ces politiques dans l'accompagnement, la définition et la réalisation d'actions concrètes, mesurables et suivies. La mise en place de ces actions nécessite de définir des objectifs, les populations cibles, les types d'actions, les relais territoriaux, les financements (sources, budgets) pour permettre leur déploiement à grande échelle dans une démarche pérenne et s'assurer de leur bon déroulement.

Le défi est d'organiser le portage d'une politique transversale du développement des CPS et de l'inscrire dans la durée pour chacun des acteurs. Les transformations systémiques nécessaires doivent être anticipées (formation, partenariats...). Cela nécessite la prise en compte des évolutions des pratiques, d'expliquer et d'accompagner les organisations à chaque niveau, au plus près des professionnels, et d'envisager les articulations avec la stratégie institutionnelle des établissements, travaillées de manière proactive et innovante.

1. Vers une stratégie nationale multisectorielle

La stratégie nationale de santé 2018-2022, portée par le Comité interministériel pour la santé, a défini comme une des priorités spécifiques à la politique de santé de l'enfant, de l'adolescent et du jeune, le développement dès le plus jeune âge de l'éducation pour la santé et des CPS. Une stratégie multisectorielle de déploiement des CPS sur la période 2022-2037 est en cours de finalisation. Elle s'appuie sur l'ensemble de ses acquis pour mettre en place, suivre, évaluer et adapter le renforcement des CPS des enfants et des jeunes dès le plus jeune âge, tout au long de leur développement et dans tous les secteurs (santé publique, éducation, protection de la jeunesse...). La stratégie nationale vise à l'accélération de la couverture des enfants et des jeunes sur la période 2022-2037 avec une première étape sur 2022-2027 en conservant une vision à long terme et générationnelle.

Dès à présent, les CPS sont présentes dans diverses politiques publiques au niveau national, en santé publique, dans l'enseignement et l'éducation.

1.1 Les CPS en santé publique

1.1.1 Le développement des CPS promu dans six plans de santé publique

1. Plan national de santé publique - Priorité prévention (2018-2022) (51, 52)

Ce plan, construit dans une approche interministérielle pour la santé de la population, vise à :

- Promouvoir les comportements favorables à la santé (p. 12). L'enjeu est de renforcer les compétences psychosociales des individus par l'éducation pour la santé et de créer un environnement incitatif (fiscalité, aménagements).
- Prévenir l'entrée dans les pratiques addictives (p. 14) : « dans les prochaines années, il sera donc nécessaire de développer des programmes visant à renforcer les compétences psychosociales des enfants et des jeunes et renforcer l'intervention précoce auprès des jeunes en difficultés ».
- Prévenir les risques liés à la conduite dangereuse sur la route et leurs conséquences (p. 17) : « Dans les prochaines années, il sera donc nécessaire de renforcer l'éducation à la sécurité routière en milieu scolaire en l'inscrivant dans le programme pédagogique et en s'appuyant sur le développement des compétences psychosociales de l'élève ».
- Améliorer la transversalité et la continuité des parcours en santé mentale (p. 49) : « Dans les prochaines années, il sera donc nécessaire de » (...) « Promouvoir le bien-être mental en agissant sur les déterminants individuels (compétences psychosociales), sociaux et environnementaux de la vulnérabilité sociale et psychique (environnement de vie, notamment la présence de la nature, comportements addictifs, violences, isolement...) ».
- Développer dès le plus jeune âge l'éducation pour la santé et les compétences psychosociales (p. 79). « Les comportements des individus, leurs modes de vie et les inégalités de santé sont en partie déterminés par la littératie en santé, c'est-à-dire la capacité des individus à comprendre et utiliser l'information de santé pour faire des choix responsables et éclairés. Ces compétences psychosociales doivent se développer dès le plus jeune âge, et tout au long de la vie, grâce à un effort collectif d'éducation pour la santé. En particulier, l'éducation à la sexualité ne doit pas se limiter à la transmission de connaissances biologiques, mais doit s'attacher à accompagner les enfants, adolescents et jeunes adultes dans leur réflexion sur le respect mutuel, l'égalité filles-garçons, la réciprocité et le consentement des relations à l'autre. L'Éducation nationale joue un rôle essentiel en la matière, notamment avec la mise en œuvre du parcours éducatif de santé et en contribuant activement au programme de réussite éducative dans les quartiers prioritaires de la politique de la ville ».

2. Feuille de route en santé mentale et psychiatrie (53)

Cette feuille de route a été présentée le 28 juin 2018 et reste évolutive.

- Action 1 : « Renforcer les compétences psychosociales », « Élaborer une stratégie de déploiement de ces interventions avec production de référentiels et guides de formation et de déploiement pour les acteurs des champs de l'éducation, de la santé, de la justice et du travail. »

3. Plan national de mobilisation contre les addictions (2018-2022) (54)

- Action 3.2 : « Donner à l'école les moyens d'une prévention efficace », « Déployer, dans chaque région académique, des programmes validés de développement des compétences psychosociales, visant à la fois à l'amélioration du climat scolaire et à la prévention des comportements à risque, dont les conduites addictives. »

4. Stratégie nationale de santé sexuelle (2017-2030) (55)

- Son objectif 1 est rédigé ainsi : « Éduquer les jeunes à la sexualité, la santé sexuelle et aux relations entre les personnes. » (...) « Celle-ci ne doit pas se limiter à la transmission de connaissances biologiques mais s'attacher à développer les compétences psychosociales des enfants, adolescents et des jeunes. »

5. Programme national de lutte contre le tabac - 2018-2022 (56)

- Axe 1 : « Protéger nos enfants et éviter l'entrée dans le tabagisme - Action n° 1 : Promouvoir les programmes validés de renforcement des compétences psychosociales et de soutien par les pairs. »

6. Stratégie décennale de lutte contre le cancer (2021-2030) : Mesure I-9-1.

1.1.2 Santé publique France (50)

Santé publique France, l'Agence nationale de santé publique (incluant l'ex-Inpes, l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé) s'implique depuis de nombreuses années sur le sujet des CPS, qui constitue un des piliers de la promotion de la santé. En particulier, son action a porté sur l'identification de programmes CPS efficaces, leur adaptation, leur évaluation et leur réalisation avec des partenaires (comme « *Strengthening families program* », « *Good Behavior Game* », « *Unplugged* »). Aujourd'hui, l'agence apporte son expertise et souhaite contribuer et favoriser un déploiement des CPS au niveau national, par la production de référentiels et de supports plus opérationnels.

1.1.3 Caisse nationale de l'Assurance maladie

Les trois programmes cités précédemment ont été financés par le Fonds de lutte contre les addictions (FLCA) géré par la Caisse nationale de l'Assurance maladie. Le FLCA et la Cnam ont permis de financer plus de 130 projets depuis 2018.

1.1.4 Les CPS dans les recommandations de la Haute Autorité de santé (57, 58)

La Haute Autorité de santé (HAS) fait référence aux compétences psychosociales dans deux *Recommandations de bonnes pratiques professionnelles* (RBPP) : 1) pour l'évaluation globale de la situation des enfants en danger ou risque de danger (janvier 2021) et 2) pour préparer la sortie des dispositifs de protection de l'enfance (juin 2021). Elle précise les notions de CPS nécessaires pour le bon développement des enfants et les compétences parentales. Ces RBPP fournissent le cadre national de référence.

Ainsi, la HAS a émis des recommandations afin d'accompagner le retour en famille de l'enfant placé par décision administrative, judiciaire, civile ou pénale, à l'aide sociale à l'enfance (ASE ; en famille d'accueil ou foyer) ou sous main de justice en milieu ouvert. Elles visent à garantir la sécurité de l'enfant et à s'assurer de la constitution progressive d'un réseau de protection autour de la famille, à partir des espaces de prévention et de soutien sociaux et institutionnels. Ces RBPP s'adressent aux professionnels (en équipe pluridisciplinaire) référents du parcours de l'enfant et aux professionnels (en équipe pluridisciplinaire) chargés de la mesure de milieu ouvert, à partir du domicile familial.

Les recommandations portent, entre autres, sur la mise en place ou la restauration d'un cadre éducatif stable et protecteur s'appuyant sur des interventions socio-éducatives adaptées en fonction des besoins identifiés ; pour l'enfant, des actions de consolidation de ses CPS et sa capacité à construire sa personnalité dans le cadre familial ; pour les parents, des interventions de soutien aux compétences parentales. Ces dernières sont définies par la HAS comme l'ensemble des compétences cognitives, émotionnelles et sociales qui permettent au parent d'exercer son rôle parental dans l'objectif de garantir la sécurité et de promouvoir le bien-être et le développement de son enfant dans un contexte socio-culturel donné.

Il convient de s'assurer des modalités de mises en place de ces recommandations, des moyens alloués et de leur suivi dans la durée.

Par ailleurs, tous les secteurs en relation avec les enfants, les jeunes et les parents ont investi dans des approches visant le renforcement des CPS.

1.2 Les CPS dans l'enseignement et l'éducation

1.2.1 L'École promotrice de santé – Ministère de l'Éducation nationale, de la jeunesse et des sports

Les actions de promotion de la santé auprès des élèves font partie des missions de l'Éducation nationale comme le stipule l'article L. 541-1 du Code de l'éducation.

La politique éducative sociale et de santé en faveur des élèves vise à réduire les inégalités sociales, d'éducation et de santé pour permettre la réussite de tous les élèves et promouvoir une École plus juste et plus équitable. L'École peut jouer un rôle important quant au déploiement d'une approche positive et intégrée de promotion de la santé et du bien-être des enfants et des adolescents : des élèves en bonne santé sont dans de meilleures conditions d'apprentissage et des élèves qui se « sentent en réussite » auront un sentiment de bien-être et de capacité d'agir, lui-même favorable à une bonne santé.

Le parcours éducatif de santé, mis en place en 2016 (59), est consolidé par la démarche École promotrice de santé impulsée en 2020 (60). Démarche positive et dynamique, l'École promotrice de santé a pour enjeu de valoriser et renforcer les actions et projets déjà réalisés dans le cadre du parcours éducatif de santé en les fédérant dans le projet d'école ou d'établissement, après une analyse locale des besoins. De la maternelle au lycée, l'École promotrice de santé s'inscrit dans un continuum éducatif qui articule les projets de prévention, le socle commun de connaissances, de compétences et de culture, et les programmes d'enseignement (61).

Prenant en compte une multiplicité de déterminants sociaux et de santé, la démarche École promotrice de santé contribue à renforcer la coordination et la cohérence de l'ensemble des actions de promotion de la santé, à améliorer les conditions environnementales de la scolarité, à favoriser les comportements favorables à la santé en développant la prévention dès le plus jeune âge.

Cette démarche mobilise l'ensemble de la communauté éducative, enseignants et autres personnels, engage les élèves, implique une collaboration avec les parents d'élèves et favorise les partenariats avec les collectivités territoriales, les partenaires institutionnels et associatifs, parties prenantes de cette éducation à l'échelle du territoire.

L'École promotrice de santé, pour être efficace, s'inscrit dans la durée. Elle est basée sur une démarche de projet adaptée au contexte local, elle agit sur plusieurs aspects de manière concertée et cohérente (comportements individuels, aspects organisationnels, environnement scolaire...) et associe tous les acteurs. Les adultes de l'École étant des référents importants pour les élèves, il est fondamental de pouvoir les former aux CPS pour qu'ils puissent eux-mêmes les développer chez les élèves.

Le développement des CPS en milieu scolaire est possible car toutes les disciplines et les éducations transversales, ainsi que la vie de l'école ou de l'établissement, participent à leur acquisition. En outre, les CPS sont présentes dans le socle commun de connaissances, de compétences et de culture (cf. mise en perspective des CPS et du socle commun ci-dessous). Ces compétences peuvent être travaillées lors de séances spécifiques ou dans les cours habituels.

Pour en savoir plus sur l'École promotrice de santé : <https://eduscol.education.fr/2063/je-souhaite-m-engager-dans-la-demarche-ecole-promotrice-de-sante>

Tableau 5. Mise en perspective des compétences psychosociales et du socle commun des connaissances, de compétences et de culture

	Langages pour penser et communiquer	Méthodes et outils pour apprendre	Formation de la personne et du citoyen	Systèmes naturels et systèmes techniques	Représentations du monde et activité humaine
Savoir résoudre les problèmes Savoir prendre des décisions		L'élève sait identifier un problème, s'engager dans une démarche de résolution, mobiliser les connaissances nécessaires, analyser et exploiter les erreurs.	L'élève apprend à résoudre les conflits sans agressivité, à éviter le recours à la violence grâce à sa maîtrise de moyens d'expression, de communication et d'argumentation.	Il s'agit d'éveiller la curiosité de l'élève son envie de se poser des questions, de chercher des réponses et d'inventer. L'élève sait mener une démarche d'investigation.	
Avoir une pensée créatrice Avoir une pensée critique	Ce domaine permet l'accès à d'autres savoirs et à une culture rendant possible l'exercice de l'esprit critique.	L'élève identifie les différents médias (presse écrite, audiovisuelle, Web) et en connaît la nature. Il en comprend les enjeux et le fonctionnement général afin d'acquérir une distance critique et une autonomie suffisantes dans leur usage.	Il fonde et défend ses jugements en s'appuyant sur sa réflexion et sur sa maîtrise de l'argumentation.	L'élève connaît l'importance d'un comportement responsable vis-à-vis de l'environnement et de la santé et comprend ses responsabilités individuelle et collective.	Il implique une réflexion sur soi et sur les autres, une ouverture à l'altérité, et contribue à la construction de la citoyenneté.
Savoir communiquer efficacement Être habile dans les relations interpersonnelles	L'élève parle, communique, argumente à l'oral de façon claire et organisée.	L'élève apprend à utiliser avec discernement les outils numériques de communication et d'information en respectant les règles sociales de leur usage.	L'élève coopère et fait preuve de responsabilité vis-à-vis d'autrui. Il respecte les engagements pris envers lui-même et envers les autres.		Dans le cadre d'activités et de projets collectifs, il prend sa place dans le groupe en étant attentif aux autres pour coopérer ou s'affronter dans un cadre réglementé.
Avoir conscience de soi Avoir de l'empathie pour les autres		La maîtrise des méthodes et outils pour apprendre développe l'autonomie et les capacités d'initiative ; elle favorise l'implication dans le travail commun, l'entraide et la coopération.	L'élève est capable de faire preuve d'empathie et de bienveillance. Il comprend que la laïcité garantit la liberté de conscience et permet de vivre ensemble pacifiquement.	L'élève sait que la santé repose sur des fonctions biologiques coordonnées, susceptibles d'être perturbées par des facteurs physiques, chimiques, biologiques et sociaux de l'environnement et que certains de ces facteurs de risques dépendent de conduites sociales et de choix personnels.	Ce domaine implique une réflexion sur soi et sur les autres, une ouverture à l'altérité, et contribue à la construction de la citoyenneté.
Savoir gérer son stress Savoir gérer ses émotions	Il s'exprime par des activités, physiques, sportives ou artistiques, impliquant le corps. Il apprend ainsi le contrôle et la maîtrise de soi.		L'élève exprime ses sentiments et ses émotions en utilisant un vocabulaire précis.		Il mobilise son imagination et sa créativité au service d'un projet personnel ou collectif. Il développe son jugement, son goût, sa sensibilité, ses émotions esthétiques.

1.2.2 Enseignement supérieur

Enseignement supérieur chargé de la formation initiale des maîtres

La formation des professionnels chargés de l'encadrement des enfants et des jeunes est un levier majeur du développement des CPS, aussi bien lors de la formation initiale que lors de la formation continue.

La direction générale de l'enseignement supérieur et de l'insertion professionnelle (Dgesip) a pour objectifs de développer les CPS pour tous les étudiants et d'enseigner les CPS au sein des instituts nationaux supérieurs du professorat et de l'éducation (Inspé). L'un des objectifs de la formation des futurs enseignants est de les préparer à leur mission d'acteurs de santé (éducation pour la santé). La formation initiale en Inspé commence à prendre en compte des CPS dans le référentiel de formation du master « Métiers de l'enseignement, de l'éducation et de la formation » (MEEF) au travers de deux axes :

- « Encourager la réflexion sur les gestes professionnels au service du développement psychologique et cognitif de l'enfant ou de l'adolescent, de l'épanouissement de ses talents, de ses savoirs et de sa culture, et de la construction de sa citoyenneté et de son parcours » ;
- Le référentiel « encadrement éducatif » qui vise explicitement le développement des CPS.

La place des CPS dans ces formations est un enjeu majeur.

Enseignement supérieur et reconnaissance du développement des CPS

L'engagement étudiant, en particulier, constitue un levier fort pour le développement et/ou le renforcement d'aptitudes, connaissances et compétences complémentaires de celles de la formation des étudiants. Afin de saisir tout le potentiel de cet engagement au profit de la citoyenneté et l'insertion professionnelle des étudiants, la loi du 27 janvier 2017 relative à l'égalité et à la citoyenneté prévoit en particulier que les établissements d'enseignement supérieur (62, 63) :

- élaborent une politique permettant de promouvoir l'engagement étudiant (article L611-10 du code de l'éducation) ;
- valident les compétences, connaissances et aptitudes acquises au titre de l'engagement²⁵ dans la formation (article L611-9 du même code) ;
- mettent en place des aménagements dans l'organisation et le déroulement des études et des droits spécifiques pour permettre aux étudiants engagés de concilier leurs études et leur engagement (article L611-11 du même code).

Une circulaire (n° 2017-146 du 7 septembre 2017) et une charte complètent ce cadre réglementaire et favorisent le développement des compétences psychosociales des étudiants en formation dans les établissements d'enseignement supérieur.

1.2.3 Établissements d'enseignement et de formation agricoles

L'instruction technique DGER/SDPFE/2021-216 du 24 mars 2021 relative au déploiement de la promotion de la santé dans les établissements d'enseignement de formation agricoles, intègre une mention explicite sur le développement des CPS (64). Il s'agit d'aider le jeune à s'approprier progressivement les moyens d'opérer des choix et d'adopter des comportements

²⁵ Modalités d'engagement éligibles aux dispositifs : bénévolat au sein d'une association (inclus les étudiants élus), activité professionnelle au sein ou hors de l'établissement d'enseignement supérieur, activité militaire dans la réserve opérationnelle, sapeur-pompier, service civique, volontariat dans les armées.

responsables, pour lui-même et vis-à-vis des autres. Cela constitue une composante de l'éducation à la citoyenneté et un enjeu de climat scolaire.

La rénovation actuelle des référentiels de formation du baccalauréat professionnel intègre les CPS et leur évaluation. Mais si le renforcement des CPS s'effectue sur le temps de classe, il a aussi une place majeure dans les autres temps de vie scolaire de l'élève, en particulier dans le cadre des activités associatives et sportives, sachant que près de 60% des jeunes sont internes. Des actions de formation sont mises en place auprès des personnels enseignants, d'éducation et de santé sur le développement des CPS chez l'adolescent. De plus, un site internet consacré à la promotion de la santé dans l'enseignement agricole va très prochainement compléter le dispositif auprès des acteurs de l'enseignement, avec une place majeure accordée aux CPS. Le déploiement des CPS s'opère aussi dans le cadre d'appels à projets nationaux du ministère de l'Agriculture et de l'Alimentation (MAA), et en particulier ceux portés par le réseau national d'éducation pour la santé, l'écoute et le développement de l'adolescent (Reseda).

À titre d'exemple, pour prévenir les conduites addictives des jeunes apprenants de l'enseignement agricole, des programmes visant à développer des compétences psychosociales ont débuté en 2016 à l'initiative de la Direction générale de l'enseignement et de la recherche du ministère de l'Agriculture (DGER). Cette démarche est soutenue par la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (Mildeca). Les établissements et les autorités académiques impliqués dans ce dispositif suivent une formation sur la méthodologie de projet en santé, les démarches de programme visant la prévention des conduites addictives, l'évaluation, le développement des compétences psychosociales. Ils bénéficient d'un temps d'information et d'échanges de pratique avec les équipes d'établissements ayant intégré la démarche précédemment. Les personnes référentes au sein des autorités académiques bénéficient d'un accompagnement pour les aspects méthodologiques. Chaque programme intègre une évaluation du programme et des actions, notamment les répercussions sur les apprenants et l'établissement. Sur la période 2021-2023, une recherche-action est prévue sur le développement des CPS dans le cadre de ce type de dispositif.

1.3 Protection de l'enfance

1.3.1 Aide sociale à l'enfance (ASE)

Les recommandations de la Haute Autorité de santé (HAS) rencontrent les missions de l'ASE qui doit apporter, entre autres, un soutien éducatif aux mineurs, à leur famille, aux mineurs émancipés et aux majeurs âgés de moins de 21 ans confrontés à des difficultés sociales. La loi du 14 mars 2016 a introduit au sein du Code de l'action sociale et des familles (CASF) l'article L.223-3-2, qui dispose que : « au terme de l'accueil d'un enfant par le service de l'aide sociale à l'enfance (ASE), le président du conseil départemental s'assure qu'un accompagnement permet le retour et le suivi de l'enfant dans sa famille dans les meilleures conditions ». La stratégie nationale de prévention et de protection de l'enfance (2020-2022) insiste sur la nécessité de « systématiser les mesures d'accompagnement au retour à domicile en fin de placement ». Pour l'ASE, le développement des CPS auprès des enfants et des familles et la formation de ses encadrants peuvent constituer des leviers forts pour ses missions éducatives tout en répondant aux RBPP de la HAS.

1.3.2 Protection judiciaire de la jeunesse (PJJ)

La Direction de la Protection judiciaire de la jeunesse (DPJJ) du ministère de la Justice conduit des activités d'insertion afin d'accompagner les mineurs qui lui sont confiés vers une intégration sociale et une insertion scolaire et professionnelle. Outre ses propres dispositifs,

elle s'appuie sur la société civile, dans la perspective d'éduquer les jeunes qu'elle prend en charge aux valeurs de citoyenneté et de la République. Pour ce faire, la DPJJ met en place des partenariats permettant de favoriser cette démarche. Depuis 2013, la DPJJ s'est engagée dans une démarche globale de promotion de la santé (65) (66) visant la mobilisation de toute l'institution, des unités éducatives jusqu'à l'administration centrale, avec le soutien de la Fédération nationale d'éducation et de promotion de la santé et de son réseau. Soutenue par la Direction générale de la santé (DGS) dans le cadre d'une charte de partenariat en santé publique et par la Mildeca dans le cadre des Fonds de concours, cette démarche s'inscrit dans divers plans nationaux (Stratégie nationale de santé, Plan « Priorité prévention », Stratégie 2017-2021 pour les personnes sous main de justice, Plan national de mobilisation contre les addictions).

Cette dynamique nationale « PJJ promotrice de santé » s'appuie sur les cinq axes d'intervention inscrits dans la charte d'Ottawa. Elle vise à agir sur l'ensemble des déterminants de la santé accessibles pendant la prise en charge. Cela permet ainsi, au-delà de l'accès aux droits et aux soins, que soient développées les compétences psychosociales des jeunes et leur participation active, dans un environnement de prise en charge favorable à la santé, en impliquant au mieux les parents pour renforcer leur pouvoir d'agir. L'accompagnement éducatif s'appuie donc sur la santé conçue comme une alliée efficace de l'exécution du projet éducatif des jeunes, axé sur la valorisation et la prise en compte des ressources individuelles et collectives.

L'École nationale de la PJJ (ENPJJ) propose en formation statutaire et continue des contenus pour l'appropriation de cette démarche par les professionnels. En binôme avec la Fédération nationale d'éducation et de promotion de la santé (Fnep), elle fait particulièrement appel à la mutualisation et à l'enrichissement des pratiques de terrain.

Cette démarche ambitieuse, qui nécessite une construction sur mesure et des ajustements réguliers, ne peut se faire qu'avec un engagement dans la durée, une formation soutenue des encadrants et une évaluation des actions mises en place. Ainsi confirme-t-elle la légitimité et la place de chaque professionnel de la PJJ en tant qu'acteur de santé-bien-être pour déployer une approche intégrée de la santé, inclure la santé dans tous les champs d'activités de la DPJJ et mobiliser l'ensemble des échelons de l'institution de manière cohérente. À ce titre, une attention particulière est également accordée à la qualité de vie au travail des professionnels.

2. Politiques territoriales (voir chapitre 5 sur les interventions CPS dans les territoires)

De nombreux acteurs se saisissent de la question des CPS et mettent en place des actions au sein de leurs territoires d'intervention (ARS, rectorats, PJJ, missions locales, contrats locaux de santé (CLS), associations...). Il existe une diversité de publics, mais en dehors de la cellule familiale, l'école reste le lieu d'implantation par excellence. Il y a aussi des actions visant à développer les CPS dans les milieux du handicap ou du social. Les pratiques sur les CPS s'articulent souvent autour de trois axes :

- des programmes structurés au niveau régional, soutenus par les agences régionales de santé (ARS) et souvent coordonnés par le réseau des instances régionales d'éducation et de promotion de la santé (Ireps) ou par des associations comme l'association Addictions France ou la Fédération Addiction ;
- une diffusion auprès de porteurs de projets dans des structures locales scolaires, sociales et médicosociales ;
- des formations auprès des professionnels, sur l'ensemble des domaines de l'accompagnement des personnes.

Exemple d'illustration d'un projet de développement des CPS en région ARA

Dénommé « Compétences psychosociales : promotion de la santé dans et hors l'école », ce projet a été financé par l'Agence régionale de santé Auvergne-Rhône-Alpes (ARA) et appliqué de 2013 à 2018 dans cinq territoires par l'Ireps ARA. Le projet avait pour objectif principal le renforcement des compétences psychosociales des enfants de 7 à 12 ans. Fondé sur un partenariat avec les acteurs locaux et une adaptation fine au contexte, l'action a consisté à co-construire les objectifs annuels du projet à partir des demandes et des besoins, d'organiser les activités dans et hors l'école, et de répartir les responsabilités entre les différents partenaires impliqués. Il y avait entre autres des représentants de la commune (élus ou techniciens) et de la direction territoriale de l'ARS, des acteurs éducatifs (centre social, centre de loisirs, centre de vacances, professionnels de l'école, professionnels/bénévoles des associations de quartier, d'éducation populaire), des associations de parents, etc. Les activités définies chaque année par un comité de coordination ont pris la forme de sensibilisation/formation ou d'accompagnement d'équipes éducatives dans l'élaboration, la mise en pratique et l'évaluation d'activités visant le développement des CPS des enfants. Cette démarche reposait sur un cadre théorique des CPS, avec les outils proposés au sein du cartable des CPS de l'Ireps des Pays de la Loire. Le travail a consisté notamment en i) des séances auprès des enfants comme levier de formation, ii) des séances d'échange de pratiques entre professionnels, iii) l'intégration de l'objectif de développement des CPS des enfants dans les pratiques quotidiennes, et le travail sur les postures professionnelles, iv) le fait de favoriser l'interconnaissance via des temps de décroisement entre structures (ex. atelier d'échange inter-structures périscolaires et école) et v) l'harmonisation et la cohérence des pratiques éducatives à l'échelle d'un territoire, mutualisation des ressources.

Le projet territorial de santé mentale (décret n° 2017-1200 du 27 juillet, Art. R. 3224-10) a pour priorité l'organisation des conditions d'action sur les déterminants sociaux, environnementaux et territoriaux de la santé mentale. À ce titre, il vise à « Renforcer les compétences des personnes en matière psychosociale, notamment dans les champs de l'éducation, de la parentalité et du travail, afin de promouvoir les facteurs qui favorisent le bien-être mental. »

Dans le cadre de l'accompagnement des jeunes de 16 à 25 ans dans l'insertion professionnelle et sociale, certaines missions locales (ex. en Champagne-Ardenne (67) proposent notamment à des jeunes en difficulté d'insertion, un renforcement des CPS (visant notamment à travailler sur l'estime de soi ou l'évaluation positive de ses compétences et possibilités). Ces initiatives ont reçu le soutien financier de collectivités territoriales, en particulier de communes et intercommunalités, du Commissariat général à l'égalité des territoires (CGET) remplacé en 2020 par l'Agence nationale de la cohésion des territoires. Des villes appartenant au réseau français des villes-santé OMS peuvent se saisir de la question des CPS. C'est le cas par exemple de La Rochelle, qui s'est engagée dans un programme de développement des compétences psychosociales des enfants en primaire.

Les communes mènent aussi des actions de soutien à la parentalité, sur les CPS dans le cadre des contrats locaux de santé (CLS) et des quartiers de la politique de la ville. Une stratégie systématique, appuyant un déploiement assumé de ces compétences au sein des agents des collectivités chargés des enfants et des jeunes, reste encore peu visible. Il y a peu de formations sur les CPS conçues et dispensées dans le Centre national de la fonction publique territoriale (CNFPT), qui accompagne les collectivités territoriales et leurs agents dans leurs missions de service public. Cela nécessite d'afficher une programmation avec des objectifs clairs, des effets attendus, des actions à mettre en place et leur évaluation.

Aujourd'hui, il convient de renforcer la cohérence et la complémentarité des politiques publiques, afin que les enfants et les jeunes puissent développer et s'approprier ces compétences psychosociales durant leurs apprentissages, en milieu scolaire et dans les autres milieux de vie afin de les réutiliser dans leur vie sociale et professionnelle actuelle et future. C'est ce que propose la stratégie nationale multisectorielle de renforcement des CPS des enfants et des jeunes.

CHAPITRE 5. ÉTAT ACTUEL EN FRANCE : INTERVENTIONS CPS DANS LES TERRITOIRES

1. Interventions CPS en milieu scolaire : une enquête menée auprès des ARS et des rectorats (2017-2018 ; Santé publique France/DGS/Dgesco)

1.1 Objectifs et méthode de l'enquête de Santé publique France

Une enquête a été conduite entre 2017 et 2019 par Santé publique France pour dresser un état des lieux descriptifs des programmes de développement des CPS déployés sur le territoire national. Des questionnaires ont été envoyés par courriel aux référents des politiques chargés de la jeunesse, de la santé mentale, des addictions et aux directeurs de santé publique des agences régionales de santé (ARS), avec le soutien de la Direction générale de la santé (DGS), ainsi qu'aux conseillers techniques (médecins et infirmiers) des rectorats avec le soutien de la Direction générale de l'enseignement scolaire (Dgesco).

Parmi les 18 ARS sollicitées, 16 ont répondu au questionnaire, dont 13 ARS métropolitaines et 3 ARS ultramarines. Concernant les rectorats, 18 ont répondu parmi les 30 sollicités.

Il était demandé de renseigner un maximum de 6 programmes principaux par ARS et par rectorat pour ne pas prendre trop de temps aux structures mobilisées pour répondre et identifier les principaux programmes en cours. Il ne s'agit donc pas d'un inventaire exhaustif des projets menés en France mais plutôt d'un échantillon de programmes sélectionnés et renseignés par les régions et les rectorats. Les questions exploitées ont porté sur le nom du programme, le nom de la structure déployant le programme, l'âge ou le niveau scolaire ciblé, le milieu d'intervention, le nombre total et la durée des sessions, ainsi que leur fréquence, les outils d'animation utilisés, les types de compétences psychosociales travaillées, et enfin l'existence de données d'évaluation.

1.2 Principaux résultats de l'enquête de Santé publique France (voir annexes 2 et 3)

Les résultats présentés décrivent les caractéristiques des programmes et les comparent aux standards des programmes de développement des CPS présentés comme efficaces par la littérature scientifique. Les critères standards retenus concernant l'efficacité des programmes sont issus de la revue de littérature effectuée dans le cadre de l'expertise collective « Jeunes et addictions » menée en 2014 (68). Il s'agit d'assurer un minimum de six sessions avec un travail à minima sur les compétences émotionnelles et sociales et l'utilisation de méthodes expérientielles (ex. jeux de rôle).

Seuls 16 des programmes recensés par les ARS étaient déployés exclusivement hors milieu scolaire. La plupart étaient essentiellement consacrés au soutien à la parentalité, à la prévention des addictions auprès de jeunes consommateurs conduits dans des centres de soin, à l'accompagnement et la prévention en addictologie (CSAPA). Il s'agissait aussi de points relais jeunes ou encore de programmes à destination de jeunes en apprentissage, de jeunes sous main de justice ou en réinsertion sociale. Les résultats présentés dans cette section concernent les programmes déployés en milieu scolaire. Au total, les analyses descriptives s'appuient sur un corpus de 94 programmes déployés en milieu scolaire (N = 94 programmes dont 39 recensés par les ARS et 55 par les rectorats).

1.2.1 Thématiques des CPS et niveau scolaire d'implantation

Environ un tiers des programmes recensés (34%) étaient présentés en tant que programmes de développement des CPS, sans mention de thématiques spécifiques de prévention. Dans 22% des cas, les programmes portaient sur la prévention des addictions et dans 7% des cas sur la formation des professionnels. Chacune des thématiques sur la sexualité, les violences et la nutrition concernaient 5% des programmes. Enfin 4% d'entre eux étaient de nature pédagogique ou du domaine de la promotion de la santé (tableau 6). Les sujets liés à la santé mentale (prévention des troubles ou promotion du bien-être) n'ont été évoqués pour aucun programme.

Les programmes CPS sont majoritairement implantés en école élémentaire (51%) ou au collège-lycée (49%) ; on les retrouve également en maternelle pour 28% et au niveau post-bac (BTS, classes préparatoires en lycée) pour une minorité (6%). Près de la moitié de ces programmes (54%) sont implantés sur un seul niveau scolaire (maternelle ou élémentaire ou collège-lycée ou post-bac en lycée). Dans 31% des cas, les programmes étaient déployés sur deux niveaux scolaires et dans 12% des cas sur les trois niveaux scolaires ou plus. Pour 2% des programmes recensés, le niveau scolaire d'implantation n'est pas connu (tableau 6).

1.2.2 Caractéristiques des programmes

Le nombre de sessions au total était inférieur à 6 pour environ un tiers (35%) des programmes et égal ou supérieur à 6 pour près de la moitié (46%) (tableau 6) ; pour 19% des programmes, cette information n'est pas connue. La durée des sessions était au moins de deux heures dans 39% des cas, égale à une heure dans 24% des cas, égale à une heure trente dans 12% des cas et inférieures à une heure dans 6% des cas ; dans 19% des cas, cette information n'est pas connue. Enfin, la durée totale des programmes était inférieure à six heures pour 19%, entre six et onze heures pour 12% et supérieure à onze heures pour 45%. Cette donnée n'a pu être calculée pour 24% (tableau 6). Enfin la fréquence des sessions était quotidienne pour 11%, hebdomadaire pour 27% et mensuelle pour 23%. Pour 9% le rythme était inférieur à un rythme mensuel et pour 30% l'information n'était pas connue (tableau 6).

Les outils mobilisés pour travailler les CPS comportaient des discussions de groupes (citées dans 67% des programmes), des jeux de rôle (48%) et des créations artistiques (34%) ; l'information n'était pas connue pour 19% des interventions (tableau 6).

Dans 80% des cas, ces programmes travaillaient des compétences émotionnelles, dans 74%, des compétences cognitives et dans 73% des compétences sociales. Dans 63% des programmes, les trois catégories de compétences étaient travaillées. Deux catégories de compétences étaient travaillées dans 17% des cas et dans 5% une seule. Pour 15% des programmes, cette information n'était pas connue (tableau 6).

Enfin, les données d'évaluation étaient disponibles pour 74% des programmes recensés. De façon détaillée, sur la base des données fournies par les ARS, 56% des programmes disposaient de données d'implantation et 58% de données relatives à leur efficacité. Cette information (présence ou absence de données d'évaluation) n'était pas connue pour près d'un tiers des programmes.

1.2.3 Caractère prometteur des programmes recensés

Au regard des données de littérature, 3 critères combinés avaient été retenus pour définir *a priori* le caractère prometteur des programmes décrits. Pour rappel, il s'agissait d'un nombre de sessions au moins égal ou supérieur à 6, avec un travail *a minima* sur les compétences émotionnelles et sociales et l'utilisation d'outils expérientiels tels que les jeux de rôle.

Sur les 94 programmes recensés, 21 combinaient ces 3 critères (soit 22%), près de la moitié des programmes (48%) n'y satisfaisaient pas et pour 30%, au moins l'un de ces 3 critères n'était pas connu.

À titre d'information, les facteurs communs aux programmes CPS efficaces sont présentés dans le chapitre 7 et les programmes déployés dans plusieurs régions dans l'annexe 4.

1.3 Bilan et perspectives (à la suite de l'enquête de Santé publique France)

Au regard des données recueillies auprès des référents des ARS et des conseillers techniques des rectorats, il ressort que :

- près d'un programme sur deux présentait un niveau d'intensité conforme aux données de littérature (égal ou supérieur à six séances) ;
- six programmes sur dix travaillaient les trois catégories de compétences et près de deux sur dix travaillaient deux catégories de compétences.
- seulement un programme sur cinq combinait les critères d'un programme prometteur, c'est-à-dire une certaine intensité (au moins six séances), un travail *a minima* sur les compétences sociales et émotionnelles en utilisant des méthodes expérientielles (jeux de rôle) ;
- environ un tiers des programmes étaient insuffisamment connus ou décrits pour évaluer *a priori* leur éventuel caractère prometteur.

La production d'un état des lieux actualisés et affiné des programmes en cours d'implantation dans les territoires constitue un support utile au pilotage de stratégies régionales de déploiement des CPS. À cet égard, il décrit notamment les objectifs de santé visés ainsi que les caractéristiques des programmes associées à une efficacité théorique (en particulier le nombre et la fréquence des sessions, les compétences travaillées et les outils utilisés). Il semble qu'une proportion importante (environ la moitié) des programmes déjà déployés en 2017-2019 disposait du temps nécessaire à un travail substantiel visant l'acquisition ou le renforcement de compétences psychosociales. Si cette proportion laisse une marge significative de progression, comme sur d'autres indicateurs, elle témoigne cependant de la possibilité d'implémenter ces programmes sur le temps scolaire ainsi que de la forte implication des professionnels.

Cette enquête a permis de fournir une photographie rétrospective des programmes déployés sur les territoires, elle comporte néanmoins des limites importantes. Les résultats portent sur un recensement effectué en 2017-2018. Or, la situation actuelle a sans doute évolué du fait d'une diffusion plus large des connaissances relatives aux programmes de développement des CPS et de financements nationaux consacrés au déploiement de certains programmes tels qu'*Unplugged* ou GBG. Par ailleurs, les données recueillies ne sont pas exhaustives et certaines sont manquantes, tant du point de vue du taux de participation à l'enquête que des nombreuses informations inconnues ou non disponibles concernant les programmes décrits (pour environ un tiers d'entre eux). Les informations recueillies peuvent de surcroît être incomplètes, voire erronées concernant certains aspects, du fait d'une connaissance insuffisamment détaillée du programme concerné ou encore d'un manque de précision dans les données disponibles pour les qualifier de la part des personnes référentes ayant été contactées dans les rectorats et les ARS.

Enfin, les facteurs sélectionnés pour juger du caractère *a priori* prometteur des programmes ne garantissent pas toujours l'efficacité des interventions, ni leur bonne adaptation ou application dans le milieu ou contexte de déploiement. Inversement, les programmes n'ayant pas ces facteurs ne peuvent être définitivement écartés sans connaissance plus fine des objectifs et modalités d'interventions. Dans l'idéal, une rencontre avec les acteurs et quelques séances d'observation sont nécessaires pour juger de leur pertinence et identifier leurs forces

et faiblesses. Précisons à ce titre qu'un observateur se doit d'être outillé par une connaissance minimale des mécanismes d'actions des programmes et des conditions qui sous-tendent leur efficacité. Ces facteurs, issus des données de littérature, constituent en effet, et malgré leurs limites, une aide utile à la décision et un premier cadre de sélection des interventions les plus pertinentes à déployer. Ce point sera détaillé dans le chapitre 7.

Tableau 6 - Description (en pourcentage selon diverses variables) des programmes en milieu scolaire recensés entre 2017 et 2018 par les ARS et rectorats

Programmes (N=94)			
Variables		Variables	
Thèmes	%	Nombre de sessions	%
CPS uniquement	34	Inférieur à 6	35
Addictions	22	6-10	23
Formation	7	11 et +	23
Nutrition	5	NSP	19
Sexualité	5		
Violences	5		
Autres (promotion santé, pédagogie)	4		
NSP	18		
Niveau scolaire*	%	Durée des sessions	%
Maternelle	28	Moins de 1 h	6
Élémentaire	51	1 h	24
Collège et lycée	49	1 h 30	12
Post-bac en lycée (IUT/BTS)	6	2 h et +	39
NSP	2	NSP	19
Nombre de niveaux scolaires	%	Durée totale du programme	%
1 niveau scolaire	54	Inférieure à 6 h	19
2 niveaux	31	Entre 6 h et 11 h	12
3 niveaux ou +	13	Plus de 11 h	45
NSP	2	NSP	24
Outils utilisés*	%	Fréquence des sessions	%
Discussions de groupe	67	Quotidienne	11
Jeux de rôle	48	Hebdomadaire	27
Créations artistiques	34	Mensuelle	23
Autres	34	Moins que mensuelle	9
NSP	19	NSP	30
Catégories de compétences travaillées*	%	Nombre de catégories de compétences travaillées	%
Cognitives	74	1 catégorie	5
Émotionnelles	80	2 catégories	17
Sociales	73	3 catégories	63
NSP	0	NSP	15

* Plusieurs réponses possibles ; NSP : ne sait pas

2. Les CPS dans la formation des enseignants en 2021 : résultats préliminaires de l'étude Unirés

Le Réseau des universités pour l'éducation à la santé, Unirés, a été créé en 2007 à l'initiative de la conférence des directeurs d'IUFM, aujourd'hui réseau des Inspé (instituts nationaux supérieurs du professorat et de l'éducation). L'Unirés est composé d'enseignants chercheurs, formateurs, professionnels de santé. Il articule ses missions autour de trois grands axes : la formation, la recherche et la mutualisation des ressources.

2.1 Objectifs et méthode de l'étude Unirés

Une étude a été réalisée en 2021 par l'Unirés pour dresser un état des lieux de la place des contenus relatifs aux CPS dans la formation des enseignants en masters 1 et 2 des métiers de l'enseignement, de l'éducation et de la formation (MEEF), toutes mentions confondues, délivrées par les instituts nationaux supérieurs du professorat et de l'éducation.

Cet état des lieux s'est appuyé sur l'analyse de 904 maquettes (programmes) de formations issues de 28 Inspé parmi les 32 Français, territoires ultramarins inclus. Le corpus de maquette a été constitué à la suite de la consultation des sites internet des 32 Inspé et le téléchargement de l'ensemble des maquettes présentées sur leur site. La liste a ensuite été vérifiée et complétée pour chacun des Inspé par les coordonnateurs du réseau Unirés afin de constituer un corpus quasi-exhaustif. Chaque maquette a fait l'objet d'une analyse sémantique par recherche de fréquence de mots par le logiciel NVivo²⁶. Cette analyse a été complétée par un recueil de données par questionnaire auprès des formateurs en Inspé (formateurs master MEEF 1^{er} et 2^e année toutes mentions confondues). Les questions posées visaient à détailler les intitulés des Unités d'enseignement présentés dans les maquettes, à faire remonter d'autres contenus liés aux CPS et à identifier les freins et les leviers à l'intégration des compétences psychosociales dans la formation des enseignants. Le questionnaire a été diffusé le 6 avril 2021 par courriel (avec un lien de connexion à LimeSurvey) via le réseau des Inspé partenaire d'Unirés ainsi qu'à l'ensemble des coordonnateurs du réseau Unirés pour diffusion à leurs collègues intervenant en Inspé. Sur 82 questionnaires reçus et traités, 49 ont renseigné les items relatifs aux compétences psychosociales. L'enquête par questionnaire est toujours en cours et les données présentées n'ont pas valeur de représentativité. Elles permettent cependant de fournir quelques éléments qualitatifs utiles à la réflexion dans l'attente des éléments définitifs.

2.2 Résultats de l'étude Unirés

2.2.1 Analyse des mots-clés dans les maquettes de formation

Sur les 904 maquettes analysées, 136 présentent des mots clés du domaine de la santé, 3 mentionnent les compétences psychosociales²⁷, 2 les compétences sociales²⁸ et 1 les

²⁶ Les mots clés utilisés pour l'analyse sémantique des contenus relatifs aux compétences psychosociales ont été les suivants : Compétences psycho-sociales ; Compétences psychosociales ; Compétences émotionnelles ; Compétences cognitives ; Compétences sociales.

²⁷ Inspé Centre-Val de Loire, Master MEEF 1^{er} degré, m2 : UE 32 EC2 Maintenir un climat propice à l'apprentissage. Développer des connaissances pédagogiques sur la manière de faire acquérir des CPS telles que comprendre ses sentiments, démontrer de l'empathie...

Inspé Guyane, Master MEEF FAE premier degré : UEED2 Éducatrices à la santé et compétences psycho-sociales.

Inspé Nouvelle Calédonie, Master MEEF premier degré : Apports théoriques : stratégies d'enseignement : développement des compétences psychosociales.

²⁸ Inspé de Nantes ; Master MEEF M2 premier degré : UE31 Socle commun, transdisciplinarité et polyvalence ; EC4 Accompagnement du développement des compétences sociales et civiques des élèves Inspé Versailles ; Master MEEF PIF Parcours bien-être dans les organisations : UE Se spécialiser et approfondir ; EC 412 Compétences émotionnelles et sociales et bien-être.

compétences émotionnelles²⁹. Au total, les termes de « compétences sociales », « compétences émotionnelles » ou « compétences psychosociales » sont mentionnés dans 6 maquettes sur les 904 analysées. Le terme « santé » retrouvé dans 15% des maquettes est essentiellement présent dans les maquettes associées à des savoirs disciplinaires en master 2 (e.g. Sciences de la vie et de la terre ; Biotechnologies, Santé, Environnement ; Éducation Santé Environnement Citoyenneté ; Éducation physique et sportive) et dans une moindre mesure dans les enseignements de tronc commun en master 1.

2.2.2 Résultats intermédiaires des réponses aux questionnaires adressés aux formateurs des Inspé

Parmi les 49 répondants, 10 ont déclaré avoir abordé la question des CPS dans leurs interventions (soit 20%). Le nombre d'heures d'intervention effectué varie entre deux (cité par 1 répondant) et dix (cité par 1 répondant). Les concepts les plus souvent mobilisés par les formateurs pour faire référence aux compétences psychosociales sont les compétences émotionnelles (39%) ; les compétences sociales (33%) ; les compétences transversales (29%) ; les CPS (24%) et les compétences comportementales (20%). Quelques répondants citent les compétences utiles à la vie (12%), les *life skills* (10%) ou encore les *soft skills* (6%).

Concernant les freins et les leviers à l'intégration de contenus sur les compétences psychosociales et plus largement de contenus liés à la promotion de la santé dans les formations, deux questions ouvertes ont été posées. Sur les 49 répondants, seulement la moitié y ont répondu.

Le frein le plus souvent mentionné (par 13 répondants) a été le manque de temps au regard du programme et du volume horaire de formation, suivi des représentations négatives sur les CPS et du manque de connaissances (10 répondants), du caractère jugé non prioritaire de ces enseignements (8 répondants), du manque de formation des formateurs sur ces concepts et approches (3 répondants) et enfin d'une absence de volonté politique (3 répondants).

Concernant les leviers à l'intégration de ces contenus dans les formations, le plus souvent cité a été le soutien institutionnel (13 répondants), leur intégration dans les maquettes de formation et la formation des formateurs (8 répondants), la mise à disposition de publications et de travaux de recherche (3 répondants), le fait de favoriser les partenariats et le travail en équipe avec tous les membres de communauté éducative (3 répondants) et enfin la volonté ou les demandes de formations exprimées par les étudiants et enseignants stagiaires (2 répondants).

2.3 Bilan et perspectives (à la suite de l'enquête Unirés)

Rares sont les maquettes des masters des métiers de l'enseignement, de l'éducation et de la formation (MEEF) à mentionner la promotion de la santé et ses différents thèmes de manière formalisée. Seuls les termes « santé », « bien-être » et « éducation à la santé » sont mentionnés sur certains parcours spécialisés de master 2 et dans quelques éléments du tronc commun de master 1. Les notions de « compétences psychosociales » sont quant à elles quasi-absentes des plaquettes de formation. Toutefois, ce premier état des lieux a été réalisé en amont de la réforme de la formation initiale des enseignants. Les maquettes ont été en refonte toute l'année universitaire 2021 pour une application (non généralisée) à la rentrée 2021-2022. L'introduction du cadre des écoles promotrices de santé, détaillé dans un *vademecum* publié en janvier 2020 (60) par le ministère de l'Éducation nationale, présentait le développement des CPS comme l'un des axes prioritaires. Cette orientation récemment promue par le ministère pourrait contribuer à une première montée en charge des contenus relatifs au développement des compétences psychosociales dans les maquettes de formation. L'analyse des nouvelles maquettes permettra d'en observer les évolutions.

²⁹ Inspé de Versailles : Master MEEF PIF Parcours bien-être dans les organisations : UE Se spécialiser et approfondir ; EC 412 Compétences émotionnelles et sociales et bien-être.

Bien que cela ne soit pas formalisé dans les programmes, une partie des formateurs interrogés indiquent déjà aborder la question des compétences psychosociales dans leurs interventions. Un certain nombre de freins et de leviers à cette émergence ont été identifiés par les formateurs. Les données recueillies par questionnaire n'en permettent pas une quantification (taille et représentativité insuffisante) mais sont déjà à même d'ouvrir quelques pistes de réflexion et d'actions. Parmi les principaux obstacles/leviers mentionnés, on retrouve le manque de temps consacré à des enseignements qui n'apparaissent pas prioritaires au regard de la préparation des étudiants au concours (centré sur les savoirs disciplinaires), le manque de connaissances, de formation des formateurs ainsi que d'outils et supports accessibles et adaptés pour intégrer ces enseignements dans les programmes de formation et enfin le besoin d'un soutien institutionnel fort.

3. Bilan et perspectives concernant la situation française en matière de développement des CPS

Les programmes de développement des CPS se sont diffusés majoritairement dans les pays anglophones dans un premier temps, notamment sous l'impulsion du CASEL aux États-Unis (*Collaborative for Academic, Social, and Emotional Learning*). Toutefois, depuis plus de dix ans, l'Inpes puis Santé publique France ont soutenu la traduction, l'adaptation et le déploiement de programmes de développement des CPS en France. Cet effort a été relayé par toutes les instances régionales d'éducation et de promotion de la santé (Ireps), dont certaines ont développé leurs propres programmes. Malgré ce déploiement de plus en plus important et accéléré par la demande très forte provenant de l'Éducation nationale depuis que le développement des CPS figure dans les orientations de ce ministère, les évaluations d'intervention restent peu fréquentes. Cela peut notamment s'expliquer par des différences culturelles et institutionnelles de pratiques et de rapport à l'évaluation des interventions, ainsi que par le manque d'outils de mesure de l'ensemble des CPS ou encore l'absence de ligne budgétaire spécifique dans les projets.

L'enquête menée par Santé publique France montre un déploiement des programmes de développement des CPS en particulier dans le contexte scolaire en France. Elle indique la nécessité de développer davantage d'actions hors milieu scolaire en complément de ce qui est proposé en milieu scolaire. Ainsi, plusieurs programmes structurés sont actuellement disponibles en France, adaptés à différents âges et aux besoins prioritaires identifiés par les établissements scolaires. En annexe 4, figure la liste des principaux programmes structurés ayant fait l'objet d'une évaluation ayant mis en évidence leur efficacité en France. Nous avons présenté les interventions respectant les recommandations SAFE (Séquencée ; Active ; Focalisée ; Explicite) proposées par le *Collaborative for Academic, Social and Emotional Learning* à la suite de la réalisation d'une méta-analyse (69) (voir le tableau sur les facteurs communs aux programmes CPS efficaces dans le chapitre 7).

Cette liste de programmes prometteurs ou validés a également été complétée par des exemples d'initiatives évaluées visant notamment le développement de CPS sous forme de projets établis dans la durée (il ne s'agit pas de programmes structurés et adaptés sous forme de manuels) afin d'ouvrir des perspectives concernant la variété des façons de favoriser le renforcement des compétences psychosociales. Un inventaire plus complet est en cours, réalisé par la Fnes en amont de la mise en place d'un site internet compilant les ressources nationales sur les CPS.

L'état des lieux réalisés par l'Unirés concernant la formation des enseignants au développement des compétences psychosociales indique la nécessité de renforcer ces enseignements dans le but de répondre au mieux aux besoins des établissements scolaires concernant l'instauration de telles interventions. De plus, la formation des professionnels dans le champ du travail social et des soins devrait être renforcée également, sur la base d'un état

des lieux de l'enseignement et des contenus pédagogiques liés aux CPS à mener dans les structures de formation des travailleurs sociaux et des soignants. Des initiatives ont déjà été prises dans différentes académies pour permettre la formation continue des enseignants et personnels de l'Éducation nationale au développement des compétences psychosociales. De même, des initiatives départementales ont vu le jour à destination des professionnels du secteur médico-social afin de leur proposer des formations leur permettant d'intervenir auprès de leur public pour développer les compétences psychosociales.

CHAPITRE 6. EFFETS DES PROGRAMMES CPS PROBANTS

Les nombreuses recherches interventionnelles réalisées au cours de ces quarante dernières années montrent que les programmes CPS peuvent viser diverses finalités et agir sur différentes problématiques : réduire les addictions, les problèmes de santé mentale, la violence, améliorer le bien-être, la santé sexuelle, le climat scolaire, la réussite scolaire.

1. Des programmes de prévention de différents problèmes au développement positif des jeunes

Les concepteurs de programmes de compétences psychosociales ou parentales ont poursuivi des objectifs différents, il n'est donc pas aisé d'en décrire les effets de façon simple. Chaque concepteur et/ou évaluateur a choisi des outils de mesure adaptés à son intention de santé publique ou à son dessein éducatif. Les objectifs sont divers : l'adaptation sociale au contexte scolaire et la réussite scolaire, la prévention de l'usage de tabac, d'alcool ou de substances psychoactives illicites, la prévention de la violence, la prévention dans le domaine de la sexualité ou encore la prévention des troubles de santé mentale.

Ce morcellement a néanmoins été critiqué dans les années 1980 par les défenseurs d'une unicité d'approche autour du développement positif des jeunes (*Positive Youth Development*), qui permettrait de rassembler sous un projet commun, à la fois les initiatives classées dans la science de la prévention - éviter les problèmes - et celles orientées sur le développement positif - donner des ressources et promouvoir la santé et le bien-être (70).

Les défenseurs d'une approche unifiée reconnaissent que si les outils de mesure des problèmes comme les consommations de substances sont relativement standardisés, il n'en est pas de même pour la mesure des développements positifs ou les facteurs de protection qui sont souvent mesurés différemment d'une étude évaluative à l'autre. Catalano et ses collègues plaident donc pour le développement d'un ensemble de mesures qui prennent en compte à la fois les comportements positifs et négatifs, les facteurs de risques et de protection (70).

En effet, selon ces auteurs le fait de grandir en bonne santé ne se limite pas à prévenir l'apparition d'un seul problème. Les mêmes déterminants positifs ou négatifs (appelés déterminants génériques) sont liés à plusieurs problèmes ou états positifs (71). Ceci est illustré par les données de la cohorte de naissance néo-zélandaise de Dunedin indiquant que les mêmes déterminants précoces (comme le niveau de self-control, en plus du niveau socioéconomique), étaient corrélés à un ensemble de difficultés. Parmi elles : l'abandon scolaire, le tabagisme et les grossesses précoces à l'adolescence, certaines maladies métaboliques, des maladies sexuellement transmises, des dépendances à l'âge adulte, mais aussi les problèmes financiers (crédits, revenus) ou de justice (72) dans la sphère sociale. Ces phénomènes qui s'installent précocement sont accessibles à la prévention avec une grande probabilité de retour sur investissement (73).

2. Effets des programmes CPS conçus dans un but préventif

Le tableau 7 ci-dessous résume les effets de différents programmes CPS sur la réduction des conduites addictives vis-à-vis du tabac, de l'alcool, de substances psychoactives, sur la prévention des comportements violents, sur l'amélioration du climat scolaire, la prévention dans le domaine de la sexualité (prises de risque sexuel, réduction des grossesses non

choisies, de la transmission de maladies infectieuses sexuellement transmises...), et la réduction des problèmes de santé.

Tableau 7. Synthèse des effets des programmes CPS dans un but préventif

Objectif	Effets documentés
Réduire le tabagisme	Réduction de 12% en moyenne de l'entrée dans le tabagisme pour les programmes efficaces (méta-analyse de Thomas 2013, portant sur 400 000 jeunes (74, 75)
Réduire la consommation d'alcool	Réduction de la consommation et l'abus d'alcool (plutôt les programmes génériques avec un accent plus large sur la prévention que les programmes ciblés) ; méta-analyse de Foxcroft et Tsertsvadze (53 études) (76, 77)
Réduire la consommation de substances psychoactives	Baisse de la consommation de plusieurs substances psychoactives par des programmes CPS génériques avec un focus mineur sur les produits. Exemples de programme : <i>Life Skills Training</i> (LST) ou <i>Unplugged</i> (31, 78, 79)
Prévenir la violence	Baisse de 15% des comportements violents sur toutes les classes d'âge et de 29% chez les enfants d'écoles secondaires ; les actes de violence étaient selon les études, déclarés, observés, ou monitorés (selon des registres scolaires ou des faits de délinquance dans des registres de police) (revue systématique de 53 programmes, Hahn et collègues) (80-82)
Réduire les comportements perturbant le climat de travail scolaire en cours préparatoire (GBG, Kellam)	À court terme, moins de comportements perturbateurs dans la classe grâce au travail en équipes et aux règles à suivre et une meilleure intégration des enfants en difficulté scolaire. À long terme, chez les jeunes hommes suivis jusqu'à 19-21 ans, en particulier chez ceux qui initialement avaient le plus de comportements disruptifs, moins de fumeurs réguliers, moins de dépendance à l'alcool et aux drogues, moins d'implications avec la justice. Chez les jeunes femmes suivies, moins de pensées et de tentatives de suicide (83)
Améliorer la santé sexuelle	Réduction de la prise de risque sexuel, initiation sexuelle plus tardive, réduction du nombre de rapports sexuels, et du nombre de partenaires, augmentation du recours au préservatif et à la contraception. Potentiel de réduction des grossesses non choisies, de la transmission de maladies infectieuses sexuellement transmises et prévention du sida (84, 85)
Réduire les problèmes de santé mentale	Moindre anxiété, meilleur contrôle de la colère, moindre stress, amélioration de la capacité à se concentrer, meilleure capacité à se relaxer, meilleure capacité à savoir résoudre des problèmes, moins d'idées suicidaires, meilleure connaissance de la santé mentale, meilleure acceptation des personnes souffrant de problèmes psychiques (86)

2.1 Prévention de l'entrée dans le tabagisme

Thomas et collègues (74) ont fait la méta-analyse de plus de 40 ans de recherches évaluatives. Ils ont observé une réduction moyenne de 12% de l'entrée dans le tabagisme chez les jeunes ayant bénéficié de programmes CPS. Ces résultats sont issus de 134 études contrôlées et randomisées auprès de plus de 400 000 jeunes. Les auteurs ont analysé un sous-ensemble de 50 essais contrôlés randomisés (75) (plus de 140 000 écoliers), dont l'objectif était d'empêcher les enfants qui n'avaient jamais fumé de devenir fumeurs (catégorie prévention pure). Les programmes qui utilisaient une approche de compétence sociale et ceux qui combinaient une approche de compétence sociale avec une approche d'influence sociale se sont avérés plus efficaces que d'autres programmes.

2.2 Prévention de l'usage de la consommation d'alcool

Foxcroft et Tsertsvadze (76) ont analysé 53 études expérimentales sur l'efficacité des programmes universels en milieu scolaire pour la prévention de l'abus d'alcool chez les jeunes. Les études ont été divisées en deux groupes principaux en fonction de la nature du programme de prévention : 1) les programmes ciblant spécifiquement la prévention ou la réduction de l'abus d'alcool et 2) les programmes génériques avec un accent plus large sur la prévention (par exemple, la consommation/abus d'autres drogues, ou des comportements antisociaux).

Les effets positifs les plus fréquemment observés dans l'ensemble des programmes concernaient la réduction de l'ivresse et de la consommation excessive d'alcool. Dans certains cas, les programmes n'avaient eu aucun effet (sans avoir pu identifier les facteurs en cause), alors que d'autres programmes ont permis de montrer des différences significatives par rapport aux témoins. Les auteurs concluent leur méta-analyse en indiquant que certains programmes génériques de prévention psychosociale et développementale peuvent être efficaces, en particulier des programmes CPS comme *Life Skills Training*, *Unplugged* et *Good Behavior Game*.

2.3 Prévention de la consommation de substances psychoactives

Les approches préventives de la consommation de substances psychoactives, un des champs de recherche les plus actifs, ont évolué avec le temps (87). Dans les années 1960, la prévention était fondée sur l'idée que les jeunes ne connaissaient pas les risques de cette consommation (théorie du déficit de connaissance) et que de faire appel à la peur était efficace. Constatant l'inefficacité de cette approche, apparaît dans les années 1970 une sophistication des approches sous l'influence des théories de l'apprentissage social et de l'auto-efficacité d'Albert Bandura et de l'inoculation sociale de McGuire. L'inoculation sociale est l'idée qu'il faut préparer les jeunes avant la rencontre avec les différents produits.

Il existe plusieurs écoles, celles concentrées sur l'influence sociale (Evans et Flay), et celles avec une approche plus large, ajoutant une approche de développement personnel (Botvin, souvent considéré comme l'un des pères fondateurs des programmes CPS). Le programme *Life Skills Training* a servi de modèle à de nombreux programmes CPS. Il apparaît en fait que l'idée est née dans différents champs, et que nous sommes maintenant face à une convergence de programmes issus de plusieurs écoles, utilisés pour différentes problématiques et portés par diverses disciplines.

En 1991, Botvin a interrogé des élèves de 5^e ayant bénéficié d'un programme pour la prévention de l'usage de drogues six ans auparavant, en 1984 (3 597 élèves parmi les 5 594 élèves enquêtés en 1984 (31)). Il a constaté 66% de réduction de l'usage de plusieurs produits (tabac, alcool, marijuana) par rapport au groupe témoin, dans l'échantillon d'élèves qui ont suivi au moins 60% du programme (échantillon haute-fidélité). Il avait un taux de perdus de vue de 39,6% (malgré 1 023 « perdus de vue récupérés » : 812 interrogés par téléphone, 211 par courrier), mais n'a pas constaté de différence entre les perdus de vue et le reste de l'échantillon. La fiabilité de la réponse vis-à-vis de la prise de substances a été augmentée par un prélèvement d'air expiré.

Le programme comprenait un enseignement de compétences pour résister à la pression sociale à consommer des produits psychoactifs et un enseignement de compétences personnelles. Il avait des modules pour gérer l'anxiété, pour aider à communiquer avec les autres, pour aider à construire des relations avec les autres, pour aider à affirmer ses droits et choix et en particulier un entraînement à l'affirmation de soi en situation de pression à consommer tel ou tel produit. Il y a très peu d'apport d'informations sur les produits en dehors des conséquences à court terme et des prévalences réelles de consommation des jeunes.

Par exemple, dans la session sur l'anxiété, les jeunes étaient sollicités pour repérer les symptômes d'anxiété : papillons dans l'estomac, palpitation, voix chevrotante, tension musculaire, mains moites, bouche sèche, mains tremblantes, difficulté de concentration. Des exercices étaient proposés pour décroître l'anxiété par de la relaxation, de la répétition mentale, de la respiration profonde. Une cassette de relaxation est proposée.

Il y avait également un module sur la prise de décision. Les 3 C de la prise de décision : 1. clarifier la décision à prendre, 2. considérer les alternatives possibles et leurs conséquences, 3. choisir la meilleure alternative. Un exercice de prise de décision est proposé.

Un programme européen pour la prévention des conduites addictives est le programme *Unplugged*, qui a été adapté au contexte français (78). Son objectif est de prévenir la consommation de substances psychoactives chez les collégiens de 12 à 14 ans. Sa stratégie repose principalement sur le développement des compétences psychosociales et la correction des normes sociales vis-vis des drogues (diminution des attitudes positives à l'égard des drogues illicites) lors de 12 séances délivrées par l'enseignant.

L'évaluation de son efficacité à court terme en France (88) auprès de 1 091 collégiens de la 6^e à la 4^e (12 collèges, 66 classes) a été réalisée en 2018. Elle montre que le programme *Unplugged* implanté en France a un effet protecteur sur les trois comportements de consommation recueillis (consommation de cigarettes et de cannabis et conduites d'ivresses), qu'il s'agisse de l'expérimentation ou de la consommation récente. Ces effets semblent plus importants pour les collégiens sur lesquels pèsent certains facteurs de risque (permissivité parentale par rapport à la consommation, faible niveau scolaire, environnement socioéconomique défavorisé), ce qui fait d'*Unplugged* un outil de prévention utile pour intervenir auprès de publics présentant des facteurs de vulnérabilité et pour réduire les inégalités sociales et territoriales de santé.

2.4 Prévention de la violence chez les jeunes

Dans le rapport de l'OMS de 2015 sur la prévention de la violence chez les jeunes (89), l'approche par les CPS fait partie des 4 stratégies recommandées. Les autres stratégies sont constituées des programmes d'aide à la parentalité et des interventions sur le développement de la petite enfance, des stratégies ciblées sur les jeunes à haut risque ou déjà passés à l'acte, et des approches territoriales et réglementaires comme l'accès aux armes à feu ou l'augmentation de la diversité sociale dans un quartier. Plusieurs synthèses de la littérature ont été faites. Hahn et collègues (81), dans leur revue systématique de 53 programmes ont constaté une baisse de 15% des comportements violents sur toutes les classes d'âge et de 29% chez les enfants d'écoles secondaires. Les actes de violence étaient selon les études, observés ou suivis à l'aide de registres scolaires ou de registres de police pour des faits de délinquance. Le modèle d'intervention est celui du développement social de Seattle (90). Cette intervention, qui a été offerte dans des quartiers difficiles auprès de populations défavorisées, comprenait une formation annuelle de 5 jours pour les enseignants, des interventions pour les parents, et une intervention de formation aux compétences sociales pour les élèves en école primaire. A l'âge de 18 ans, les élèves ayant bénéficié de l'intervention ont déclaré 10% d'actes violents en moins, mais aussi moins d'épisodes d'alcoolisation importante, de prise de risques sexuels, de grossesses précoces. Ils avaient aussi une meilleure réussite scolaire, plus d'attachement à l'école, moins de conduites inappropriées à l'école.

2.5 Prévention dans le domaine de la sexualité

Kirby et collègues ont fait en 1994 (85) la synthèse de 23 évaluations d'intervention de prévention dans le domaine de la sexualité en milieu scolaire. Plusieurs programmes ont réduit la prise de risque sexuel, ont retardé l'initiation sexuelle, ont réduit le nombre de rapports

sexuels, et le nombre de partenaires, et ont augmenté le recours au préservatif et à la contraception. Néanmoins, tous les programmes n'étaient pas efficaces. Les auteurs concluent que ces programmes efficaces ont le potentiel de réduire les grossesses non choisies, la transmission de maladies infectieuses sexuellement transmises et la prévention du sida. Ils recommandent leur dissémination pour tous les élèves.

Les programmes efficaces comprenaient une focalisation étroite sur la réduction des comportements sexuels à risque qui peuvent conduire à une infection par le VIH-IST ou une grossesse non désirée.

Les programmes efficaces :

- avaient utilisé les théories de l'apprentissage social comme fondement de l'élaboration de programmes ;
- avaient fourni des informations de base et précises sur les risques des rapports sexuels non protégés et des méthodes pour éviter les rapports sexuels non protégés grâce à des activités conçues pour se les approprier ;
- comprenaient des activités qui traitent des influences sociales ou médiatiques sur les comportements sexuels ;
- ont permis l'apprentissage et la pratique des compétences en communication et en négociation.

Kirby et collègues (84) ont publié une seconde synthèse de littérature internationale en 2007. Ils ont examiné 83 évaluations publiées depuis vingt-cinq ans où que ce soit dans le monde (57 aux États-Unis, 9 dans des pays développés : Canada, Pays-Bas, la Norvège, l'Espagne, Grande-Bretagne et 18 dans des pays en voie de développement). Deux tiers des programmes ont amélioré au moins un comportement de prise de risque sexuel. Par exemple, les interventions ont augmenté l'usage de préservatif dans 26 études, et n'ont pas eu d'effets dans 28 études, aucune étude n'a permis de constater une baisse de l'usage.

Les programmes efficaces avaient pour objectif de réduire les risques psychosociaux et d'augmenter les facteurs protecteurs influençant les comportements sexuels (connaissances, risques perçus, valeurs, attitudes, normes perçues et auto-efficacité). Les méthodes utilisées permettaient d'impliquer les participants et de les aider à s'approprier l'information.

Mason-Jones et ses collègues (91) ont examiné les évaluations de l'effet de programmes d'éducation sexuelle non plus sur les prises de risques et comportements de protection mais sur la diminution observée des maladies sexuellement transmises et des grossesses. Ces études sont très peu nombreuses (8 retenues) et n'ont pas permis de constater un impact mesurable sur ces indicateurs objectifs, en partie pour des raisons de manque de puissance statistique des études pour mesurer des événements de santé sexuelle indésirables plus rares.

3. Effets des programmes CPS en milieu scolaire

3.1 Améliorer le climat de travail à l'école primaire

L'arrivée de l'enfant à l'école est pour lui un nouveau contexte de socialisation auquel il est nécessaire d'être très attentif. C'est l'opportunité d'aider les enfants qui ont le plus de mal à s'adapter. Kellam (92-94) fait la proposition théorique que les comportements agressifs et perturbateurs, les problèmes scolaires et autres antécédents précoces des futurs problèmes ne résident pas seulement dans chaque individu qui le porte mais est aussi le résultat des interactions sociales entre élèves, entre l'élève et ses parents, dans la famille dans la communauté et la société. Améliorer l'adaptation à la vie de classe et au travail scolaire des

enfants en difficulté peut en outre améliorer leur bien être psychologique, en réduisant le mal être lié à l'échec scolaire. Cette meilleure adaptation au CP et CE1 a permis de montrer des effets à long terme. On a constaté que chez les jeunes hommes suivis jusqu'à 19-21 ans, en particulier ceux qui initialement avaient le plus de comportements disruptifs, il y avait moins de fumeurs réguliers, moins de dépendance à l'alcool et aux drogues, moins d'implications avec la justice. Chez les jeunes femmes suivies on constate moins de pensées et de tentatives suicidaires (83).

3.2 Promotion de la santé mentale et amélioration de la réussite scolaire

L'Organisation mondiale de la santé, incite dans son plan santé mentale 2013-2020, à mettre en place des actions de promotion de la santé mentale efficaces et coût-efficaces (95). Plusieurs études ont montré que les programmes CPS pouvaient améliorer la santé mentale et la réussite scolaire.

De nombreuses études font référence à l'apprentissage social et émotionnel (SEL, *social emotional learning*). Le choix de cibler ces compétences repose sur les recherches ayant mis en évidence l'importance de ces compétences pour le développement de l'enfant et de la santé psychosociale (96) (17) (97) (98). En effet, les compétences d'autorégulation permettent une meilleure santé mentale (99), des comportements positifs pour la santé et pour les relations (72) (100), ainsi qu'un niveau de réussite scolaire plus important (101). La conscience de soi est associée à une meilleure santé psychosociale (96) (102) et la conscience des autres est associée à de meilleures relations et des compétences permettant de communiquer de manière constructive (103) (104).

L'ambition première de ce travail mené par le CASEL a été de construire des programmes adaptés au contexte scolaire (105) et extra-scolaire (106), permettant aux élèves d'acquérir et intégrer ces compétences psychosociales dans leur répertoire de comportement afin de pouvoir les mobiliser quotidiennement dans des situations diverses. L'efficacité de ces programmes a été testée sur différents indicateurs de bien-être, et sur les performances scolaires des élèves. Deux méta-analyses ont synthétisé ces résultats (105), (107).

- La méta-analyse de Durlak *et al.* (2011) (105) a synthétisé les résultats de 213 études interventionnelles réalisées en contexte scolaire (n = 270 034 élèves) comparant les effets de l'intervention de développement des compétences socio-émotionnelles sur un groupe expérimental comparé à un groupe contrôle. Les programmes rapportés dans ces études s'appuient sur des interventions assez longues, composées en moyenne de 40 sessions d'intervention. Les résultats de cette méta-analyse montrent que, par rapport aux élèves des groupes contrôles, ceux ayant bénéficié des interventions rapportent une amélioration significative de l'estime de soi, des relations positives avec les pairs et les enseignants, de leurs résultats scolaires, et une réduction des symptômes de stress, d'anxiété et de dépression, ainsi qu'une diminution des violences et du harcèlement scolaire. En outre, cette méta-analyse met en évidence le rôle essentiel de la qualité de l'implémentation du programme. Les programmes les plus efficaces sont ceux qui sont interactifs, qui s'appuient sur des jeux de rôle, et qui proposent des activités structurées pour guider les élèves dans l'atteinte de buts spécifiques.
- Une deuxième méta-analyse (107) a recensé 82 études interventionnelles (n = 97 406) qui se sont intéressées à mesurer les effets à plus long terme des programmes d'apprentissage socio-émotionnel. Les résultats de cette méta-analyse montrent que les élèves qui ont bénéficié du programme continuent de rapporter de effets positifs sur les dimensions évaluées (i. e. estime de soi, relations positives, résultats scolaires, réduction du stress, de l'anxiété, de la dépression, des violences et du harcèlement scolaire) entre six mois et quatre ans après la fin de l'intervention.

- Une troisième méta-analyse publiée en 2012 a également complété les données présentées en analysant les effets de 75 programmes notamment sur les comportements prosociaux et sur la réduction des consommations de substances psychoactives (108). Cette méta-analyse souligne également les effets bénéfiques de ces programmes sur ces dimensions.
- O'Connor et ses collègues ont fait le point sur la littérature sur la promotion de la santé mentale en milieu scolaire (86), en mettant à jour les synthèses de littérature précédentes en particulier celle de Durlak (105). Les auteurs ont retenu 29 études. La plupart des études portaient sur l'apprentissage social et émotionnel (SEL, *social emotional learning*). Les mesures effectuées étaient de natures très diverses. Vingt-sept sur 29 des évaluations ont permis d'observer des résultats positifs aussi variés qu'un meilleur bien-être (*wellbeing*), de meilleures compétences sociales et émotionnelles, une moindre anxiété, un meilleur contrôle de la colère, un moindre stress, une amélioration de la capacité à se concentrer, une meilleure capacité à se relaxer, une meilleure capacité à savoir résoudre des problèmes, moins d'idées suicidaires, une meilleure connaissance de la santé mentale, une meilleure acceptation des personnes avec des problèmes de santé mentale.
- Par la suite, en 2019, une revue systématique a été publiée dans le but d'identifier les effets de ces programmes sur les adolescents en tenant compte des recherches portant également sur des adolescents plus âgés que dans les synthèses précédentes. Elle porte donc spécifiquement sur les collégiens et lycéens et vise à identifier les effets des interventions en fonction des compétences socio-émotionnelles ciblées (109). Les compétences socio-émotionnelles répertoriées dans cette méta-analyse se fondent sur le modèle du CASEL, comme les méta-analyses précédentes. Cette synthèse regroupe 40 études portant sur 32 programmes qui ciblent en priorité la conscience de soi, la gestion de soi et les compétences relationnelles. La moitié des programmes ciblent également la conscience des autres, et moins de la moitié ciblent la prise de décision responsable.

La plupart des recherches menées n'ont pas évalué les effets du programme sur les compétences psychosociales ciblées : moins de la moitié des études ayant ciblé les compétences d'autorégulation ont mesuré les effets sur ces compétences, et encore moins d'études ont inclus des mesures de l'ensemble des autres compétences psychosociales ciblées. Toutefois, lorsque ces compétences étaient mesurées, les résultats de ces études montrent que les programmes permettent effectivement de développer les compétences ciblées, ainsi que la santé psychosociale. Les effets les plus importants sont observés sur la conscience de soi et la conscience des autres et les effets les plus faibles sont observés sur les compétences relationnelles. Ces compétences nécessitent potentiellement un entraînement plus important pour apporter des modifications durables dans les comportements, tandis que les ateliers permettent déjà une meilleure conscience de soi et des autres. Ces compétences de conscience de soi et des autres ont été identifiées comme un préalable utile pour le développement ultérieur des compétences d'autorégulation et des compétences relationnelles (110), (111), (112). En effet, dans la synthèse de van de Sande *et al.* (2019), les résultats mettent en évidence des effets significatifs plus importants pour l'autorégulation et les compétences relationnelles lors des mesures réalisées plus tard après l'intervention.

Le tableau 8 synthétise les effets des programmes CPS en milieu scolaire.

Tableau 8. Synthèse des effets des programmes CPS en milieu scolaire

Dimension	Effets documentés
Amélioration des compétences psychosociales	Identification des émotions, autorégulation, résolution de problèmes, résolution de conflits, capacité à résister à la pression du groupe, capacité à se fixer des objectifs, capacité à prendre des décisions responsables (109)
Modification des attitudes	Auto-évaluation positive, attitudes positives envers l'École, sentiment d'intégration à l'école, attitudes négatives par rapport aux comportements violents et à la consommation de substances psychoactives (108)
Amélioration des comportements relationnels	Relations constructives, soutien social, attention portée aux autres, empathie, résolution de problèmes de manière prosociale, coopération (86, 107)
Réduction de comportements problématiques	Amélioration du climat de classe, réduction des violences physiques et verbales, du harcèlement scolaire et des actes délinquants (107)
Réduction des problèmes de santé mentale	Réduction des symptômes de stress, d'anxiété, de dépression et du retrait social, de pensées et tentatives suicidaires (83, 86, 107)
Amélioration des résultats scolaires	Réussite en lecture et mathématiques, performances aux évaluations standardisées, amélioration des moyennes scolaires et des compétences académiques (101, 105, 107)

Inspiré de Mahoney, Durlak, & Weissberg, 2018 (113)

3.3 L'efficacité des interventions CPS n'est pas systématique

Les programmes CPS ne sont pas efficaces *per se*. Cela peut se produire pour différentes raisons, notamment dans la conception même du programme (type de CPS travaillées, organisation du programme, modalités pédagogiques...), dans sa mise en pratique (contexte, implantation, attrition, adhésion, appropriation des CPS, suivi...) et même du fait de l'évaluation (pertinence du protocole évaluatif, des indicateurs, perdus de vue...). Un des échecs les plus retentissants est celui du programme de prévention contre le tabagisme du centre de lutte contre le cancer Hutchinson basé sur la résistance à l'influence sociale, avec une intervention conçue avec les meilleures recommandations de l'époque (114). L'investissement préventif était important avec 65 leçons d'environ 45 minutes, du primaire au lycée : 9 par an du CE2 au CM2, 10 en 6^e et 5^e, 8 en 4^e, 5 en 3^e et 2nde. Cette étude concentre une méthode d'évaluation rigoureuse avec randomisation de secteurs scolaires, un suivi de quinze ans entre 1984 et 1999, et un nombre de perdus de vue exceptionnellement faible pour une durée si longue de suivi (moins de 7%). Ce programme ambitieux n'a produit aucun effet sur le tabagisme en comparaison des zones scolaires témoins (115, 116). Une des hypothèses avancées est que ce programme ne s'adressait qu'à l'influence sociale (des autres) en oubliant les déterminants liés à la psychologie individuelle (anxiété, stress, etc.). Cela a conduit à des conclusions inadéquates dans la presse grand public qui a titré : « La prévention du tabagisme à l'école n'est pas efficace », alors que ce n'était qu'un programme spécifique qui avait échoué (117). Cet échec retentissant avait conduit à assécher les subventions de recherche dans ce champ. Ce n'est qu'en 2012 que le rapport du Surgeon General (118) a permis de clarifier le champ et d'affirmer qu'il existait finalement des programmes efficaces dans la prévention du tabagisme en milieu scolaire.

Amato et collègues (119), membres du groupe de revue Cochrane (revue systématique de la littérature de prévention) dans le domaine des addictions indiquent que sur les 67 revues de littérature réalisées jusqu'en 2013, couvrant 906 études d'évaluation contrôlées, 41% des interventions pouvaient être classées comme prêtes à être disséminées, 15% ne devaient pas être reproduites en raison de leur caractère potentiellement iatrogène, les 44% restantes ne devaient être utilisées que dans un contexte de recherche.

3.4 Les conditions de mise en œuvre

Les facteurs communs aux programmes CPS efficaces sont présentés dans le chapitre 7 ; les conditions de réalisation du programme constituent un point important. La qualité de l'implantation des programmes CPS est un élément clé pour assurer leur efficacité en milieu scolaire comme le montre une méta-analyse. Celle-ci, menée par Wigglesworth *et al.*, avait pour objectif d'identifier les facteurs pouvant influencer l'efficacité d'études portant sur le développement des compétences psychosociales (120). Plusieurs facteurs clés sont mis en évidence pour une bonne implantation du programme en milieu scolaire. Tout d'abord, la formation des intervenants est cruciale. Puis, des études ont montré l'importance de l'adaptation du programme au contexte et cela ne diminue pas nécessairement l'efficacité (bien qu'il puisse y avoir une moindre fidélité au programme d'origine) ; cela est vrai si toutefois l'intervenant est suffisamment formé à la compréhension des mécanismes permettant de développer les CPS. Ce point est d'autant plus important que certaines études présentées dans cette synthèse montrent qu'il n'y a pas d'effet significatif du programme lorsqu'il est implanté dans un autre pays. Ainsi, les programmes évalués sont plus efficaces lorsqu'ils sont menés dans leur pays d'origine. Cela peut s'expliquer de plusieurs manières. Tout d'abord, une adaptation culturelle du programme favorise une meilleure adhésion au programme par les intervenants et une meilleure acceptabilité du programme par les participants, ce qui augmente l'efficacité. En effet, certains auteurs ont indiqué que lorsque les programmes ne sont pas suffisamment en cohérence avec les valeurs et les pratiques éducatives du pays, cela peut réduire l'efficacité du programme (121). D'autre part, les programmes implantés dans un autre pays peuvent être moins efficaces parce que cela implique une formation plus courte des intervenants, une moindre préparation des terrains d'application et une absence de supervision des professionnels (122, 123). En conclusion, en s'appuyant sur des recommandations déjà formulées au niveau international dans le champ de la prévention (124, 125), il est préconisé de réaliser une adaptation culturelle du programme nécessitant ainsi un processus plus long, reprenant également le travail de formation à la base pour permettre une efficacité optimale grâce à la formation approfondie des professionnels dans ce champ.

En résumé, les programmes CPS en milieu scolaire (enfants et jeunes adolescents) montrent parfois des effets positifs et durables au niveau de l'amélioration du bien-être et de la santé mentale, du climat scolaire et des résultats scolaires, avec des effets modérés à élevés. La méta-analyse de Taylor *et al.* (2017) (107) indique que l'importance des effets post-programme prédit le maintien des effets dans la durée. Cela signifie qu'une mesure des effets post-programme représente déjà un bon indicateur d'une efficacité à plus long terme. L'effet des programmes CPS est meilleur quand l'adaptation au contexte culturelle est présente. Lorsque les programmes sont issus d'autres pays, il est nécessaire de prévoir une adaptation culturelle et une formation suffisante des intervenants, avec un suivi des professionnels lors de la mise en œuvre du programme.

Loin d'être un champ uniforme, les programmes CPS viennent de nombreux champs comme la promotion de l'adaptation sociale et de la réussite scolaire, la prévention des addictions, la promotion de la santé mentale et de la santé sexuelle, la prévention de la violence. Certains auteurs, comme Catalano et Hawkins, proposent de créer un champ unique de promotion d'un développement positif chez les jeunes, incluant la prévention des risques. Ces derniers reconnaissent qu'il manque un ensemble de critères et d'instruments d'évaluation qui fasse consensus. C'est toujours l'enjeu aujourd'hui, en particulier pour la France qui souhaite déployer ce type de programmes.

3.5 Efficience des programmes CPS : le retour sur investissement

Certaines évaluations de programmes ont permis de quantifier le rapport entre le coût et les bénéfices de tels programmes CPS, en étudiant l'impact différentiel auprès des bénéficiaires du programme et ceux qui n'en ont pas bénéficié (groupe témoin). À partir de la connaissance de cet impact, il est possible d'estimer le retour sur investissement de ces programmes, à différents horizons temporels.

Par exemple, Wang et collègues ont estimé que le programme de prévention *Safer Choices* (Choix plus sûrs), permettait un retour sur investissement de 2,65 dollars par dollar investi.⁽¹²⁶⁾ Ce programme porte sur la prévention en milieu scolaire du VIH, d'autres maladies sexuellement transmissibles et de la grossesse pour les élèves du secondaire.

Le programme historique *Life skills Training* de Botvin permet un retour sur investissement de 13,49 dollars par dollar investi (Washington State Institute for Public Policy)³⁰. C'est un programme de prévention de la toxicomanie et de la violence conçu pour être appliqué auprès des élèves du secondaire.

Le programme Clés pour l'adolescence, le premier à avoir été implanté en France, permet un retour sur investissement de 63,32 dollars par dollar investi³¹. C'est un programme de développement des compétences psychosociales des enfants et de prévention des comportements à risques.

Le programme *Good Behavior Game*, qui permet d'apaiser le climat scolaire et de favoriser les comportements pro-sociaux, permet un retour de 62,80 dollars pour un dollar investi³².

Une étude de *London School of Economics* menée en 2011 (127) a estimé que, pour un coût de 132 livres sterling par enfant et par an, le retour sur investissement à dix ans de la mise en place d'un programme de développement des CPS de type PATHS (*promoting alternative thinking strategies*) en milieu scolaire s'élève à 10 032 livres Sterling par enfant. Ce programme vise à promouvoir les compétences émotionnelles et sociales et à réduire l'agressivité chez les enfants d'âge scolaire, tout en améliorant le processus éducatif en classe.

Parmi la nombreuse littérature académique, on peut relever une publication récente du *JAMA Pediatrics* (128) qui décrit un effet transgénérationnel. Ainsi, dans cet essai contrôlé non randomisé sur 182 enfants suivis de 1980 à 2011, une intervention en école primaire sur la 1^{re} et la 2^e génération était significativement associée à un bénéfice pour la 3^e génération, qui n'avait pas reçu d'intervention, en matière de comportement en classe, de performance scolaire et de risque d'addiction (alcool, tabac, cannabis).

En conclusion, des programmes CPS bien conçus, bien mis en œuvre et bien évalués ou suivis, sont capables de soutenir un développement harmonieux, personnel et social, des enfants et des jeunes. Ils peuvent avoir un rapport coût-bénéfice très intéressant pour la santé publique. Néanmoins, tous les programmes ne sont pas efficaces, d'où la nécessité de s'assurer de leur bonne conception, mise en pratique et évaluation.

³⁰ <http://www.wsipp.wa.gov/BenefitCost/Program/37>

³¹ <http://www.wsipp.wa.gov/BenefitCost/Program/285>

³² <http://www.wsipp.wa.gov/BenefitCost/Program/82>

CHAPITRE 7. FACTEURS COMMUNS DES INTERVENTIONS EFFICACES

1. Définitions : programmes CPS probants et interventions CPS fondées sur les données probantes

Les programmes CPS probants tels que le programme enfants et jeunes LST (*Life Skills Training* de Botvin) ou le programme familial SFP (*Strengthening Families Program* de Kumpfer, devenu Programme de soutien aux familles et à la parentalité-PSFP en France) se sont développés dans les pays anglo-saxons dans les années 1970. Ils se présentent encore aujourd'hui sous la forme de cycle(s) d'ateliers psycho-éducatifs en groupe qui permettent aux participants d'explorer et de renforcer leurs propres compétences sociales, cognitives et émotionnelles (17, 129).

Il s'agit d'interventions pragmatiques et très structurées. Les ateliers d'une durée d'une ou deux heures sont généralement hebdomadaires et proposés pendant plusieurs semaines. Chaque atelier se présente sous la forme d'une succession d'activités ; il vise à développer une CPS ou une sous-CPS de façon organisée et expérientielle à travers différentes modalités pédagogiques : partage d'expériences, mises en situation, jeux de rôles, exercices pratiques à la maison... Des supports sont souvent donnés aux participants afin de faciliter la compréhension et le développement de ces CPS dans leur quotidien.

Ainsi les programmes CPS probants comportent trois éléments clés : le développement des CPS cognitives, émotionnelles et sociales, des méthodes pédagogiques interactives et expérientielles, et un apport de connaissances (fondées sur les données probantes) en lien avec les thématiques abordées (par exemple : le développement de l'enfant et de l'adolescent, les comportements à risque, les substances psychoactives...) (18).

Cependant, de façon générale la notion d'« intervention probante » peut renvoyer à deux réalités distinctes. Ce double usage peut être source de confusion ; il représente souvent un frein à l'utilisation des données probantes dans les pratiques de prévention et de promotion de la santé et dans l'application des interventions CPS.

Le plus souvent les termes d'« intervention probante » ou de « programme probant » (*evidence-based program*, anglais) sont utilisées de manière restrictive. Le mot « *evidence* » est alors utilisé dans son sens littéral que l'on peut traduire en français par le mot « preuve ». Dans ce cas de figure une « intervention probante » ou « un programme probant » est une intervention dont l'efficacité a été prouvée par des recherches évaluatives expérimentales³³ ; elle est synonyme d'« intervention ou programme validé ». Une intervention probante de santé correspond ainsi à tous « programmes, pratiques, principes, procédures, produits, pilules et politiques qui se sont avérés efficaces pour améliorer les comportements de santé, les résultats de santé ou les environnements liés à la santé » (130). Pour être considérée comme probante, l'intervention doit être formalisée afin de pouvoir être répliquée à l'identique ; son efficacité doit avoir été démontrée grâce à un protocole d'évaluation rigoureux (l'essai contrôlé randomisé étant considéré comme le « *gold standard* ») ; les résultats démontrés doivent porter sur une dimension de la santé ou sur un problème ou déterminant « clé » de santé (et pas seulement sur un déterminant secondaire tel que la connaissance (des risques) ou l'attitude) ; ils doivent avoir été répliqués dans au moins une deuxième recherche évaluative (131).

³³ Voir chapitre 8 pour une définition et une présentation des évaluations.

Dans un second cas, la notion d'« intervention probante » fait référence à une conception plus large. Elle renvoie au paradigme d'intervention apparu en médecine dans les années 1990 sous le nom d'« *evidence-based medicine* (EBM) » avec pour objectif d'accroître l'efficacité des interventions médicales en donnant une place plus importante aux données issues de la recherche clinique (132). Dans ce cas, une « intervention fondée sur les données probantes » correspond à une intervention qui s'inscrit dans le paradigme de l'EBM et qui utilise sa méthodologie.

Beaulieu, Battista et Blais nous rappellent que le concept d'EBM apparaît formellement au début des années 90 même si ses fondements sont bien plus anciens (133). En effet, l'idée d'avoir recours à une approche plus systématique en médecine était déjà d'actualité au XIX^e siècle dans la notion de « médecine d'observation » prônée par le médecin français, Pierre-Alexandre Louis. La volonté de fonder les pratiques sur des données probantes est clairement mise en avant dès les années 70 dans un livre d'A.L. Cochrane portant sur les services de santé. A.L. Cochrane est ainsi souvent présenté comme le père de l'EBM. Mais c'est en 1992 qu'un groupe de travail « *The Evidence-based medicine working group* » introduit cette notion d'EBM et présente cette démarche comme un nouveau paradigme.

Sackett, membre de ce groupe et considéré comme l'un des principaux fondateurs de l'EBM, la définit comme « l'utilisation consciencieuse, explicite et judicieuse des meilleures données probantes actuelles pour prendre des décisions concernant les soins de chaque patient. La pratique de la médecine fondée sur les données probantes signifie intégrer l'expertise clinique individuelle aux meilleures données probantes cliniques disponibles issues de la recherche systématique. Par expertise clinique individuelle, nous entendons la compétence et le jugement que les cliniciens individuels acquièrent grâce à l'expérience clinique et à la pratique clinique (...). Les bons médecins utilisent à la fois l'expertise clinique individuelle et les meilleures données probantes disponibles, et ni l'une ni les autres n'y suffisent à elles seules. Sans expertise clinique, la pratique risque d'être tyrannisée par les données probantes, car même d'excellentes données probantes peuvent être inapplicables ou inappropriées pour un patient donné. Sans les meilleures données probantes actuelles, la pratique risque de devenir rapidement obsolète, au détriment des patients » (134).

Ainsi, la pratique fondée sur les données probantes nécessite d'intégrer 3 types de connaissances : 1) les connaissances scientifiques (ou données probantes) les plus pertinentes 2) les connaissances expérientielles des professionnels (c'est-à-dire les savoirs et savoir-faire issus de l'expérience des professionnels) 3) les connaissances expérientielles du public bénéficiaire (ou savoirs issus de l'expérience des personnes). Contrairement à la lecture restrictive qui est souvent faite de l'EBM, les meilleures connaissances scientifiques disponibles ne représentent donc qu'une seule des trois sources de connaissances nécessaires à la pratique.

Le paradigme de l'EBM s'est depuis étendu aux différents champs de la santé et du social. Ainsi, aujourd'hui, il est question d'*evidence-based prevention*, d'*evidence-based health promotion*, d'*evidence based public health* (EBPH), d'*evidence-based nursing*, d'*evidence-based social work practice*, d'*evidence-based practice in psychology* (EBPP), d'*evidence-based policy* (135). Comme nous le rappellent Hosman et Jané-Llopis, toutes ces démarches s'enracinent et découlent de la démarche EBM telle que présentée par Sackett en 1996 (136).

En prévention et en promotion de la santé, les connaissances qui sont à mobiliser afin d'aboutir à une « pratique fondée sur les données probantes » sont particulièrement vastes. Les connaissances issues de l'expérience (des professionnels et des publics) sont complétées par les connaissances scientifiques, qui elles-mêmes proviennent de différentes disciplines étudiant différents phénomènes à l'aide d'une diversité de méthodes de recherche. Ainsi, dans sa définition, l'OMS met en avant la pluralité et la complémentarité des sources d'information et des formes de connaissances (135). La promotion de la santé fondée sur les données

probantes est alors définie comme « l'utilisation d'informations provenant de recherches formelles et d'enquêtes systématiques pour identifier les causes et les facteurs contribuant aux besoins de santé et les actions de promotion de la santé les plus efficaces pour y répondre dans des contextes et des populations donnés. En tant que domaine qui reconnaît que les besoins en matière de santé peuvent être satisfaits par des actions aux niveaux individuel, interpersonnel, communautaire, environnemental et politique, la promotion de la santé est éclairée par de nombreux types de données probantes provenant de diverses disciplines. Celles-ci comprennent des études épidémiologiques sur les déterminants de la santé, des évaluations de programmes de promotion de la santé, des études ethnographiques sur les influences sociales et culturelles sur les besoins de santé, des recherches sociologiques sur les modèles et les causes des inégalités, les sciences politiques et des études historiques sur le processus d'élaboration des politiques publiques et la recherche économique sur les rapports coût-efficacité des interventions. Il est important de noter que les données probantes à elles seules ne sont pas une base suffisante pour une promotion de la santé efficace » (135).

L'OMS met ainsi en exergue la diversité des types de données probantes. Mais elle pointe aussi la complémentarité des connaissances scientifiques et des connaissances expérientielles et nous invite à nous appuyer sur ces deux sources de connaissances afin de construire des actions de prévention et de promotion de la santé efficaces. Cette démarche issue du paradigme de l'EBM vise à proposer au plus grand nombre, les interventions les plus efficaces possibles, dans un contexte donné, en intégrant les meilleures données scientifiques à l'expertise professionnelle et au vécu des publics.

Dans le prolongement de cette pluralité conceptuelle, on peut observer dans la pratique deux grandes façons complémentaires de développer et réaliser une intervention CPS fondée sur les données probantes :

1. **Transférer et utiliser un programme CPS probant déjà existant et dont l'efficacité a déjà été démontrée** : il s'agit d'utiliser un programme CPS « clé en main » déjà validé par une évaluation scientifique. Les modalités d'intervention, de formation et de mise en vigueur sont prédéfinies et peu modifiables afin de garantir l'efficacité de l'intervention.
En s'appuyant sur leurs expertises et leurs connaissances du contexte d'implantation, les acteurs s'approprient le programme CPS probant et l'appliquent en articulation avec les pratiques, les besoins et les spécificités du milieu.
2. **Transférer et utiliser les connaissances scientifiques et expérientielles et construire une intervention CPS fondée sur les données probantes** : il s'agit d'utiliser les connaissances issues des recherches scientifiques sur les CPS ainsi que les savoirs et savoir-faire issus de l'expérience et des pratiques CPS pour concevoir et mettre en pratique une nouvelle intervention CPS. En lien étroit avec les pratiques professionnelles, les besoins du public et le contexte d'implantation, cette intervention CPS va s'appuyer sur les connaissances scientifiques les plus pertinentes (les CPS, les facteurs d'efficacité, les facteurs d'implantation...) afin d'accroître son efficacité. Cette dernière n'ayant pas encore été évaluée, elle devrait pouvoir être étudiée par un dispositif évaluatif permettant de renseigner notamment les effets produits par cette nouvelle intervention CPS.

2. Facteurs communs aux interventions CPS efficaces

Au regard du nombre de programmes CPS probants (au niveau international), de l'importance des effets observés et des difficultés d'implantation constatées, de nombreux chercheurs s'intéressent aujourd'hui aux critères d'efficacité et aux facteurs de réussite communs aux programmes CPS probants. Plusieurs méta-analyses et analyses de la littérature récentes ont confirmé les effets de certains programmes CPS ; elles se sont intéressées non seulement aux effets généraux mais aussi aux contenus, ingrédients et processus de ces programmes CPS probants (« la boîte noire ») ; elles ont ainsi permis d'identifier plusieurs facteurs communs à ces programmes CPS probants (2, 16, 17, 28, 113, 137, 138) (voir ci-dessous tableau 9. Facteurs communs aux interventions CPS efficaces).

Ces facteurs, qui sont associés à l'efficacité des interventions CPS, sont de différents types. Plusieurs facteurs portent sur l'intervention CPS elle-même, son contenu, sa structure et ses modalités pédagogiques. D'autres critères concernent la qualité de l'implantation de l'intervention. Enfin, d'autres portent sur l'environnement éducatif et psychosocial du jeune, avec d'une part la place des pratiques CPS informelles au quotidien et d'autre part, la congruence du climat éducatif avec les CPS.

Parmi les 8 facteurs identifiés dans la littérature, 2 facteurs peuvent être considérés comme indispensables pour permettre l'efficacité de l'intervention CPS (17, 105) : le facteur principal 1 porte sur l'intervention CPS elle-même (sa structure, son contenu et ses modalités pédagogiques) et le facteur principal 2 porte sur la qualité de l'implantation CPS. Six autres facteurs communs associés à l'efficacité viennent compléter et préciser ces 2 facteurs principaux : 4 facteurs complémentaires portent sur l'intervention CPS elle-même et 2 facteurs sont liés à l'environnement éducatif des enfants et des jeunes (voir tableau 9).

2.1 Les deux facteurs principaux

2.1.1 *Facteur principal 1 : une intervention structurée et focalisée*

Plusieurs méta-analyses ont mis en évidence la nécessité d'avoir recours à des interventions CPS formelles, structurées et focalisées pour obtenir des résultats probants (17). Leurs auteurs suggèrent que les interventions s'appuyant sur une pratique dénommée « SAFE » seraient plus efficaces que les autres (2, 17). Le S de SAFE fait référence à la nécessité d'avoir une intervention séquencée c'est-à-dire, s'appuyant sur un ensemble d'activités CPS organisées et coordonnées. Le A de SAFE (139) renvoie à une pédagogie active c'est-à-dire que les apprentissages des CPS nécessitent la participation active des personnes, via le recours à des activités expérientielles (jeux de rôle, mise en situation, partage d'expérience...). Le F de SAFE met en avant l'importance d'une intervention focalisée sur les « CPS clés » identifiées dans la littérature (voir chapitre 1 et 2). Le E de SAFE renvoie au besoin d'avoir une intervention CPS explicite dont l'objectif de développement et l'enseignement des CPS sont formels et clairement présentés aux participants.

2.1.2 *Facteur principal 2 : une implantation de qualité*

Ces dernières années, les problèmes et questions relatives à l'implantation ont largement été mises en avant par les chercheurs, les décideurs et les acteurs, partant du constat que le recours à un programme CPS probant était une condition nécessaire mais pas suffisante pour garantir l'efficacité d'une intervention CPS (2, 137, 138, 140).

Ainsi, les effets d'une intervention CPS dépendent en grande partie de la qualité de l'implantation. Celle-ci se définit selon 3 dimensions : 1/ la fidélité (ou dosage) : le niveau de

conformité au contenu et au format des activités du programme (ou l'adéquation avec les supports d'intervention) ; 2/ la qualité : la manière dont les intervenants réalisent les interventions ; 3/ l'adhésion et la réceptivité des participants (131, 141, 142).

Afin que les intervenants soient capables de réaliser pleinement les ateliers CPS et d'incarner les CPS (processus de *modeling*), il est nécessaire qu'ils puissent s'appuyer sur plusieurs supports (voir critère 4 ci-dessus) et qu'ils bénéficient d'une formation et d'un accompagnement de qualité (2). La formation doit pouvoir leur permettre, d'une part, de renforcer leurs propres CPS et d'appréhender pleinement les CPS à enseigner, et d'autre part, de s'approprier totalement les séances CPS tant au niveau de leurs contenus (activités CPS) que de leurs modalités pédagogiques (techniques d'animation). Afin de renforcer la qualité de l'intervention CPS, il est important que les intervenants CPS puissent bénéficier d'un accompagnement durant toute la durée de l'intervention. Par de la supervision collective et un accompagnement individuel, les intervenants peuvent accroître leur sentiment d'auto-efficacité et leurs capacités réflexives afin de pouvoir ajuster leur intervention, renforcer leurs CPS et faire face aux difficultés rencontrées. Les formateurs, superviseurs et accompagnateurs CPS doivent eux-mêmes avoir bénéficié d'une formation de qualité afin d'avoir une bonne maîtrise des CPS ainsi que des interventions CPS proposées.

Afin de faciliter l'instauration de l'intervention CPS, une « équipe CPS » regroupant un représentant des différentes parties prenantes (intervenante, formateur, accompagnateur, professionnel, parent, enfant ou jeune, décideur...) peut être mise en place (en plus de l'équipe projet) afin de porter le projet et les CPS dans le milieu d'implantation. Ayant été tous formés aux CPS, ils incarnent les CPS sur le territoire et exercent une fonction de « leader » et de plaidoyer (2).

2.2 Les six facteurs complémentaires

2.2.1 *Facteur complémentaire 1 : des contenus fondés sur les connaissances scientifiques actuelles*

Les programmes CPS probants sont fondés sur les modèles théoriques et scientifiques de la psychologie sociale et de la psychologie clinique appliquées aux domaines de l'éducation et de la pédagogie. Au fil des années, les programmes d'origine se sont nourris et enrichis des avancées scientifiques dans les champs de la psychologie (psychologie clinique, psychologie positive, psychologie du développement et psychologie sociale). Les concepteurs des programmes CPS probants 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.

Les interventions CPS nécessitent ainsi une définition et une sélection des CPS claires et fondées, en conformité avec l'état actuel des connaissances scientifiques. Il est important que les trois types de CPS (sociales, émotionnelles et cognitives) soient représentés et que les principales CPS clés soient développées (voir chapitres 1 et 2). Les connaissances théoriques transmises durant les ateliers CPS doivent aussi être fondées sur les modèles et connaissances scientifiques actuelles. Les activités pratiques employées dans le cadre de l'intervention CPS doivent être rattachées aux données probantes, soit parce qu'elles sont issues des programmes CPS probants soit parce qu'elles sont articulées avec les connaissances théoriques et scientifiques actuelles (et peuvent donc être considérées comme prometteuses).

2.2.2 Facteur complémentaire 2 : des ateliers intensifs qui s'inscrivent dans la durée

Même s'il existe une certaine variabilité dans la durée des programmes CPS probants, chaque séance de groupe dure environ une heure pour les enfants et deux heures pour les parents. Ces séances sont le plus souvent hebdomadaires. Un minimum de 8-10 séances (avec des séances de renforcement dites « booster » quelques semaines après) sont nécessaires pour démontrer un effet à court terme sur des dimensions spécifiques telles que les symptômes anxieux (2). Pour obtenir des effets durables et plus vastes (sur le bien-être et la santé mentale en général, par exemple), l'intervention CPS doit être suffisamment longue (plus de 10-20 heures par an (143)) et s'étaler sur plusieurs années (2, 30, 144).

Les interventions CPS précoces sont les plus efficaces ; elles permettent un développement naturel des CPS de base chez les jeunes enfants et peuvent conduire à un apprentissage de compétences de plus en plus complexes au fil des années (2). Les auteurs s'entendent aujourd'hui sur la nécessité d'interventions CPS accompagnant le développement de la personne, dès son plus jeune âge jusqu'à l'âge adulte (2, 113).

2.2.3 Facteur complémentaire 3 : des ateliers structurés qui s'appuient sur des supports formels

Les programmes CPS probants utilisent tous des supports formels qui permettent d'accroître la qualité de réalisation et de transférabilité de l'intervention. Les intervenants suivent un guide d'intervention pour animer les ateliers CPS. Souvent, ils proposent aux bénéficiaires un support (sous forme de livret ou d'outil) afin de faciliter l'appropriation des CPS travaillées. Enfants et parents peuvent ainsi expérimenter et renforcer les CPS par eux-mêmes, durant la séance ou bien à leur domicile. Un manuel d'implantation du programme CPS est aussi disponible afin de faciliter l'exécution de l'intervention et du projet CPS dans son ensemble.

2.2.4 Facteur complémentaire 4 : une pédagogie positive et expérientielle

Les interventions CPS probantes cherchent à reproduire les conditions naturelles d'apprentissage et de développement des CPS. 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 (18). Les ateliers CPS se caractérisent ainsi par l'importance accordée à la dimension expérientielle. De ce fait, il est nécessaire qu'un temps important soit consacré aux activités pratiques, interactives et expérientielles (jeux de rôle, partage d'expérience, observation...) (17, 2).

Si certaines informations sont communiquées et certaines orientations proposées au cours de l'intervention, c'est essentiellement à partir de l'expérience vécue des personnes et du retour réflexif sur cette expérience que se construisent les ateliers CPS probants. Les enfants doivent pouvoir observer et expérimenter les CPS de façon concrète et durable. Les interventions de développement des CPS deviennent alors des leviers d'*empowerment*. « 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, le développement des compétences psychosociales peut devenir un moyen d'*empowerment* » (18).

Pour cela, il est nécessaire que les intervenants renforcent leurs propres CPS afin d'être capables de les pratiquer devant les enfants, notamment au cours des ateliers. Ces adultes qui incarnent les CPS ont ainsi une fonction de modèle ; ils permettent, autant que les activités proposées, le développement des CPS des enfants. Les propres CPS des adultes, l'attitude et la qualité relationnelle manifestées par les intervenants jouent donc un rôle crucial dans l'efficacité des ateliers CPS. Les adultes, dans leurs façons d'être et de faire, représentent ainsi une des premières sources d'apprentissage pour les enfants.

2.2.5 Facteur complémentaire 5 : des pratiques CPS informelles

L'efficacité d'une intervention CPS varie en fonction de la possibilité qu'a l'enfant d'expérimenter les CPS dans son quotidien. Les ateliers CPS, bien qu'essentiels et porteurs, représentent un temps minime dans la vie de l'enfant. Ces temps d'apprentissage formels et privilégiés doivent être complétés par des pratiques informelles répétées pour permettre le plein développement des CPS des enfants et des jeunes (2, 137, 140, 145).

À l'école, durant les heures de vie de classe, dans le cadre des enseignements, pendant les récréations et pendant les temps périscolaires, des pratiques CPS peuvent être mises en place. À la maison, « des activités CPS de prolongement ou de renforcement » à faire avec ou sans les parents peuvent être proposées (en s'appuyant sur des livrets bénéficiaires pour les enfants et/ou les parents et en articulation avec le vécu quotidien et les savoirs expérientiels). Le développement des CPS des parents devrait aussi pouvoir être soutenu afin de permettre le renforcement des CPS des enfants à leur domicile, en agissant sur les pratiques éducatives et la qualité relationnelle.

Des temps de formation aux CPS à destination des enseignants, professionnels scolaires et périscolaires, partenaires (associatifs) et des parents peuvent être proposés afin de renforcer les CPS de tous les adultes en contexte éducatif. Les pratiques informelles répétées des CPS que ce soit à l'école, à la maison ou dans la communauté jouent un rôle essentiel ; tout comme le fait que l'enfant soit en contact avec des adultes incarnant les CPS.

2.2.6 Facteur complémentaire 6 : un environnement éducatif soutenant

Il est essentiel que l'intervention CPS soit en cohérence avec les acteurs et le milieu d'implantation. La mobilisation des parties prenantes, la construction d'une vision commune autour du projet CPS, l'articulation de l'intervention CPS avec les autres interventions et les ressources existantes représentent aussi des facteurs d'efficacité (2, 140, 145). Il est nécessaire de pouvoir impliquer et associer les parents et l'ensemble des professionnels du milieu d'implantation (par exemple, en milieu scolaire et périscolaire, les enseignants, les personnels administratifs, les conseillers principaux d'éducation, les assistants d'éducation, les personnels sociaux et de santé, les psychologues de l'Éducation nationale, les personnels périscolaires...).

Tout devrait être mis en place pour que les pratiques éducatives et les modalités pédagogiques entourant les enfants et les jeunes ne soient pas en dissonance avec les CPS. L'environnement scolaire et périscolaire tant physique que relationnel devrait être soutenant, coopératif et chaleureux. Grâce à une pédagogie active, à une discipline positive, à de la médiation, à des techniques de résolution de problèmes, et à des mesures de prévention du harcèlement, un climat éducatif et relationnel positif peut être construit et soutenir ainsi le développement des CPS (2, 145).

Tableau 9. Facteurs communs aux interventions CPS efficaces

Facteurs communs	Modalités opérationnelles
FACTEUR PRINCIPAL 1 (Intervention) L'intervention CPS est structurée et focalisée <i>(Pratique CPS SAFE)</i>	P1.1 Les CPS sont développées grâce à un ensemble d'activités organisées et coordonnées <i>(Pratique CPS Séquencée)</i> P1.2 Les apprentissages des CPS s'appuient sur la participation active des personnes <i>(Pratique CPS Active)</i> P1.3 L'intervention est focalisée sur les principales CPS mentionnées dans la littérature scientifique <i>(Pratique CPS Focalisée)</i> P1.4 Les CPS travaillées sont clairement explicitées et présentées aux participants <i>(Pratique CPS Explicite)</i>
FACTEUR PRINCIPAL 2 (Implantation) L'implantation de l'intervention CPS est de qualité	P2.1 Les intervenants CPS reçoivent une formation de qualité leur permettant de maîtriser l'intervention CPS et les CPS enseignées P2.2 Les intervenants CPS bénéficient d'un accompagnement (supervision collective, entretiens individuels) durant toute la durée de l'intervention CPS P2.3 La formation et l'accompagnement sont assurés par des professionnels qualifiés maîtrisant l'intervention CPS et les CPS enseignées P2.4 Les intervenants CPS ainsi que les formateurs et accompagnateurs ont une bonne maîtrise des CPS P2.5 Une « équipe CPS » constituée de représentants de toutes les parties prenantes (intervenants CPS, formateurs, accompagnateurs, professionnels, parents, enfants, décideurs...) formée aux CPS a une fonction de « leader » et de plaidoyer.
FACTEUR COMPLÉMENTAIRE 1 (Intervention) Le contenu des ateliers CPS est fondé sur les connaissances scientifiques	C1.1 Les principales CPS cognitives, émotionnelles et sociales, (mentionnées dans la littérature scientifique actuelle) sont travaillées <i>(voir ch1 et 2)</i> C1.2 Les connaissances théoriques transmises lors des ateliers sont fondées scientifiquement C1.3 Les activités CPS proposées sont issues des programmes CPS probants et/ou des pratiques expérientielles CPS prometteuses
FACTEUR COMPLÉMENTAIRE 2 (Intervention) Les ateliers CPS sont intensifs et s'inscrivent dans la durée	C2.1 Les ateliers CPS sont d'environ 1 heure pour les enfants (et 2 heures pour les parents) C2.2 Le cycle d'ateliers est de plusieurs heures par an (tendre vers au moins 10 h par an) C2.3 Des sessions de renforcement (« booster ») sont réalisées après la fin du cycle d'ateliers C2.4 L'intervention CPS est pluriannuelle C2.5 L'intervention CPS commence dès la petite enfance (avant 6 ans)
FACTEUR COMPLÉMENTAIRE 3 (Intervention) L'intervention CPS s'appuie sur plusieurs supports	C3.1 Un guide d'animation pour les intervenants permet de réaliser les ateliers CPS C3.2 Un livret pour les bénéficiaires (enfants, parents...) permet de renforcer leurs CPS C3.3 Un manuel d'implantation permet de mettre en œuvre l'intervention CPS
FACTEUR COMPLÉMENTAIRE 4 (Intervention) Les ateliers CPS utilisent une pédagogie positive et expérientielle	C4.1 Un temps important est consacré aux activités pratiques et expérientielles (jeux de rôle, partage d'expérience, observation...) au cours de chaque atelier CPS C4.2 L'animation des ateliers CPS s'appuie sur la « communication positive », l'« empowerment » et la valorisation des comportements et ressources personnelles. C4.3 Les intervenants CPS mettent en œuvre les CPS et ont une fonction de modèle.
FACTEUR COMPLÉMENTAIRE 5 (Environnement) Des pratiques CPS informelles sont mises en œuvre au quotidien	C5.1 Des pratiques CPS ont lieu au cours de la journée (dans la classe, sur les temps péri et extrascolaire, à la maison...) C5.2 Les CPS des enfants sont travaillées dans le cadre des disciplines scolaires C5.3 Les CPS des adultes en position d'éducation (enseignants, professionnels, parents...) sont renforcées (par des formations, des accompagnements, des échanges de pratique, autres interventions expérientielles...)
FACTEUR COMPLÉMENTAIRE 6 (Environnement) Un environnement éducatif soutenant	C6.1 L'ensemble des professionnels du milieu d'implantation (enseignants, personnels administratifs, personnels de santé scolaire, personnels périscolaires...) sont associés à l'intervention CPS. C6.2 Les parents sont associés à l'intervention CPS destinées aux enfants C6.3 Le climat scolaire (éducatif) est positif (pédagogie positive, attitudes encourageantes, soutenantes et chaleureuses, sécurité physique et psychologique, coopération, auto-évaluations...)

CHAPITRE 8. ÉVALUATION DES INTERVENTIONS CPS : QUELQUES REPÈRES MÉTHODOLOGIQUES

1. Définition et classification des évaluations

Même s'il existe plusieurs définitions de l'évaluation, celle proposée par Contandriopolos *et al.* en 2001 fait aujourd'hui consensus en santé publique et dans le champ de la prévention et de la promotion de la santé. « Évaluer consiste fondamentalement à porter un jugement de valeur sur une intervention en mettant en œuvre un dispositif permettant de fournir des informations scientifiquement valides et socialement légitimes sur une intervention ou sur n'importe laquelle de ses composantes de façon à ce que les différents acteurs concernés, qui peuvent avoir des champs de jugement différents, soient en mesure de prendre position sur l'intervention et construire un jugement qui puisse se traduire en actions. Les informations produites par une évaluation peuvent résulter de la comparaison entre les observations et des normes (évaluation normative) ou s'élaborer à partir d'une démarche scientifique (recherche évaluative) » (146, 147).

En lien avec cette définition, il est important de souligner qu'il n'existe pas une évaluation mais une diversité d'évaluations qui peuvent varier selon plusieurs dimensions : la nature du dispositif et de l'approche méthodologique à l'origine du jugement évaluatif, la fonction et l'utilité de l'évaluation, le temps de l'évaluation, l'objet évalué, les acteurs de l'évaluation, les objectifs évaluatifs poursuivis... Au regard de cette diversité en matière d'évaluation, il nous semble important de pouvoir identifier les principales évaluations utiles pour accompagner et analyser les interventions de prévention et de promotion de la santé, notamment les interventions CPS. En nous appuyant sur les travaux de l'équipe de l'université de Montréal de Contandriopoulos et Champagne (146, 147) et ceux antérieurement menés à l'Inpes et Santé publique France (29, 148, 149), nous avons pu identifier plusieurs grands types d'évaluation (voir tableau 10 ci-dessous) en fonction de deux dimensions :

- *la nature du dispositif évaluatif* : évaluations scientifiques à des fins de recherche ou bien évaluations de terrain pour accompagner et optimiser l'intervention ;
- *le temps de l'évaluation au regard de l'intervention* : évaluations en phase de conception de l'intervention, évaluations en phase de développement de l'intervention ou évaluation en phase de déploiement de l'intervention.

Tableau 10. Les principales évaluations d'une intervention CPS

Phases de l'intervention	Évaluations de recherche	Évaluations de terrain
Phase de conception	-Modélisation et évaluation théorique	
Phase de développement	-Évaluations d'efficacité (quasi)expérimentales -Évaluations de processus	-Études pilotes (sur une partie de la population cible)
Phase de déploiement	-Évaluations de processus -Évaluations d'efficacité (mesures répétées dans le temps)	-Évaluations de mise en œuvre (quantitatives et qualitatives) -Évaluations de résultat par suivi d'indicateurs

1.1 Le dispositif d'évaluation

Les évaluations varient en fonction de la nature du dispositif utilisé pour produire le jugement sur l'intervention. En premier lieu, il est important de distinguer les évaluations de recherche des évaluations de terrain. Les premières s'appuient sur des protocoles de recherche et visent à étudier les liens (de causalité) entre les différentes dimensions (ou variables) de l'intervention. Dénommée évaluation de recherche, recherche évaluative ou approche relationnelle, ces évaluations utilisent une démarche scientifique rigoureuse et sont produites par des chercheurs. Elles ont pour fonction première l'étude des interventions (et de ses composantes) et la production de connaissances fiables (et publiables dans des revues scientifiques). Ces évaluations contribuent ainsi à l'avancement des connaissances (objectif fondamental qui peut ensuite devenir appliqué). Les protocoles d'évaluation de recherche peuvent varier considérablement d'une discipline à l'autre (par exemple : protocole expérimental, enquêtes, suivi de cohorte, observation participante...) et selon la nature des données (quantitative, qualitative, mixte).

De nombreuses évaluations sont aussi portées par les acteurs de terrain. Même si par nature ces évaluations de terrain produisent des connaissances sur l'intervention, leur finalité ne se situe pas dans la production de ces savoirs, mais dans le suivi et l'amélioration de l'intervention (ou d'une de ses composantes) par l'intermédiaire des connaissances produites. Dans ce cas de figure, l'évaluation est alors au service de l'action. Plusieurs objectifs peuvent être poursuivis par ces évaluations de terrain : aider à l'élaboration et la planification de l'intervention (objectif stratégique), modifier ou transformer l'intervention (objectif formatif), décider de la suite de l'action (poursuivre, réduire, étendre, labéliser l'intervention : objectif sommatif). Ces évaluations de terrain s'appuient sur des protocoles d'études moins complexes. Le jugement évaluatif est produit par la comparaison de l'action par rapport à une norme qui peut être produite de différentes façons (point de vue personnel, point de vue d'experts, grille d'analyse...); on parle alors d'évaluation normative. Il s'agit ainsi d'une appréciation mettant en perspective des observations avec des critères (individuels, experts ou scientifiques). Les évaluations de terrain peuvent s'appuyer sur différents types de protocoles, recourir à des données qualitatives et/ou quantitatives et se dérouler à différents moments de l'intervention.

1.2 Les temps de l'évaluation au regard de la phase de l'intervention

Les évaluations qu'elles soient de terrain ou bien de recherche peuvent être réalisées à différents moments de l'intervention ; elles répondent alors à différents objectifs.

1.2.1 Phase de conception

En amont, pendant la conception de l'intervention, les évaluations permettent de vérifier la qualité de l'intervention prévue avant sa réalisation notamment : la conformité des objectifs, les fondements et le rationnel de l'intervention, l'adéquation des moyens... À ce stade, il est nécessaire de construire une représentation schématique de l'intervention (modélisation) et de procéder à l'analyse de cette modélisation (voir ci-dessous : Modélisation et évaluation théorique).

1.2.2 Phase de développement

Lors du développement de l'intervention et des supports, avant le déploiement de l'intervention auprès de toute la population ciblée, des évaluations intermédiaires permettent d'ajuster, de modifier ou de transformer l'intervention et les livrables, si nécessaire. Les études pilotes, réalisées auprès d'une partie de la population cible, permettent d'apprécier l'adéquation de l'intervention et des supports au contexte d'implantation et aux besoins et perceptions des futurs intervenants et bénéficiaires de l'intervention. Les évaluations expérimentales d'efficacité permettent de démontrer les effets de l'intervention sur les déterminants, problèmes et/ou états de santé. Les évaluations de processus visent à étudier les composantes et les mécanismes de l'intervention et de sa mise en œuvre.

1.2.3 Phase de déploiement

Durant la phase de déploiement de l'intervention, les évaluations permettent d'objectiver les interventions réalisées ainsi que leurs effets (à court, moyen ou long termes). Les évaluations de mise en œuvre (cas spécifiques des évaluations de processus), de type quantitatif, visent à décrire les biens et services produits et les personnes qui ont pu en bénéficier ; elles permettent ainsi de mesurer la couverture de l'intervention et l'atteinte des objectifs opérationnels. Les évaluations de mise en œuvre de type qualitatif visent à objectiver les perceptions, représentation et appréciations de l'intervention par les bénéficiaires et l'ensemble des parties prenantes. Elles permettent d'estimer la satisfaction, l'adhésion et de formuler d'éventuelles pistes d'amélioration pour les interventions à venir. Les évaluations de processus étudient les processus et facteurs associés à la réalisation de l'intervention.

Les évaluations de résultat par suivi d'indicateurs permettent d'objectiver l'évolution des déterminants, problèmes et/ou états de santé vérifiant ainsi l'atteinte des objectifs spécifiques de santé. Les évaluations d'efficacité, par des mesures répétées dans le temps, permettent de démontrer que cette évolution est bien liée à l'intervention réalisée.

2. Présentation des principales évaluations de terrain

Les évaluations de terrain visent à accompagner et optimiser l'intervention CPS que ce soit en phase de conception, de développement ou bien de déploiement. Elles permettent aux acteurs de prendre du recul par rapport à leur travail, favorisant ainsi un regard réflexif et objectivant sur leur pratique. Ces évaluations de terrain soutiennent ainsi la réflexion, donnent de la valeur à l'action, permettent de mesurer le chemin parcouru et d'améliorer, réajuster, valoriser et capitaliser l'intervention CPS.

Ces évaluations s'appuient sur une démarche méthodologique rigoureuse et structurée mais font appel à des protocoles d'évaluation relativement simples. Elles peuvent donc être conçues et utilisées par les acteurs de terrain dans un temps relativement court. Ainsi, même si l'intervention ou le programme a déjà fait preuve de son efficacité lors d'une recherche scientifique, son suivi sur le terrain a toute son utilité, en permettant d'observer l'évolution des indicateurs « dans la vraie vie », de mettre en évidence les problèmes et difficultés qui n'auraient pas été anticipées, et d'améliorer en routine l'intervention CPS. Ce type d'évaluation permet de s'assurer que cette dernière atteint bien ses objectifs (opérationnels et de santé), qu'elle n'engendre pas d'effets indésirables (aggravation des inégalités sociales, mauvaise participation, absence d'intérêt pour les acteurs et/ou les publics bénéficiaires) et qu'elle ne se dégrade pas au cours du temps.

2.1 En phase de conception de l'intervention CPS

Dans une première phase, l'évaluateur doit déterminer s'il y a adéquation entre les objectifs de l'intervention et les moyens déployés pour les atteindre (146, 147, 88, 150, 151). Cette phase vise à porter un jugement sur la nature de l'intervention et comporte deux composantes principales : l'analyse du bien-fondé du modèle théorique (la plausibilité des hypothèses) et l'analyse de la validité du modèle opérationnel (la justesse des moyens) (146, 147). Selon les auteurs, cette phase est appelée analyse logique, phase de diagnostic ou évaluation de la modélisation de l'intervention (146, 147, 150, 88) ; elle est présente dans les évaluations de terrain et de recherche avec plus ou moins de complexité.

2.1.1 La modélisation de l'intervention CPS

Définition et objectif

La modélisation est une représentation schématique et dynamique de l'intervention CPS qui vise, à partir des connaissances scientifiques et expérientielles disponibles, à représenter de façon schématique :

- les différentes composantes de l'intervention CPS (notamment, l'état de santé à promouvoir ou le problème de santé à prévenir, les déterminants de santé visés, les biens et services destinés aux bénéficiaires de l'intervention) ;
- les liens entre ces différentes composantes de l'interventions CPS.

Exemple CPS : voir modélisations ci-dessous

La modélisation devrait être considérée comme un préalable à toute évaluation (et à toute intervention). En effet, comme le rappelle le chercheur Champagne « pour évaluer une intervention, il faut commencer par la définir et par en établir le modèle logique, car il est rare que l'on dispose dès le départ d'un modèle explicite » (147). La modélisation de l'intervention intègre trois composantes : le modèle causal, le modèle opérationnel et le modèle logique théorique qui correspond à l'analyse du cheminement entre le modèle causal, le modèle opérationnel et les effets attendus par une intervention (147, 139).

Pour réaliser une modélisation, il est nécessaire de se doter d'une définition précise de l'intervention et de ses composantes.

Selon Champagne et collaborateurs, toute intervention peut être définie comme : « un ensemble d'activités organisées dans un contexte spécifique à un moment spécifique pour produire des biens et/ou des services dans le but de modifier une situation problématique » (147).

Ainsi, une intervention regroupe différentes composantes :

- un environnement : les contextes physiques, légaux, symboliques, historiques, économiques et sociaux qui sous-tendent l'action ainsi que toutes les autres actions qui sont en interaction avec l'action modélisée ;
- une situation problématique qui affecte une population et qui est causée par différents déterminants sur lesquels l'on souhaite agir pour transformer la trajectoire prévisible d'évolution ;
- un processus d'activités qui mobilise des ressources financières et matérielles, implique des acteurs et met à disposition des bénéficiaires des biens et/ou des services afin d'avoir des effets sur les déterminantes visés.

La modélisation permet de définir et distinguer de façon précise les différents objectifs de l'intervention CPS en les rattachant aux différentes composantes de l'intervention modélisée :

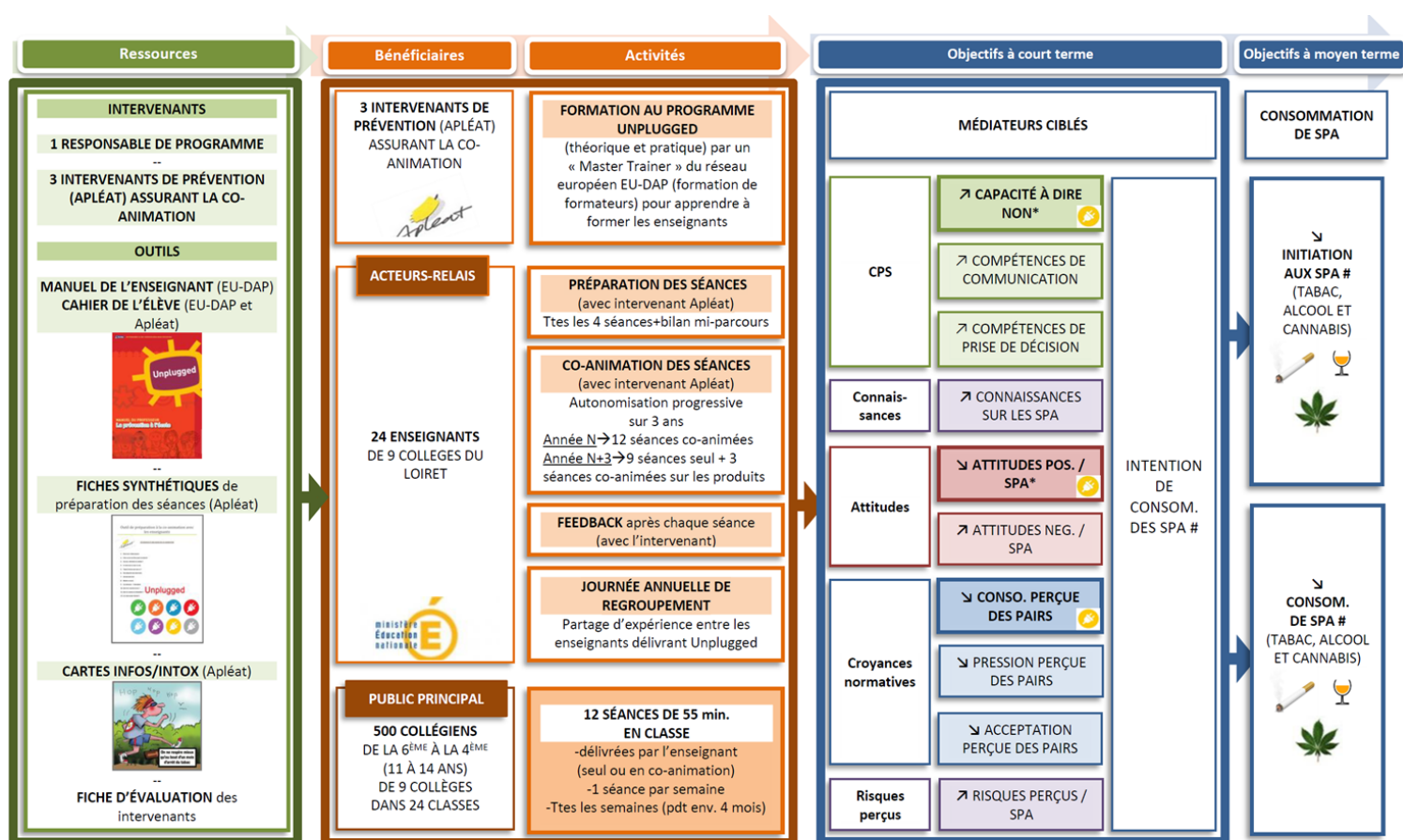
- le problème de santé à prévenir (ou l'état de santé visé) est lié à l'objectif général de santé.
Par exemple : réduire les problèmes anxio-dépressifs chez les adolescents de 12 à 18 ans ; accroître la santé mentale positive (ou le bien-être) des enfants de 8 à 11 ans ;
- les déterminants de santé à modifier sont liés aux objectifs spécifiques de santé.
Par exemple : augmenter l'estime de soi des enfants de 8 à 11 ans ; accroître le sentiment d'efficacité des enseignants de cycle 3 ;
- les biens et les services (ou livrables de l'intervention destinés aux publics bénéficiaires) sont liés aux objectifs opérationnels. *Par exemple : réaliser 12 séances CPS auprès de 140 enfants de cycle 3 ; produire et distribuer un livret CPS auprès de ces mêmes 140 enfants.*

Dans le cadre d'un projet d'intervention, la modélisation peut être élaborée à partir de différentes formes de connaissances, notamment les connaissances scientifiques et les différentes connaissances expérientielles. Quant à sa représentation, la modélisation peut prendre différents

formats en fonction de l'objectif poursuivi et du niveau de détail recherché (voir ci-dessous les deux exemples de modélisations d'intervention CPS). Elle permet une illustration visuelle des ressources, des activités et des résultats attendus d'une intervention auprès d'une population et peut comprendre (152, 153) :

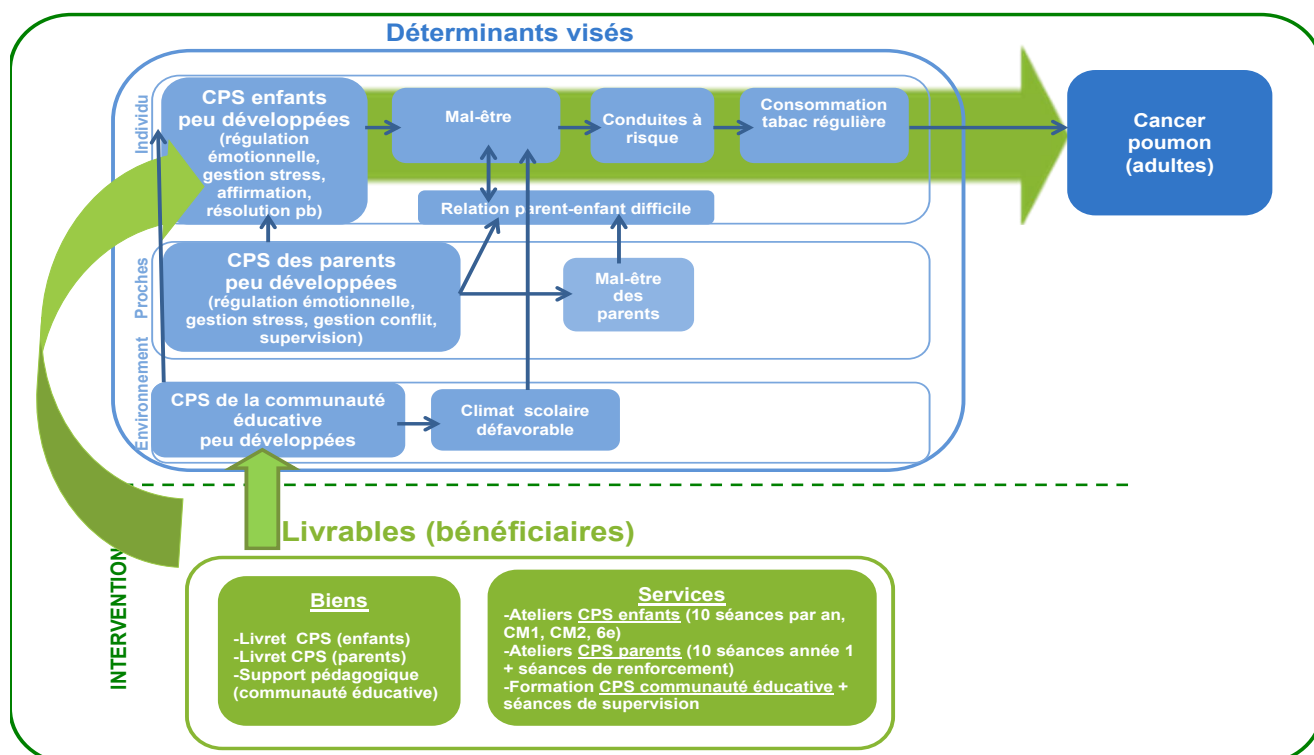
- les moyens mobilisés (humains et financiers) ;
- les activités pratiquées (ex : sensibiliser, former, organiser, rédiger...) ;
- les productions et réalisations auprès des publics bénéficiaires appelés aussi services (pour les activités humaines) et biens (pour les supports et produits matériels) (ex : ateliers réalisés, cahier pour les enfants, livret pour les parents...) ;
- les résultats obtenus (ex : baisse de conduite à risque, de la violence, augmentation du bien-être...) ;
- l'impact sur la santé (ex : diminution de malades, dépendance diminuée...).

Figure 21. Modélisation (ou modèle logique) du programme CPS *Unplugged* sur les conduites addictives (année scolaire 2015-2016, Loiret, (88))



Variables ayant fait l'objet d'une validation empirique en tant que médiateurs (Giannotta, Vigna-Taglianti, Rosaria Galanti, Scatigna, & Faggiano, 2014)

Figure 22. Modélisation d'une intervention CPS sur les conduites addictives pour la prévention primaire du cancer du poumon (29)



2.1.2 L'évaluation théorique de la modélisation

Objectif

L'objectif de cette évaluation est d'analyser la pertinence et le bien-fondé de la modélisation de l'intervention CPS à partir des connaissances scientifiques et expérientielles.

Exemples de questions évaluatives :

- Le problème de santé choisi est-il pertinent au regard des données (de prévalence, d'incidence...) et du contexte d'intervention ?
- Le déterminant de santé visé est-il un déterminant majeur du problème de santé ? est-il modifiable par une intervention de prévention (CPS) ?
- Les activités (ou services) et supports (ou biens) de l'intervention CPS peuvent-ils réellement modifier les déterminants visés (au regard des connaissances scientifiques) ?
- Les ressources (humaines et financières) sont-elles suffisantes pour réaliser les activités et supports de l'intervention CPS ?

En reprenant la définition de l'évaluation proposée par Contrandriopoulos *et al.* (146) : « Évaluer consiste fondamentalement à produire un jugement de valeur sur une intervention (ou sur une de ses composantes) en mettant un œuvre un dispositif [...] de façon à ce que les différents acteurs concernés [...] soient en mesure de prendre position sur l'intervention et de construire un jugement qui puisse se traduire en actions », on peut dire que l'évaluation théorique se caractérise par le fait qu'elle n'a pas recours à un dispositif d'étude recueillant de nouvelles données, contrairement aux évaluations courantes, mais qu'elle s'appuie sur une analyse conceptuelle réalisée à partir des connaissances scientifiques, théoriques et contextuelles disponibles. Ainsi, l'évaluation théorique ne nécessite pas la mise en place d'un protocole de recueil de données, ni la production de nouvelles connaissances.

L'évaluation théorique s'appuie sur toutes les connaissances disponibles, les connaissances scientifiques comme les connaissances issues de l'expérience. Elle permet de construire un jugement évaluatif de l'intervention et de ses composantes grâce à une analyse conceptuelle basée sur les savoirs actuels. En partant de la modélisation de l'intervention, cette évaluation permet d'analyser la pertinence et le bien-fondé de chacune des composantes de l'action ainsi que les liens mis en évidence.

Cette forme d'évaluation, encore trop peu développée en France, est cependant de plus en plus fréquente. Les évaluateurs comme les acteurs prennent conscience de l'importance et de l'utilité de modéliser et d'explicitier les fondements et les logiques d'action, que ce soit pour concevoir une action ou bien, pour réaliser une évaluation.

2.2 En phase de développement de l'intervention CPS

2.2.1 Les études pilotes

Objectif

Ajuster les activités et supports CPS aux intervenants et publics bénéficiaires de l'interventions CPS, grâce à des focus groupes, des entretiens individuels, ou des questionnaires.

Exemples de questions évaluatives

1. Comment le livret CPS est-il perçu par les bénéficiaires quant à son contenu et sa forme ? :
 - Quand vous avez découvert ce livret CPS pour la première fois, quels sont les choses, images, mots, sensations qui vous sont venus spontanément à l'esprit ?
 - Trouvez-vous le contenu de ce livret CPS intéressant ? Compréhensible ? Utile ?
 - Le format de ce livret CPS vous convient-il ? La taille ? Le ton ? Les illustrations ?
2. Est-ce que le livret CPS est facilement utilisable pour les bénéficiaires ?
 - Avez-vous envie d'utiliser ce livret CPS ? Qu'est ce qui pourrait vous inciter à l'utiliser ? Et vous empêcher de l'utiliser ?
3. Quelles sont les améliorations à apporter au livret CPS ?
 - D'après vous, quels seraient tous les éléments qui permettraient d'améliorer ce livret CPS ? En matière de contenu ? De forme ?

Avant de réaliser une action à grande échelle, il est important de s'assurer de la concordance entre l'intervention, les supports, les intervenants et les bénéficiaires. Les études pilotes peuvent faciliter ce travail de mise en accord de l'intervention et des supports avec les professionnels et les populations ciblées. En effet, ces études visent à estimer l'adéquation de ces éléments avant leur utilisation, tant au niveau de leur contenu que de leur forme.

Ces évaluations normatives (s'appuyant sur des normes personnelles ou expertes) permettent ainsi de dégager des pistes d'amélioration potentielle à partir des représentations, besoins et expériences des personnes (acteurs et publics bénéficiaires).

Les études pilotes sont le plus souvent des études qualitatives réalisées auprès d'échantillons représentatifs de la population ciblée, mais des éléments quantitatifs peuvent également être évalués. Les méthodes les plus utilisées sont les réunions de groupe (focus group) et les entretiens individuels. Ces études, relativement simples et peu coûteuses, fournissent des données hautement informatives qui peuvent avoir des retombées importantes et immédiates sur l'intervention.

2.3 En phase de déploiement de l'intervention CPS

2.3.1 Les évaluations de mise en œuvre (quantitatives et qualitatives)

Objectif des évaluations de mise en œuvre (quantitatives)

Vérifier l'atteinte des objectifs opérationnels de l'intervention CPS en quantifiant le nombre de biens et services produits et reçus par les publics bénéficiaires.

Exemples de questions évaluatives

- Combien de séances CPS ont-elles été réalisées ?
- Combien de livrets CPS ont-ils été produits ?
- Combien d'enfants ont-ils bénéficié de l'ensemble des séances CPS de l'intervention ?
- Combien d'enfants ont-ils bénéficié d'au moins une séance CPS ?
- Combien d'enfants ont-ils reçu le livret CPS ?
- Combien d'enfants ont-ils lu le livret CPS ?

Objectifs des évaluations de mise en œuvre (qualitatives)

Décrire et analyser la perception de l'intervention CPS par les parties prenantes (bénéficiaires, intervenants, professionnels associés, décideurs...) grâce à des focus groupes ou des entretiens individuels.

Exemples de questions évaluatives

- Avez-vous apprécié l'intervention CPS ?
- Quels sont les éléments qui ont favorisé la réalisation de l'intervention CPS ?
- Quels sont les éléments qui ont rendu difficile la réalisation de l'intervention CPS ?
- Souhaitez-vous reconduire cette intervention CPS l'année prochaine ?
- Si l'intervention CPS est reconduite l'année prochaine, qu'est ce qui pourrait être fait pour l'améliorer ?

Les évaluations quantitatives de mise en œuvre visent à vérifier l'atteinte des objectifs opérationnels (par exemple : réaliser une intervention CPS comprenant 12 séances auprès de 140 enfants ; distribuer un livret CPS auprès des 140 enfants ayant participé aux séances CPS). Ainsi, dans un premier temps, l'évaluation quantitative de mise en œuvre décrit et quantifie les biens (par exemple, les livrets CPS) et les services (par exemple, les séances CPS) qui ont été proposés et utilisés par les publics bénéficiaires. Elle permet ainsi d'explicitier de façon précise le nombre de participants bénéficiaires d'une partie ou de la totalité des supports et des activités de l'intervention CPS. Dans un second temps, l'évaluation quantitative de mise en œuvre compare ce qui a été réalisé à ce qui avait été planifié. Cette quantification de l'écart entre l'action réalisée et planifiée permet de mesurer l'atteinte (totale ou partielle) des objectifs opérationnels.

Les évaluations qualitatives de mise en œuvre utilisent la même méthodologie que les études pilotes mais elles sont effectuées une fois l'intervention CPS terminée. Elles visent à expliciter les représentations et l'adhésion quant à l'intervention CPS réalisée. Elles cherchent à expliciter le niveau de satisfaction des participants et des parties prenantes ; elles peuvent chercher à décrire et comprendre les freins et leviers à l'exécution (et les éventuels écarts avec les objectifs opérationnels planifiés). Elles permettent aussi de dégager des pistes d'amélioration en vue d'une nouvelle intervention CPS. Ces évaluations normatives sont réalisées le plus souvent à partir de focus groupes ou d'entretiens individuels. Elles sont d'autant plus nécessaires si l'intervention CPS doit être reconduite, capitalisée ou transférée.

2.3.2 L'évaluation de résultat par suivi d'indicateurs

Objectif des évaluations de résultat par suivi d'indicateurs

Vérifier l'atteinte des objectifs spécifiques de l'intervention CPS en mesurant (à l'aide d'instruments de mesure standardisés) le(s) déterminant(s) visé(s) et son (leur) évolution au fil du temps, notamment avant, pendant et après l'intervention CPS.

Exemples de questions évaluatives

- Quel est le niveau moyen d'estime de soi (mesurée par l'outil X1) des enfants de la tranche d'âge Y dans la (les) structure(s) Z au moment T0 ? A-t-il augmenté au fil du temps et de l'exécution de l'intervention CPS ? Si oui, de combien sur la période T0-T1-T2 ?
- Quel est le niveau moyen de soutien social des enfants mesuré par l'outil X2 ? A-t-il augmenté au fil du temps et de l'exécution de l'intervention CPS ?
- Quel est le niveau moyen de sentiment d'efficacité des enseignants mesuré par l'outil X3 ? A-t-il augmenté au fil du temps de l'exécution de l'intervention CPS ?

L'évaluation de résultat par suivi d'indicateurs permet de vérifier l'atteinte des objectifs spécifiques. Pour bien identifier les indicateurs de résultats utiles à l'évaluation, un objectif spécifique doit être le plus précis possible et contenir : un verbe d'action, une population définie, un facteur à changer, une valeur à obtenir, une date d'échéance. Par exemple : augmenter chez les enfants de 6-11 ans de l'école X l'estime de soi de 4 points en moyenne à l'aide de l'échelle d'appréciation Y à la fin de l'année scolaire ; on peut de façon similaire vouloir augmenter le niveau de soutien social des enfants ou augmenter le sentiment d'efficacité des enseignants en étant le plus précis possible.

Elle étudie l'évolution des déterminants de santé visés au fil du temps et permet ainsi de voir si un changement s'est produit, comme prévu, durant le temps du projet d'intervention CPS. En effet, toute intervention CPS vise à influencer un ou plusieurs déterminants de santé (à augmenter un facteur de protection tel que la capacité de résolution de problème ou l'estime de soi ou bien à diminuer un facteur de risque tel que les comportements agressifs ou l'isolement social). Les changements attendus peuvent porter sur les différents types de déterminants : individuels (connaissances, représentations, compétences, comportements...), relationnels et liés aux proches (représentations et comportements des parents, des amis, des enseignants, des éducateurs...) et socio-environnementaux (climat relationnel, communauté, services, situation économique, environnement physique...).

Cette méthode d'évaluation permet d'observer si les déterminants visés ont évolué tel que cela avait été planifié. Toutefois, il est important de souligner que cette évaluation par suivi d'indicateurs ne permet pas de démontrer le lien entre les changements observés et l'intervention CPS réalisée (contrairement à des évaluations d'efficacité, voir ci-dessous). Dans cette évaluation de terrain, seule l'évolution des déterminants est étudiée et non les facteurs affectant cette évolution. Ainsi un changement observé au niveau d'un déterminant tel que le climat scolaire ne permettra pas de savoir si cela est causé par l'intervention CPS réalisée ou bien du fait d'autres variables telles que d'autres interventions mises en place, un changement d'organisation scolaire, l'arrivée de nouveaux élèves, un changement de méthode pédagogique, etc. Il n'en reste pas moins que grâce à cette évaluation de suivi d'indicateurs, il est possible de s'assurer que des changements se sont effectivement produits dans le sens attendu.

De façon pratique, l'évaluation de résultat par suivi d'indicateurs se déroule en deux temps. Dans un premier temps, les déterminants visés (qui sont mentionnés dans les objectifs spécifiques du projet d'intervention CPS) sont mesurés par l'intermédiaire d'indicateurs construits de façon rigoureuse. En effet, afin de s'assurer de la qualité de la mesure, tout indicateur utilisé doit être fidèle et valide. Un indicateur fidèle est un indicateur fiable, c'est-à-dire qu'il ne fluctue pas de façon aléatoire mais présente des résultats identiques lorsque les conditions de mesure restent

inchangées. Pour qu'un indicateur soit considéré comme valide, il est nécessaire qu'il mesure effectivement « l'objet » qu'il est présumé observer (par exemple : l'estime de soi, la communication positive, la qualité relationnelle...). Il doit être une bonne représentation objective du déterminant qu'il mesure. Afin de s'appuyer sur des indicateurs de qualité (fidèles et valides), il est donc recommandé de faire appel à des instruments de mesure standardisés (dont le développement et la qualité sont garantis par des études méthodologiques dites métrologiques) (voir en annexe des exemples de questionnaires CPS standardisés). Dans un second temps, il s'agit de mesurer la variation des indicateurs sélectionnés au fil du temps, durant la période du projet d'intervention CPS. Plusieurs temps de mesure doivent être réalisés (a minima 3 : avant, pendant, après l'intervention CPS). Un taux d'évolution (individuel et/ou global) peut ensuite être mesuré permettant de confirmer ou d'infirmer l'atteinte des objectifs spécifiques.

3. Présentation des principales évaluations de recherche

Ce type d'évaluation est menée à des fins de recherche scientifique par des chercheurs (possiblement en collaboration avec les acteurs de terrain) pour vérifier ou tester des hypothèses fondées sur l'état des connaissances scientifiques actuelles (par exemple : le nouveau programme CPS (X) est efficace et devrait être plus efficace que l'absence de programme CPS ou bien que l'intervention CPS (Y) ; l'efficacité du programme CPS (X) est dépendante du nombre de séances CPS ; l'efficacité du programme CPS varie selon la qualité de son implantation). Les évaluations de recherche (ou recherches évaluatives) font appel à des protocoles, outils et méthodes statistiques sophistiquées qui ne sont pas à la portée de tous. Le but d'une évaluation de recherche est de produire de nouvelles connaissances fiables et reproductibles et de publier ces connaissances (notamment sous forme d'articles scientifiques).

3.1 La modélisation et l'évaluation théorique

Que l'on soit dans une situation d'intervention ou bien de recherche, la modélisation représente une étape préalable et nécessaire à toute évaluation. En effet, comme le rappelle Champagne : « Certains chercheurs mettent en place des mécanismes d'évaluation extrêmement complexes qui permettent de porter un jugement très valide, mais qui ne permettent pas de savoir exactement ce qu'ils évaluent. Ainsi, à l'étape de la prise de décision, leur travail se révèle inutile, voire nuisible » (147). Acteurs et chercheurs doivent donc pouvoir se doter d'une représentation schématique et dynamique de l'intervention CPS avant toute évaluation (voir ci-dessus pour une présentation de la modélisation).

Avant de réaliser des évaluations longues et coûteuses, il est aussi préférable de réaliser une évaluation théorique (de la modélisation) de l'intervention CPS (voir ci-dessus pour une présentation). Celle-ci s'appuie sur les connaissances scientifiques et expérientielles disponibles et nécessite donc peu de ressources ; elle peut être réalisée très rapidement. L'évaluation théorique permet ainsi de pouvoir réajuster le projet d'intervention CPS avant son application et d'optimiser les ressources évaluatives, en réservant les évaluations aux interventions CPS ayant fait leur preuve au niveau théorique.

3.2 Les évaluations d'efficacité (quasi) expérimentales et par mesures répétées

Les évaluations d'efficacité consistent à mettre en œuvre une recherche dont l'objectif est de tester si les bénéfices (sanitaires) attendus de l'intervention sont obtenus dans les faits et de montrer que ces effets sont bien attribuables à l'intervention. Des études simples de comparaison d'indicateurs avant/après intervention ou ici (avec intervention)/ailleurs (sans intervention) sans mesure répétée et sans groupe contrôle ne permettent pas d'attribuer clairement les différences observées à l'effet de l'intervention. Vouloir démontrer qu'une intervention est efficace nécessite donc d'avoir recours à des protocoles de recherche évaluative complexes visant à contrôler le maximum de biais et à démontrer le lien de causalité entre l'intervention CPS réalisée et

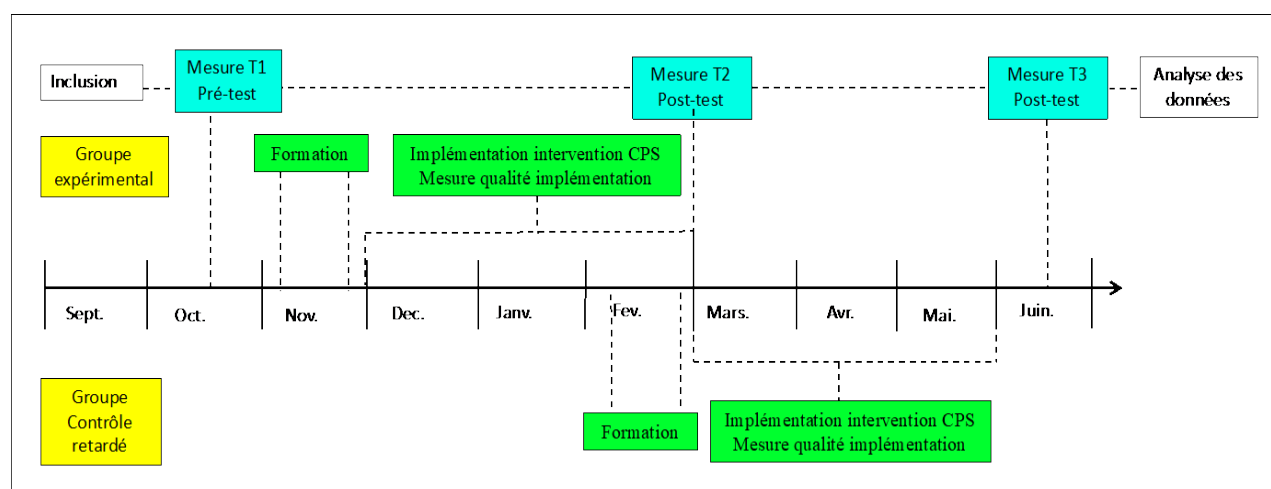
l'évolution du déterminant observée. Ces évaluations sont réalisées, de préférence, par un organisme distinct de celui qui conduit l'intervention CPS (on parle alors d'évaluation externe).

Les évaluations d'efficacité nécessitent aussi un certain nombre de vérifications préalables avant leur application, notamment une description fine et précise de l'intervention CPS (via une modélisation, voir ci-dessus), une analyse conceptuelle des fondements et de la logique d'action (via une évaluation théorique, voir ci-dessus), une analyse de la faisabilité et de l'acceptabilité des supports et des activités de l'intervention CPS.

Durant la phase de développement, lorsque l'efficacité de l'intervention CPS n'a pas encore été démontrée, il est nécessaire d'avoir recours à une recherche évaluative (quasi) expérimentale. L'essai contrôlé randomisé (ECR) représente la méthode de référence pour évaluer l'efficacité d'une intervention en santé. Il permet de démontrer son effet grâce à une comparaison entre un groupe qui bénéficie de l'intervention et un groupe qui ne reçoit pas l'intervention (groupe contrôle) après que les individus ont été randomisés, c'est-à-dire répartis de manière aléatoire dans l'un ou l'autre des groupes. Cette randomisation permet de garantir que tous les facteurs connus ou inconnus pouvant influencer l'effet de l'intervention soient répartis équitablement entre les groupes de l'étude. Cependant, dans le cas des interventions CPS, ce sont souvent des groupes d'individus déjà définis qui reçoivent l'intervention (par exemple les élèves d'une même classe). Ce sont alors les groupes (les classes) qui sont randomisés. On parle alors d'essai randomisé par grappes ou par clusters.

La recherche évaluative avant/après avec groupe contrôle contemporain de l'intervention (cas particulier d'étude quasi-expérimentale) est préconisée lorsque la randomisation (le tirage au hasard) des grappes est impossible, en particulier lorsque l'évaluation n'a pas été prévue en amont de l'intervention. Dans ce type de recherche évaluative, on cherche à constituer un groupe contrôle ayant les mêmes caractéristiques que celles du groupe qui va recevoir l'intervention et on recueille les données aux mêmes moments (avant et après intervention) dans les deux groupes de la recherche. La difficulté de ces recherches quasi-expérimentales (sans répartition aléatoire entre le groupe intervention et le groupe contrôle) est le risque que les deux groupes ne soient pas comparables avant l'intervention. Il convient donc de choisir des stratégies permettant de rendre le groupe contrôle le plus semblable au groupe intervention (par ex : lorsque l'indicateur final est la consommation de tabac des collégiens, et comme cette consommation dépend fortement de l'âge, veiller à recruter des classes du groupe contrôle de telle sorte qu'il y ait la même proportion de classes de 6^e, 5^e, 4^e et 3^e que dans le groupe intervention).

Figure 23. Les différentes étapes de la planification d'une recherche évaluative quasi-expérimentale



L'efficacité de l'intervention CPS est ainsi démontrée par une (ou plusieurs) recherches évaluatives (quasi) expérimentale sur de petits échantillons de la population ciblée (des dizaines ou une centaine d'enfants, par exemple).

Durant la phase de déploiement, l'intervention CPS est appliquée à grande échelle auprès de centaines ou de milliers de bénéficiaires. Une recherche évaluative d'efficacité s'appuyant sur un protocole complexe peut être mise en place afin de s'assurer que les objectifs de santé sont bien atteints grâce à l'intervention CPS déployée. Des recherches évaluatives avec des mesures répétées qui mesurent le déterminant visé à de nombreuses reprises au cours du temps (plusieurs fois avant, pendant et après l'intervention CPS) permettent d'étudier le lien entre l'évolution de l'indicateur et l'intervention CPS réalisée via des analyses statistiques complexes.

3.3 Les évaluations de processus

Alors que les recherches évaluatives d'efficacité s'intéressent aux effets de l'intervention CPS, les recherches évaluatives de processus portent sur l'intervention CPS elle-même. Nécessaires et complémentaires aux évaluations d'efficacité, elles sont menées en parallèle des recherches quasi-expérimentales en phase de développement ou bien lors des recherches évaluatives longitudinales en phase de déploiement.

Selon le guide du *UK Medical Research Council* (154), l'évaluation de processus est « une étude qui vise à comprendre le fonctionnement d'une intervention en examinant sa mise en œuvre, ses mécanismes d'impact et ses facteurs contextuels », ces trois éléments étant en relation entre eux et pouvant modifier les effets de l'intervention.

Plusieurs éléments de la mise en œuvre peuvent ainsi être étudiés : la fidélité (dans quelle mesure ce qui est délivré lors de l'intervention est conforme à ce qui était prévu ?), la dose (quelle quantité d'intervention a été délivrée ?), les adaptations (quelles modifications ont été apportées afin d'obtenir un meilleur ajustement au contexte ?), l'atteinte de la cible (dans quelle mesure le public ciblé a-t-il été rejoint par l'intervention ?).

Les recherches évaluatives de processus peuvent aussi s'intéresser aux mécanismes intermédiaires par lesquels les activités de l'intervention CPS produisent les effets attendus. Ces mécanismes (décrits dans le modèle théorique de l'intervention) permettent de déterminer comment les effets de l'intervention ont été obtenus et de comprendre comment ces effets pourraient être répliqués par des interventions similaires. Les évaluations de processus étudient aussi le contexte, c'est-à-dire « tout ce qui est externe à l'intervention et qui pourrait faciliter ou faire obstacle à la mise en œuvre, aux mécanismes et aux effets de l'intervention ». Par exemple, Caria et collaborateurs montrent que, 15 mois après la fin de l'intervention, les effets bénéfiques du programme CPS *Unplugged* en matière de prévention de la consommation d'alcool sont plus importants chez les collégiens évoluant dans un contexte à faible niveau socio-économique, comparativement aux niveaux moyen ou élevé) (155).

Selon le guide de référence du *UK Medical Research Council*, une évaluation d'efficacité devrait toujours être associée à une évaluation de processus. Si l'évaluation d'efficacité ne montre pas d'effets bénéfiques sur les indicateurs principaux, cette évaluation de processus permet de répondre aux questions qu'on se pose alors. Les mécanismes intermédiaires ont-ils été activés ? (Par exemple : si on n'obtient pas la baisse des comportements à risque attendus, on peut se demander si les activités de l'intervention ont bien entraîné une amélioration des CPS des bénéficiaires, mécanisme censé prévenir de l'adoption des comportements à risque.) La fidélité et la dose d'intervention reçue étaient-elles suffisantes ? Obtient-on quand même des effets pour les bénéficiaires qui ont reçu une forte dose d'intervention ? La population cible a-t-elle été atteinte ? De même, des questions se posent lorsque des effets bénéfiques ont été obtenus. Les mécanismes d'impact (exemple : le renforcement des CPS) ont-ils été activés ? Si ce n'est pas le cas, le modèle théorique de l'intervention n'est pas validé et il est sans doute à revoir. Les effets de l'intervention sur les changements attendus dépendent-ils de la dose d'intervention reçue (effet dose-réponse) ?

4. Quelques repères concernant l'élaboration d'une évaluation

4.1 Conception de l'évaluation

Soulignons qu'indépendamment du temps de l'évaluation (en phase de conception, de développement ou de déploiement de l'intervention CPS), il est nécessaire que toute évaluation puisse être élaborée et planifiée en amont de l'intervention CPS afin de permettre sa bonne réalisation et la fiabilité des données produites. Par exemple, une évaluation en phase de déploiement par suivi d'indicateurs nécessite un recueil en amont de l'exécution de l'intervention CPS ; elle doit donc être construite en même temps que l'intervention.

Lors de la phase de conception de l'intervention CPS, il est donc nécessaire de prévoir un temps pour réaliser la modélisation et l'évaluation théorique de l'intervention CPS et pour planifier l'ensemble des évaluations associées au projet d'intervention CPS en distinguant et articulant bien les objectifs de l'intervention CPS aux objectifs et questions évaluatives.

4.2 Rédaction d'un protocole d'évaluation (voir fiche de synthèse en annexe 5)

Un protocole d'évaluation (appelé plan de recherche par les scientifiques) vise à décrire et structurer les différentes composantes de l'évaluation afin de garantir sa qualité et son bon déroulement. Concrètement, il donne lieu à un document de référence (appelé protocole) qui précise tous les éléments techniques et organisationnels à installer. Il doit permettre à un lecteur externe de répliquer l'étude évaluative réalisée.

Le document « fiche de synthèse d'une évaluation » en annexe 5 liste les différents éléments à définir dans un protocole d'évaluation d'intervention. Ce dernier comporte deux parties distinctes : une partie visant à décrire de façon succincte et objective l'intervention évaluée et une partie visant à expliciter l'ensemble des composantes de l'étude évaluative.

Dans un premier temps, il convient de préciser les acteurs de l'évaluation et de bien définir les objectifs de l'évaluation (voir ci-dessus). Le type d'évaluation est défini en fonction des objectifs poursuivis (voir les principales évaluations proposées dans ce chapitre).

Le protocole décrit ensuite dans le détail l'étude évaluative qui va permettre de répondre à ses objectifs. La population à laquelle seront généralisés les résultats de l'étude est définie et l'échantillon de la population sur lequel portera l'étude évaluative doit être correctement présenté (effectif, caractéristiques sociodémographiques...). Il est important que l'échantillon de l'étude évaluative soit bien représentatif de la population étudiée.

L'ensemble des indicateurs de l'étude évaluative doit être présenté. La nature des données utilisées dans l'évaluation est précisée : données quantitatives, données qualitatives, données mixtes (qualitatives et quantitatives). Trois grandes catégories d'indicateurs peuvent être distinguées :

- **Les indicateurs d'efficacité finaux** mesurant le problème ou l'état de santé visé par l'intervention CPS (en lien avec les objectifs généraux de santé) (par exemple : comportements sexuels à risque, consommation de substances psychoactives, santé mentale positive) ;
- **Les indicateurs d'efficacité intermédiaires** mesurant les facteurs de risque et de protection associés au problème ou état de santé visé par l'intervention CPS (appelés parfois déterminants de santé ; par exemple : CPS-gestion du stress, CPS-empathie, sentiment d'efficacité, climat scolaire...) (voir annexe 6 : instruments de mesure CPS) ;
- **Les indicateurs de processus** mesurant les différentes dimensions de l'intervention CPS et du contexte d'implantation (par exemple : activités réellement conduites, conformité de l'intervention par rapport au modèle (fidélité), atteinte de la cible...).

Le protocole doit également préciser les temps, lieux et méthodes de recueil de données (par exemple questionnaire auto-administré, de type « papier/crayon », sur tablette, en classe ou dans la salle informatique de l'établissement scolaire avec un accompagnant formé et garantissant la confidentialité des réponses ; observations effectuées par l'animateur de la séance grâce à une grille d'observation ; utilisation d'un prestataire pour le recueil de données...).

Le protocole détaille également les analyses statistiques et/ou qualitatives qui seront utilisés. Elles doivent faire appel à des méthodologies adaptées aux données et au dispositif d'évaluation choisis.

Selon le type d'évaluation (et notamment pour les recherches évaluatives), le protocole pourra mentionner les aspects éthiques et légaux (dossier Cnil, note d'information et formulaire de consentement aux parents/jeunes, accès aux droits, confidentialité, sécurité des données...). Notons que les démarches à accomplir dans ce domaine sont souvent longues et doivent donc être anticipées.

En dernier lieu, le protocole d'évaluation mentionne les différents livrables qui seront produits sur la base des études évaluatives réalisées (rapport, document de synthèse, recommandations pour l'action, communications...).

4.3 Ajustement du protocole d'évaluation

Une fois la première version du protocole rédigée débute une phase de négociation avec les différents acteurs associés à l'intervention CPS. L'interlocuteur privilégié est le responsable de l'intervention CPS sur le territoire où aura lieu l'évaluation. L'installation d'un comité technique rassemblant l'ensemble des acteurs de terrain (exemple : animateurs, enseignants, infirmière scolaire, chef d'établissement scolaire...) est un espace utile pour négocier ce qui est acceptable et faisable en matière de mesure et de recueil de données afin de rendre le protocole opérationnel. De même, l'installation de comités de pilotage locaux rassemblant les partenaires institutionnels (par exemple : ARS, Éducation nationale...) permettra de les associer au projet d'évaluation et de faciliter son application. Une fois terminée cette phase d'échanges avec les partenaires, une version finale du protocole pourra être rédigée.

4.4 Mise en place du protocole d'évaluation

La phase d'exécution du protocole a pour cœur le recueil des données de l'évaluation. Elle doit être soigneusement planifiée avec l'ensemble des acteurs de terrain appliquant l'intervention et/ou participant à l'évaluation (par exemple : dates des séances de l'intervention, dates des recueils de données sur les différents sites de l'étude, disponibilités, impressions à réaliser, envois des questionnaires papier sur les différents sites de l'étude, guides de passation des questionnaires, réservations de salles...).

Lors du recueil des données, une surveillance attentive et continue doit être assurée afin de pouvoir proposer rapidement des mesures correctives en cas d'incidents (par exemple : absentéisme important lors d'une phase de passation de questionnaires ; pannes de réseau lors de passation d'un questionnaire en ligne ; problèmes de réservation de salle ; grève...). Un système de *monitoring* (surveillance) du recueil de données (remontée régulière d'informations) permet d'éviter que la qualité du protocole d'évaluation ne soit menacée (par exemple : taille d'échantillon insuffisante en raison de passations de questionnaire annulées et non reprogrammées).

4.5 Analyse des données et restitution/valorisation des résultats de l'évaluation

L'analyse des données (retranscription, saisie, nettoyage et analyses qualitatives et/ou statistiques) et la communication des résultats (rapports, article, communications orales) sont les dernières étapes de la démarche d'évaluation.

Une fois les analyses effectuées, une première restitution des résultats aux responsables de l'intervention CPS est organisée afin d'échanger des informations avec lui en amont de la publication d'un rapport d'évaluation. Dans un second temps, une présentation des résultats est faite aux comités de pilotage et enfin à toutes les parties prenantes. Une bonne pratique consiste à donner la possibilité d'intégrer les remarques des responsables de l'intervention CPS dans le rapport final. Cette possibilité offerte aux acteurs est particulièrement indiquée lorsque les résultats de l'évaluation ne correspondent pas aux attentes des parties prenantes.

CONCLUSION

Aider les générations actuelles et futures dans leur capacité à faire des choix éclairés et raisonnés, favoriser leurs aptitudes à vivre ensemble et à mieux gérer leur stress et réguler leurs émotions en renforçant leurs compétences psychosociales constitue un levier clé de la promotion de la santé. Ces trente dernières années, de nombreux travaux de recherche ont porté sur l'importance de ces compétences dans le développement de l'enfant, de son bien-être et de sa santé, et ce dès le plus jeune âge.

Santé publique France entend accompagner le renforcement des CPS des enfants et des jeunes, en encourageant les actions suivantes :

- promouvoir le bien-être et la santé globale dans toutes ses dimensions par le développement des CPS de tous les jeunes, de la petite enfance aux jeunes adultes ;
- soutenir les adultes en position d'éducation (parents et professionnels) et leur permettre de renforcer leurs propres CPS, ce qui constitue une condition essentielle au développement des CPS des enfants ;
- déployer sur l'ensemble du territoire, dans les différents milieux de vie de l'enfant, des interventions CPS qui soient efficaces et fondées sur des données probantes.

Ce rapport, qui synthétise l'état des connaissances scientifiques et théoriques sur les CPS et les interventions probantes, constitue une première étape du travail de Santé publique France. Destiné aux décideurs et acteurs de terrain, il a été conçu avec la collaboration de plusieurs chercheurs universitaires et acteurs de terrain au sein d'un comité d'appui thématique, que nous remercions tous vivement.

Il offre une définition actualisée des compétences psychosociales. Neuf CPS générales et vingt-et-une CPS spécifiques ont été identifiées dans la littérature scientifique et les guides internationaux. Trois CPS cognitives portent sur le fait d'avoir conscience de soi, sur la capacité de maîtrise de soi et sur la prise de décisions constructives. Trois CPS émotionnelles concernent la conscience de ses émotions et de son stress, et la capacité à réguler ses émotions et à gérer son stress. Enfin trois CPS sociales permettent de communiquer de façon constructive, de développer des relations constructives et de résoudre des difficultés.

Il est rappelé le long chemin parcouru en France depuis les premiers travaux sur les CPS et comment elles s'inscrivent à présent dans les politiques publiques et les actions qui sont menées dans les territoires.

Leur développement via des interventions efficaces peut avoir de multiples effets et poursuivre diverses finalités : réduire les addictions, la violence, les problèmes de santé mentale, améliorer le bien-être, la santé sexuelle, le climat et la réussite scolaire. Elles peuvent être enseignées et renforcées tout au long de la vie, de façon transversale et interdisciplinaire. Elles favorisent le pouvoir d'agir (*l'empowerment*) et le bien-être et offrent aux enfants et aux jeunes des clés utiles à leur développement pour leur vie actuelle et future.

Le renforcement des CPS passe par la qualité et aussi par l'extension du déploiement des programmes ad hoc. Dans cette perspective, les études sur les facteurs d'efficacité et d'implantation, nous ont permis d'identifier 8 facteurs-clés communs aux différents programmes probants (2 facteurs principaux et 6 facteurs complémentaires). Le tableau 4 des facteurs communs, construit à partir de ces 8 facteurs, vise à aider au mieux les décideurs et les acteurs de terrain à réaliser une intervention CPS de qualité.

La nécessité d'évaluer l'action et de s'assurer de sa bonne mise en pratique est aussi une étape clé. Elle permet de vérifier que les résultats observés sont en accord avec les résultats attendus, et le cas échéant, d'améliorer l'action. Les grands principes de l'évaluation ont été présentés de

façon générale dans ce rapport et ils seront complétés ultérieurement par des supports plus opérationnels.

Si aujourd'hui, nous pouvons compter sur l'expertise acquise et la richesse des connaissances académiques, il est temps de passer à l'échelle supérieure. Le défi est important : comment ces savoirs peuvent-ils désormais aider au passage à l'étape suivante, c'est-à-dire une dimension plus universelle, en conciliant l'évolution des connaissances académiques et des savoirs expérientiels ? Il existe une attente forte de soutien et d'accompagnement, un besoin de supports fondés sur les données probantes, adaptés et accessibles à tous, au plus près des besoins et dynamiques territoriales. Le présent rapport, fondé sur les connaissances scientifiques actuelles, pose une première base théorique ; il sera complété ultérieurement par des guides et des supports pratiques.

Il contribue au partage d'une vision commune des compétences psychosociales, afin d'agir tôt, tout au long du développement de l'enfant et dans tous les milieux, dans l'objectif d'une nouvelle génération bénéficiant systématiquement d'un développement des CPS tout au long de son parcours.

ANNEXES

- Annexe 1. Liste des principaux outils et programmes CPS mentionnés dans le rapport
- Annexe 2. Résultats de l'enquête Santé publique France (chapitre 5)
- Annexe 3. Résultats de l'enquête Santé publique France (suite) (chapitre 5)
- Annexe 4. Les programmes CPS évalués (2020-2021) (chapitre 5)
- Annexe 5. Fiche de synthèse d'une évaluation (protocole) (chapitre 8)
- Annexe 6. Exemples d'instrument de mesure CPS (chapitre 8)

Annexe 1. Liste des principaux outils et programmes mentionnés dans le rapport

1. Outils et programmes CPS directement accessibles

Public enfants	
Nom de l'outil/programme	Lien d'accès
Cartable des CPS de l'Ireps Pays de Loire (et le programme En santé à l'école)	https://cartablecps.org/page-0-0-0.html
Outils Scholavie	https://www.scholavie.fr/fr/pole-action/193/nous-outils
Mieux vivre ensemble dès l'école maternelle	J. Fortin. Mieux vivre ensemble dès l'école maternelle. Hachette Éducation, 2001, 144 pages
Manuel de développement CPS (enfants et professionnels)	Lamboy B, Shankland R, Williamson M-O. (2021). <i>Les compétences psychosociales - Manuel de développement</i> . Belgique : De Boeck.
Renforcer les CPS à l'école élémentaire (Ireps ARA)	https://ireps-ara.org/actualite/action_dl.asp?action=999&idz=3e87cd57c1ee3890667b72e87a7b1a44
Supports sur l'estime de soi et les compétences sociales (Québec)	https://www.chusj.org/fr/soins-services/E/Estime-de-soi
Step by Step (en anglais)	https://www.worldbank.org/en/topic/education/publication/step-by-step-sel-curricula

Public adolescents et jeunes	
Nom de l'outil/programme	Lien d'accès
Programme Unplugged	https://www.federationaddiction.fr/unplugged/ https://www.eudap.net
Outils Scholavie	https://www.scholavie.fr/fr/pole-action/193/nous-outils
Outils Vers le pacifique	https://institutpacifique.com/outils-gratuits/
Step by Step (en anglais)	https://www.worldbank.org/en/topic/education/publication/step-by-step-sel-curricula

2. Outils et programmes CPS par prise de contact

Public enfants	
Nom de l'outil/programme	Contact
Programme Brindami (Petite enfance, québécois)	http://www.cpeq.net/offre/programmes/brindami/
Malette Mimikae (Petite enfance)	https://pacall.fr/mimikae-et-sa-malette/
Programme PSFP Programme de Soutien aux Familles et à la Parentalité	https://codes06.org/actions/parentalite
Good Behavior Game	https://grvs06.org/good-behavior-game-gbg/
Primavera	https://www.federationaddiction.fr/primavera-finalisation-de-levaluation-et-offre-daccompagnement/ https://www.oppelia.fr/programme-de-prevention/
Boat	https://consentement.info/la-boat/ https://boat.chu-montpellier.fr/fileadmin/Minisites/CRIAVS/Fichiers-BOAT/Plaque-information-BOAT.pdf https://boat-concept.upility.com/
Prodass	https://www.planning-familial.org/fr/le-planning-familial-du-vaucluse-84/formation/prodass-programme-de-developpement-affectif-et-social https://prodass-cerclemagique.org/
Le Voyage des Toimoinous	https://irepsna.org/actions/le-voyage-des-toimoinous/
Life Skills Training (en anglais)	https://www.lifeskillstraining.com/

Public adolescents et jeunes	
Nom de l'outil/programme	Contact
Verano	https://www.oppelia.fr/programme-de-prevention/
Boat	https://consentement.info/la-boat/ https://boat.chu-montpellier.fr/fileadmin/Minisites/CRIAVS/Fichiers-BOAT/Plaque-information-BOAT.pdf https://boat-concept.upility.com/
Strong	Manuel technique du programme Strong en français : http://www.jeudevi.org/wp-content/uploads/2014/09/1210-Cahier-Technique-Strong.pdf Informations concernant le programme STRONG : https://ireps-ors-paysdelaloire.centredoc.fr/index.php?lvl=notice_display&id=21784
Prodass	https://www.planning-familial.org/fr/le-planning-familial-du-vaucluse-84/formation/prodass-programme-de-developpement-affectif-et-social https://prodass-cerclemagique.org/
Life Skills Training (en anglais)	https://www.lifeskillstraining.com/

Annexe 2. Résultats de l'enquête Santé publique France (chapitre 5)

Liste des programmes CPS décrits comme ayant un nombre de sessions au moins égal ou supérieur à 6, avec un travail a minima sur les compétences émotionnelles et sociales et l'utilisation d'outils expérientiels tels que les jeux de rôle.

Programmes recensés par les ARS (11)

- Primavera du CM1 à la 5^e (Bourgogne-Franche-Comté)
- Verano lycée et faculté (Bourgogne-Franche-Comté)
- *Unplugged* (Bourgogne-France-Comté, Centre-Val de Loire, La Réunion, Martinique)
- Skoop (adaptation pour CM2) (Bourgogne-Franche-Comté)
- « Je, tu, il... Jeux utiles » (version ITEP/IME) (Bourgogne-France-Comté)
- BD Hors-Jeu (Martinique)
- Le Voyage des Toimoinous, grandir et vivre ensemble (Nouvelle-Aquitaine)
- Mallette Mimikae (Nouvelle-Aquitaine)
- S'épanouir pour mieux grandir ; On décolle à Anatole ; Bien grandir à Cerizay (Démarche Compétences Mutuelles et Individuelles - COM'IN !) (Nouvelle Aquitaine)
- Prévention Primaire des Conduites Addictives (PPCA) (Nouvelle Aquitaine)

Programmes recensés par les Rectorats (7)

- Projet Saint-Vaast-la-Hougue 50 (Caen)
- Unplugged (Dijon, Grenoble, Versailles)
- Atelier de bien-être et d'estime de soi (Guadeloupe)
- Projet collègue Eugène Nonnon (Guyane)³⁴
- Lutte contre les violences sexuelles par le renforcement de l'estime de soi (Guyane)
- Interventions suite à formations par CRIAVS 2 (Réunion)
- Cartable des compétences psychosociales (Aix-Marseille, Guadeloupe)

³⁴ https://clg-nonnon.eta.ac-guyane.fr/IMG/pdf/projet_clg_nonnon_2018-2022.pdf

Annexe 3. Résultats de l'enquête Santé publique France (suite) (chapitre 5)

Les programmes CPS déployés par plusieurs ARS et/ou rectorats recensés dans l'enquête conduite auprès des ARS et rectorats (2017-2018, cf. chap 5) sont les suivants : BOAT, le cartable des compétences psychosociales des Pays de la Loire, *Good Behavior Game* (GBG), Primavera, Prodas, *Unplugged* pour les programmes en milieu scolaire et PSFP pour les programmes hors milieu scolaire.

* Unplugged

Recensé par 5 ARS et 3 rectorats.

* Programme de soutien aux familles et à la parentalité (PSFP)

Recensé par 3 ARS.

* Good Behavior Game (GBG)

Recensé par un rectorat et une ARS.

* Boat

Recensé dans 2 rectorats. Créé par le Centre ressource pour les intervenants auprès des auteurs de violences sexuelles Languedoc-Roussillon (CRIA-VS-LR), il consiste en une boîte à outils visant à la prévention des violences sexuelles³⁵.

* Le cartable des compétences psychosociales des Pays de la Loire

Recensé par deux rectorats.

* Primavera

Recensé dans 2 régions et 3 rectorats.

* Prodas

Recensé dans 2 ARS et 1 rectorat.

³⁵ <https://boat-concept.upility.com>

Annexe 4. Les programmes CPS évalués (2020-2021) (chapitre 5)

Nous présentons ici les principaux programmes structurés ayant fait l'objet d'une évaluation en France dans le but de faire connaître les programmes développés en France. Le repérage des initiatives françaises en région Auvergne-Rhône-Alpes mené par l'Ireps Auvergne-Rhône-Alpes portant sur l'identification de 100 actions ayant été réalisées sur le territoire ayant pour objet, entre autres, de développer les CPS, a permis d'identifier deux actions supplémentaires ayant été évaluées en France (Le projet Sentinelles et Référents et le projet Garantie Jeunes), mais il ne s'agit pas de programmes structurés. L'objectif ici est d'ouvrir des perspectives quant aux possibilités variées de déploiement d'actions visant à renforcer les CPS.

Le programme Unplugged

Unplugged est un programme de prévention des addictions déployé en milieu scolaire au niveau des collèges. Il est composé de 12 séances fondées sur l'approche de l'influence sociale globale et le développement des CPS. Il a été identifié par l'expertise Inserm (68) comme l'un des programmes scolaires pertinents pouvant être déployé en France. Les principales caractéristiques d'*Unplugged* sont les suivantes :

- Ce programme est fondé sur le modèle d'influence sociale globale ; il se veut interactif et incorpore des éléments liés aux compétences de vie et aux croyances normatives ;
- Les groupes cibles sont des adolescents de 12 à 14 ans (la classe de 5^e a été identifiée comme étant la plus propice), car c'est l'âge auquel les adolescent-es sont confronté-es régulièrement aux produits psychoactifs, licites ou illicites ;
- L'objectif du programme est de réduire les opportunités de s'initier aux drogues et/ou de retarder le passage d'une consommation expérimentale à une consommation régulière de produits psychoactifs ;
- Il traite des différentes substances : tabac, alcool, cannabis principalement ;
- Le programme est composé de 12 séances conçues pour être données pendant les horaires scolaires de manière régulière.

Ces 12 séances (Tableau 1 ci-dessous) contribuent à développer les compétences psychosociales des élèves (e.g. compétences relationnelles, pensée critique, gestion des émotions...) et à réfléchir au sujet des substances psychoactives et des croyances normatives associées (i. e. tendance à surestimer la consommation des autres). Il s'agit d'un programme expérientiel, très interactif et qui procède d'une vision dynamique et ancrée de la prévention, et qui tient compte du rôle déterminant des enseignants dans le bien-être des élèves.

Le programme *Unplugged* a été diffusé dans 7 pays (Belgique, Allemagne, Espagne, Grèce, Italie, Autriche et Suède) et a fait l'objet d'une évaluation scientifique financée par le Fonds social européen et réalisée sur 7 000 élèves issus de 143 écoles. Les résultats de cette étude ont révélé l'efficacité du programme à court et à long terme (i. e. 15 mois après la fin de l'intervention). Plus précisément, les élèves qui ont participé au programme *Unplugged* ont vu, 3 mois après la fin de l'intervention, leur probabilité de fumer du tabac au quotidien et de consommer de l'alcool en grande quantité (au moins 3 épisodes d'ivresse dans les 30 derniers jours) baisser de 30%, et leur probabilité de consommer du cannabis (au moins une fois dans les 30 derniers jours) baisser de 23% par rapport aux élèves n'ayant pas bénéficié de l'intervention (78).

En France, une étude d'évaluation du programme *Unplugged* a été menée récemment dans la région d'Orléans (88). Les résultats montrent son efficacité : par rapport aux élèves du groupe contrôle, ceux du groupe *Unplugged* ont rapporté une réduction des consommations de cigarettes, de cannabis et d'alcool trois mois après la fin de l'intervention. Plus important encore, on observe une réduction du risque de l'entrée dans les consommations trois mois après la fin de l'intervention (tabac : -45% ; cannabis : -70% ; épisode d'ivresse alcoolique : -79%). En outre, le programme a également révélé des effets positifs à trois mois sur les variables intermédiaires : comparativement au groupe contrôle, les jeunes du groupe *Unplugged* ont rapporté une

diminution de l'attitude positive à l'égard des drogues illicites, une augmentation de la résistance à la pression des pairs qui proposent de consommer des substances, et une augmentation des CPS. L'étude met également en évidence une amélioration du climat scolaire perçu par les élèves (i. e. qualité des relations entre pairs).

Tableau 1. Présentation des 12 séances du programme Unplugged

	TITRE	ACTIVITÉS	OBJECTIFS
1	Bienvenue dans <i>Unplugged</i>	Présentation, travaux de groupe ; cadre	Présenter le programme, fixer les modalités du groupe, réfléchir à l'utilité du programme
2	Être ou ne pas être dans un groupe	Jeu de rôle, débat en plénière, jeu	Clarifier les influences et les attentes du groupe, Développer l'affirmation de soi
3	Alcool, Risque et Protection	Travaux de groupe, leur représentation, dessin	Travailler sur leur représentation des avantages et inconvénients de l'alcool
4	Et si c'était faux ?	Présentation, débat ; travaux de groupe, jeu	Promouvoir l'évaluation critique des informations, réfléchir sur les différences entre opinions et faits
5	Tabac, Chicha, que sais-je ?	Quiz, débat en plénière, réactions, jeu	Informar sur les effets de la cigarette (différence entre ceux imaginés et ceux réels), à court et long terme
6	Exprime les émotions	Jeu, débat en plénière, travaux de groupe	Communiquer de façon appropriée les émotions, faire la distinction entre la communication verbale et non-verbale
7	Être en confiance – Savoir dire non	Débat, travaux de groupe, jeu de rôle	Promouvoir la confiance en soi et le respect des autres
8	Briser la glace	Jeu de rôle, jeu, débat en plénière	Reconnaitre et apprécier les qualités, accepter les réactions positives, pratiquer et analyser la prise de contact avec les autres
9	Info/Intox	Travaux de groupe, quiz	Informar sur les effets positifs et négatifs de la consommation de substances
10	La force est en nous (faire face)	Présentation, débat, travaux de groupe	Exprimer les sentiments négatifs, faire face aux faiblesses
11	Trouver des solutions	Présentation, débat, travaux de groupe	Résoudre les problèmes de façon structurée, promouvoir la pensée créative et le contrôle de soi
12	Unplugged Awards	Jeu, travaux de groupe, débat	Distinguer les objectifs à long et court terme, réagir sur le programme.

Par ailleurs, plusieurs pistes et recommandations ont été formulées par Lecrique (88) afin d'améliorer l'efficacité du programme. Parmi celles-ci, il y a la nécessité de se doter d'outils permettant d'apprécier le degré de fidélité de la mise en œuvre (e.g., nombre de séances délivrées, nombre de classes délivrant l'intégralité des 12 séances du programme). Le programme nécessitant un fort investissement de la part des personnels et en ce qui concerne le temps, il est à choisir avant tout pour des établissements présentant des besoins prioritaires en matière de prévention des consommations de substances psychoactives. Une étude qualitative menée par l'Observatoire territorial des conduites à risque de l'adolescent de l'Université Grenoble Alpes auprès des référents *Unplugged* dans les établissements scolaires de l'Académie de Grenoble a mis en évidence qu'environ 20% des enseignants ne parviennent pas, par manque de temps, à implémenter la totalité du programme. Dans les perspectives, il serait également utile de tester des programmes moins intensifs, pouvant être utilisés dans des établissements pour lesquels la question des addictions apparaît moins prioritaire.

Le programme *Good Behavior Game* (GBG) ou Jeu du comportement adapté

Le GBG est un programme de prévention universelle (93) proposant aux enseignants une stratégie de gestion des comportements des élèves en classe élémentaire (du CP au CM2) et dont l'objectif est d'apaiser le climat scolaire. Le GBG s'appuie sur quatre éléments-clés : les règles de la classe, l'appartenance à une équipe, l'observation active du comportement et le renforcement positif. Le GBG favorise chez l'élève l'acquisition ou le renforcement de nombreuses compétences psychosociales (par exemple l'autonomie, la coopération, l'apprentissage et la régulation par les pairs, la régulation émotionnelle, la persuasion, la prise de décisions collectivement négociées) et « augmente sa capacité à comprendre, internaliser et à mettre en contexte les règles sociales et comportementales » (156).

Les séances du GBG sont pluri-hebdomadaires. Elles sont réalisées lors d'exercices ou leçons du programme scolaire et n'empiètent donc pas sur les temps d'apprentissage. Elles sont présentées aux enfants comme un jeu par équipes (dont la composition change régulièrement), au cours duquel ils doivent respecter quatre règles de comportements clairement définies et contextualisées à l'occasion du jeu (« Nous devons travailler dans le calme », « Nous devons respecter les autres », « Nous ne devons pas nous lever sans permission », « Nous devons suivre les consignes ») ; l'enseignant demeurant dans une posture d'observateur et se limitant à un rôle d'arbitre. Les équipes sont déclarées gagnantes (toutes les équipes peuvent gagner) lorsqu'elles ont contrevenu moins de cinq fois aux règles. Elles reçoivent alors en début d'année un renforcement positif, matériel, individuel et immédiat qui devient au fil du temps intangible, différé et accordé à toute la classe. En fin de séance, les élèves peuvent partager les stratégies qui leur ont permis de remporter le jeu.

Le GBG a fait l'objet de plusieurs centaines de publications, aux États-Unis et en Europe. Les études ont montré qu'il a un impact positif à long terme (pour l'une d'entre elles jusqu'à l'âge adulte, 14 ans après la délivrance du programme) sur de nombreuses conduites à risques et sur la santé mentale des élèves qui en ont bénéficié (par exemple : consommation à risque d'alcool, de drogues, tabagisme régulier ; pensées suicidaires, tentatives de suicide ; comparutions au tribunal pour mineurs et/ou une incarcération pour comportement violent et/ou délinquant). Par ailleurs, le GBG a été évalué comme étant l'un des programmes de prévention les plus coût-efficaces ; il est en particulier associé à l'un des meilleurs taux de retour sur investissement (62.80 USD économisés pour 1 USD investi,⁽¹⁵⁷⁾³⁶). Enfin, la force du GBG réside dans le fait qu'il possède un fort potentiel de dissémination.

Le GBG a été adapté dans le contexte français par une association des Alpes-Maritimes, le Groupe de recherche sur la vulnérabilité sociale (GRVS), qui a bénéficié d'un transfert de compétences entre 2015 et 2017 de la part de l'*American Institutes for Research* (AIR) dans le cadre d'un essai-pilote. Cet essai-pilote a permis de confirmer la faisabilité du projet, l'acceptation du programme par les acteurs de l'Éducation nationale et l'impact positif du programme sur la gestion de classe. Il a montré que le GBG était adapté aux élèves de quartiers défavorisés (écoles REP et REP+) dans une logique de réduction des inégalités sociales et territoriales de santé. Il a permis au GRVS de devenir une structure autonome pour la formation des enseignants et l'accompagnement à l'implantation du programme. Depuis 2018, le GRVS déploie le programme dans les Alpes-Maritimes et effectue des transferts de compétences auprès de partenaires sur plusieurs territoires : département du Var (Codes 83) et du Loiret (Apléat-Acep), régions Grand Est, Normandie, Île-de-France et Île de La Réunion (Addictions France). Une étude d'efficacité de l'adaptation du programme dans le contexte français est en cours, menée par Santé publique France en collaboration avec le GRVS.

³⁶ <http://www.wsipp.wa.gov/BenefitCost/Program/82>

Le programme Prodas

Développé aux États-Unis en 1972, *Human Development Program*, mis au point par Uvaldo Palomares (Professeur de pédagogie), Harold Bessell (psychologue) et Geraldine Ball (enseignante) a ensuite été diffusé au Canada, puis traduit en français en 1987, sans adaptation, et importé en Europe, notamment en France, en Suisse et en Belgique. Le Programme de développement affectif et social (Prodas) concerne le développement des compétences psychosociales des enfants ou adolescents. Il est utilisé depuis 2005 en milieu scolaire par le Planning familial. Il s'agit d'un programme de promotion de la santé conçu pour aider les enfants, dès l'âge de 4 ans, et les adolescents, à se comprendre et à se respecter eux-mêmes pour ensuite comprendre et respecter les autres. Il consiste en groupes de parole avec les enfants autour de la reconnaissance de ses émotions et du partage de vécus en groupe. Le travail porte notamment sur les compétences suivantes :

- conscience de soi (émotions, sensations, pensées, besoins et les communiquer) ;
- identification de ses ressources (compétences, réussites, éléments satisfaisants du quotidien) ;
- conscience des autres et compétences sociales (identifier les effets de ses comportements sur les autres, les effets des comportements des autres sur soi, les effets de l'inclusion, de l'influence et de l'affection dans un groupe, le développement des compétences d'écoute).

Ce travail s'effectue notamment grâce à l'apprentissage du vocabulaire sur les émotions, le travail d'identification et d'expression de ses émotions et le travail concernant la place dans le groupe et le respect de la place des autres. Chacun des facteurs est travaillé de manière progressive avec les enfants dès 4 ans et tout au long de la scolarité (une adaptation pour les collégiens de 6^e et 5^e a été réalisée en Corse). En résumé ce programme donne l'occasion (parfois unique) aux enfants d'apprendre à exprimer leurs émotions, leurs besoins, de parler de leurs expériences, de mieux se connaître, mieux s'accepter les uns les autres. Il favorise ainsi des attitudes constructives permettant de renforcer un climat de confiance.

Prodas repose sur un outil central : les cercles de parole, assortis de règles précises destinées à garantir le cadre d'une bonne communication. Les règles de fonctionnement sont verbalisées à chaque fois de façon à ce qu'elles finissent par être intégrées par les enfants. L'objectif est notamment qu'à la fin du programme les participants comprennent les règles d'une communication efficace et puissent les intégrer, au-delà des cercles de parole, dans leur vie quotidienne.

Les cercles de parole sont organisés de la manière suivante : l'animateur présente le thème du jour et le fait reformuler par les enfants. Ce thème peut être présenté sous forme de jeu. Puis l'animateur peut partager une expérience personnelle liée au thème, puis chaque enfant peut s'exprimer à son tour s'il le souhaite. Le rôle de l'animateur est d'orienter l'échange sur la dimension socio-émotionnelle, en s'intéressant plus aux ressentis qu'aux faits eux-mêmes. Chaque enfant apprend ainsi que les autres éprouvent de l'insécurité, des peurs, des ressentiments, et réalise qu'il est en partie semblable aux autres. À la suite de ce temps d'échange, un temps d'intégration cognitive est proposé. Que peut-on retenir de ce temps d'échange ? Qu'a-t-on appris aujourd'hui ? L'animateur propose d'abord un résumé de ce qui a été dit et oriente ensuite la discussion sur les découvertes et les apprentissages effectués grâce à ce temps d'échange. L'animateur met en avant les différences, les ressemblances, les observations nouvelles et les conclusions de chacun grâce à la reformulation. Il résume les principaux apprentissages en faisant le lien entre le thème de la séance et l'utilité de ces apprentissages pour le développement de l'enfant. La séance se termine par un retour sur la manière dont l'atelier s'est passé, avec une auto-évaluation par les enfants concernant le respect des règles, la facilité à parler du thème évoqué, la satisfaction de ce temps. L'animateur peut aussi ajouter sa perception de l'atelier, en identifiant ce qui s'est passé de manière satisfaisante et ce qui pourra être amélioré par la suite.

La posture de l'animateur est fondamentale pour mener ces ateliers dans la bienveillance et le respect des différences. Il utilise principalement l'écoute active (congruence, regard positif inconditionnel, empathie) et ses techniques de reformulation et de clarification, et pose des questions ouvertes de manière à permettre une libre expression des affects. Son attitude positive et chaleureuse permet aux enfants de se sentir en sécurité, d'exprimer librement les sentiments et d'écouter les autres enfants.

Une synthèse de la littérature portant sur l'évaluation de ce programme a mis en évidence les effets en matière d'amélioration, le plus souvent significative, des compétences émotionnelles et sociales des enfants et les adolescents. Une relation de type dose-effet était également identifiée. Toutefois, peu de données étaient disponibles concernant les jeunes enfants (école maternelle) et aucune étude n'explorait les effets du programme à plus long terme. Ainsi, des études complémentaires seront utiles pour préciser l'utilité du programme aux différents âges, ainsi que les effets à long terme sur la promotion de la santé.

Les retours qualitatifs sur l'expérimentation évaluée sur l'Académie de Marseille (2008-2011) montrent que la co-animation avec les animatrices du Planning familial a été fortement appréciée par les enseignants qui ont ainsi pu avoir un modèle d'animation des cercles de parole, ceux-ci nécessitant le développement d'une posture professionnelle différente de celle classiquement adoptée pendant les temps d'apprentissages scolaires. L'analyse thématique des entretiens a également montré que les cercles de parole représentent un cadre propice pour l'expression de soi et la conscience de soi des élèves. De plus, de nombreux entretiens mettent en évidence un changement de posture de l'enseignant, favorisant une plus grande proximité sociale. Les enseignants rapportent également une plus grande satisfaction vis-à-vis de leur pratique professionnelle. Ces dimensions contribuent également à améliorer le climat de classe et la promotion de la santé mentale à l'école.

Enfin, l'évaluation qualitative menée par Aurélie Tardy (158, 159) dans le cadre de sa thèse de doctorat corrobore également ces résultats, indiquant des effets du programme perçus par les acteurs en ce qui concerne l'amélioration des compétences émotionnelles, sociales et cognitives des enfants, le climat de classe apaisé, les compétences émotionnelles, sociales et professionnelles des enseignants. Elle relève aussi une amélioration des compétences relationnelles des parents avec leurs enfants et avec les enseignants. Cette dimension apparaît dans les retours des acteurs alors que le programme ne prévoit pas d'implication directe des parents. Cela peut s'expliquer par l'amélioration des compétences psychosociales des enfants et des enseignants pouvant à leur tour influencer la qualité des relations aux parents.

Le programme Mission Papillagou

Mission Papillagou (initialement nommé Papillagou et les enfants de Croque Lune) est un grand jeu de piste sur les compétences psychosociales et les comportements à risques, les consommations de produits, l'éducation à la santé et la citoyenneté. Ce programme a été conçu pour des jeunes de 10 à 15 ans en milieu scolaire ou extra-scolaire. Son objectif général est de prévenir les conduites et consommations à risques par le développement des compétences psychosociales chez l'enfant. Il est composé de trois séances de trois heures. La première séance porte sur les comportements pouvant entraîner des risques pour la santé physique et mentale (influence, pression, manipulation, rumeurs...). La deuxième porte sur l'importance de coopérer. La troisième sur la confiance en soi et l'affirmation de soi. Chaque atelier comprend deux étapes : une première composée de jeux de rôles avec des énigmes à résoudre par groupe de 5-6 jeunes, suivi d'une seconde consacrée à un débat à partir des thèmes abordés dans les sous-groupes.

Ce programme expérientiel explicite clairement l'objectif de développement des CPS qui est inscrit au cœur d'un processus pédagogique défini. Il permet de travailler sur l'environnement en prenant en compte la cohérence éducative des différents milieux de vie, ainsi que les liens avec d'autres interventions existantes. La formation des intervenants tient compte de l'importance de la posture éducative en élaborant des stratégies d'accompagnement et de formation permettant aux acteurs, à la communauté éducative et aux proches, d'incarner les CPS ainsi que les démarches qui visent à leur développement.

Depuis 2012, 95 classes de Seine-Saint-Denis (n=2 355 élèves) ont bénéficié du programme qui a fait l'objet d'une évaluation récente dans ce département. L'évaluation réalisée par Moulier *et al.* (2019) (160) a porté sur 520 élèves de 10 à 15 ans de collèges de Stains et d'Epinay-sur-Seine, ayant suivi le programme en 2016. Au total, les analyses portent sur 317 élèves dans le groupe expérimental et 96 dans le groupe contrôle sur liste d'attente (qui ont bénéficié du programme plus tard dans l'année, après la période d'évaluation). L'étude visait à évaluer les effets du programme sur l'estime de soi, le bien-être et les comportements des élèves (violences, conduites à risques). Les élèves bénéficiaires du programme ont rempli un questionnaire 3 semaines avant et 3 semaines après le programme. Ce questionnaire comprenait une grille d'évaluation de l'estime de soi (Échelle ETES), une échelle d'évaluation du bien-être avec des « emojis » (Échelle visuelle analogique du bien-être) et un questionnaire sur les troubles psychiques, les conduites à risques et les comportements problématiques qui se sont manifestés au cours des quinze derniers jours (échelle PEPS, Choquet & Ledoux, 1994). Les élèves du groupe contrôle passaient les mêmes questionnaires à six semaines d'intervalle.

Les résultats ont montré que le sentiment de bien-être et l'estime de soi, notamment l'estime de soi physique, avaient progressé de manière significative pour le groupe bénéficiaire du programme comparativement au groupe contrôle. De plus, les élèves du groupe expérimental rapportaient moins de troubles du sommeil, de sentiments dépressifs et d'impuissance. Ils rapportaient également moins de tendance à répandre des rumeurs et à être victimes d'insultes. Concernant les consommations de substances psychoactives, étant encore au début du collège, le nombre de consommateurs était faible au départ dans les deux groupes. De ce fait, les analyses ont été conduites sur les intentions comportementales : 57% des élèves du groupe expérimental ne souhaitaient plus expérimenter la cigarette électronique après le programme contre seulement 12% du groupe contrôle.

Informations sur : <https://www.mission-papillagou.com/presentation/#efficacite>

Le programme Strong

Le programme *Strong* (*Supportive Tools for Resilient, Open-minded and Non-violent Grass root work in schools*) : Outils de support pour un travail sur la résilience, l'ouverture d'esprit et la non-violence dans les collèges) a été développé par une équipe composée de partenaires issus de cinq pays européens dans le cadre du Programme Daphné de la Commission européenne. L'objectif est de contribuer au développement d'un climat scolaire qui promeut le bien-être et la non-violence, par le développement des compétences psychosociales des collégiens et les facteurs de résilience, en les accompagnant également concernant la construction identitaire et l'estime de soi. Il s'agit d'un programme manualisé (cahier technique), permettant la réalisation de 6 à 9 ateliers avec le groupe classe, pendant les heures de vie de classe. Le cahier présente des fiches explicatives sur les principaux concepts du processus de construction de soi à l'adolescence, et des fiches d'activités pédagogiques détaillées qui permettent la mise en place d'un programme complet et organisé de séances autour de la promotion des compétences psychosociales des collégiens.

L'objectif secondaire est de mobiliser l'établissement, les parents et l'environnement social dans ces évolutions. Il s'agit donc d'inscrire ce projet dans une approche multi-niveaux incluant l'environnement éducatif plus large. Les enseignants ont ainsi été formés à prévenir les violences scolaires en incluant les parents et la communauté éducative au sens large, dans une perspective de promotion des facteurs protecteurs. Les ateliers ciblent ainsi le développement de l'enfant et de ses compétences psychosociales dans le but de réduire les comportements agressifs ainsi que les situations où l'élève se trouve en position de victime.

L'évaluation a été menée dans les cinq pays européens (Allemagne, France, Pologne, Portugal et Suède) sur 3 016 élèves au total (161, 162). La perception du climat scolaire général n'a pas été modifiée, mais les élèves rapportent significativement moins de harcèlement et d'anxiété scolaire. De plus, il y a eu une augmentation significative des comportements de résolution de problèmes, indiquant que les élèves sont plus enclins à agir sur les situations problématiques. La recherche de soutien social progresse seulement pour les élèves de Pologne et Portugal. Mis à part pour le Portugal et l'Allemagne, les élèves progressent également en termes de réduction des comportements agressifs.

Les résultats qualitatifs ont mis en évidence que les élèves se sentent plus en sécurité dans les lieux où un adulte est présent et sont moins en confiance lorsqu'il y a des élèves plus âgés dans la cour où ils se trouvent. Pour renforcer ce sentiment de confiance, les adultes ont mieux identifié les endroits où il manquait de surveillance et dans certains pays, ils ont porté un vêtement voyant de manière à rendre la surveillance plus visible dans la cour de récréation. Il reste le problème évoqué concernant la sortie de l'école, où les professionnels de l'établissement ne sont plus en mesure d'intervenir. Sur le chemin du retour vers la maison des incidents sont décrits par les élèves et représentent une source de stress pour eux.

Du côté des enseignants ayant participé au projet, on observe une diminution significative de l'épuisement émotionnel, sauf pour la Pologne. L'ensemble des pays montrent une augmentation du sentiment d'efficacité personnelle chez les enseignants après le programme. Sur le plan qualitatif, les enseignants rapportent l'importance de ce type de programme et l'utilité des outils mis à disposition pour mettre en place des activités autour de ces thématiques avec les élèves. Toutefois, ils indiquent également le manque de moyens et de temps pour la réalisation de tels programmes et insistent sur l'importance de considérer la prévention et la promotion de la résilience comme une priorité pour les établissements scolaires.

En résumé, le programme Strong semble permettre le développement de compétences psychosociales des élèves et il contribue ainsi à l'amélioration du climat scolaire et à la promotion du bien-être des élèves et des personnels.

Manuel technique du programme Strong en français :

<http://www.jeudevi.org/wp-content/uploads/2014/09/1210-Cahier-Technique-Strong.pdf>

Informations concernant le programme Strong :

https://ireps-ors-paysdelaloire.centredoc.fr/index.php?lvl=notice_display&id=21784

Le Programme de soutien aux familles et à la parentalité (PSFP)

Strengthening Families Program (SFP), dans sa version française Programme de soutien aux familles et à la Parentalité (PSFP), est un programme international aujourd'hui opérationnel dans 35 pays au monde, la France étant le 10^e pays en Europe à l'avoir adapté et mis en place pour les enfants de 6-11 ans. Initialement conçu pour des parents toxicomanes, il a pour objectif le développement des compétences psychosociales des enfants, le renforcement des compétences parentales et l'amélioration des relations familiales. Créé par Karol Kumpfer aux États-Unis dans les années 1980, SFP a été identifié par deux revues systématiques de littérature comme étant un efficace dans la prévention de consommation de substances psychoactives et d'alcool chez les jeunes (163, 164). Depuis, le programme SFP a été étendu en prévention universelle. Des évaluations de SFP ont montré qu'il avait des effets positifs sur la santé mentale des parents et des enfants ainsi que sur les troubles du comportement de l'enfant (4).

Sur les recommandations de Kumpfer (2008) (165, 166) et avec son soutien, le programme 6-11 ans a été traduit par l'Institut national de prévention et de promotion de la santé (Inpes) puis adapté, pour une meilleure acceptabilité et une meilleure adhésion, et implanté en France par le Comité départemental des Alpes-Maritimes (www.codes06.org/actions/parentalite) avec le soutien de l'Inpes puis de Santé publique France. PSFP est déployé en France en prévention sélective (quartiers prioritaires de la ville) et universelle (toutes familles). Son évaluation a été menée par Santé publique France entre 2017 et 2019 (Lasbeur) (167). Elle a montré des effets à un mois sur les troubles du comportement, l'hyperactivité et le bien-être des enfants et sur l'engagement parental et sur la santé mentale des parents. Ces effets se maintiennent six mois après l'intervention sur les troubles du comportement et le bien-être de l'enfant.

PSFP 6-11 ans est destiné aux familles avec des enfants de 6 à 11 ans, et accueille parents et enfants dans 14 ateliers de deux heures hebdomadaires aux objectifs complémentaires ; c'est l'une de ses originalités et de ses forces. La 1^{re} heure, les parents et les enfants travaillent séparément, puis la 2^e heure, ils sont regroupés pour une séance en famille.

La stratégie d'intervention est donc basée sur des sessions :

- « parents » : renforcer leurs compétences en matière d'attention et de renforcements positifs, de communication, de gestion du stress et des émotions, de résolution de conflits et de mise en place d'une discipline progressive et non-violente, etc. ;
- « enfants » : favoriser le développement des compétences psychosociales, comme la communication, la résolution de problèmes et de conflits, la prise de décision, la capacité de résistance à la pression des pairs, etc. ;
- « familles », où parents et enfants sont réunis pour une mise en pratique des compétences travaillées.

Les résultats sur l'ambiance familiale sont observables dès ses premières semaines d'application. Il est délivré par des animateurs communaux préalablement formés, et s'appuie sur des manuels d'interventions utilisant des méthodes interactives : jeux collectifs, mises en situation, débats, jeux de rôle, activités à la maison.

PSFP existe pour d'autres tranches d'âge : PSFP 3/6 ans et 12/16 ans, qui nécessitent d'être évalués en France. Une première évaluation a été menée récemment par le CHU de Nice pour les 3/6 ans.

Plateforme ressources numériques : <https://clefparentalite-psfp.com/>

Le programme « En santé à l'école »

Le programme « En santé à l'école » est né du souhait de déployer les formations à destination des enseignants pour qu'ils puissent à leur tour proposer des ateliers de développement des compétences psychosociales. Soutenu par l'ARS, le projet a été porté par l'Ireps Pays de la Loire, en partenariat avec l'Anpaa (aujourd'hui Addictions France) et la Fédération Addiction. Ce programme est venu compléter l'approche initiale de l'Ireps reposant sur des actions directes auprès des élèves et la mise à disposition d'une boîte à outil pour les enseignants, par une action de formation en direction des enseignants du premier degré, ciblant en particulier les élèves du cycle 3 (CM1, CM2).

Six « prestations » ont été proposées pour accompagner au mieux les enseignants en fonction de leurs besoins :

- Co-intervention. Elle était prévue dans 20 classes sur deux ans et conduite sur 6 à 10 séances.
- Accompagnement de l'école : cette prestation visait à accompagner des équipes éducatives, dans 25 écoles. Elle comprend trois séances de conseil méthodologique.
- Modules de formation initiale dans les cursus de formation (Espe et Isfec) d'une durée de vingt-et-une à vingt-huit heures.
- Stages de formation continue de trois jours pour 60 enseignants.
- Formations à distance (parcours en Formation ouverte à distance) de 6 séances de classe virtuelle à destination de 60 enseignants.
- Journées d'échanges de pratiques pour l'ensemble des enseignants bénéficiaires d'une autre prestation : organisation de 20 réunions d'une demi-journée dans l'ensemble de la région (soit 4 réunions par département pour les deux ans de déploiement des interventions).

Au total ce projet a touché 568 bénéficiaires, dont 499 enseignants. Les différentes modalités de formation proposées sont satisfaisantes. Toutefois, certaines modalités seraient davantage recommandées en ce qui concerne le rapport coûts-bénéfices étant donné le coût de la co-animation. Des mesures d'efficacité des pratiques menées en classe pourront compléter cette évaluation de processus.

Le projet Sentinelles et Référents

Le projet Sentinelles et Référents a été développé dans la région Auvergne-Rhône-Alpes (Académie de Grenoble) en 2013, soutenu par l'Agence régionale de santé, pour prévenir le harcèlement et ses conséquences comme le mal-être, les risques suicidaires, addictifs ou de radicalisation, de comportement agressif voire violent, d'isolement ou de risque sexuel, mais aussi de décrochage scolaire ou de phobie scolaire. Ce programme concerne les collégiens et lycéens et les adultes de l'équipe pédagogique et éducative.

Le programme de formation à destination des élèves et des adultes porte sur le développement de l'écoute active et de l'empathie, la capacité de résolution de problèmes et à résister à la pression du groupe. Il vise à développer également la prise de conscience collective des mécanismes du harcèlement. Les personnes formées à repérer les situations de harcèlement et à agir pour soutenir les victimes ont pour rôle d'agir auprès des élèves mais aussi des adultes isolés ou harcelés, d'intervenir dans toute situation de violence et de souffrance en milieu scolaire, et plus spécifiquement de prévenir les situations de grand mal-être pouvant aller jusqu'au suicide. La formation propose une perspective commune face à des phénomènes diversifiés comme les moqueries, l'ostracisme, les jeux de bagarres, les règlements de comptes, le racket, les violences physiques, psychologiques ou le cyber-harcèlement. Une fois formés, les acteurs du dispositif transmettent leurs acquis aux collègues et aux pairs pour informer de l'existence de ce dispositif, pour encourager le repérage et réduire les comportements de harcèlement.

L'évaluation de processus et l'évaluation qualitative de ce dispositif en région Auvergne-Rhône-Alpes a été réalisée par Carole Martin de Champs et Patricia Medina (168) de l'Observatoire régional de santé ARA. Sur le plan qualitatif, les retours des élèves et adultes formés sont très positifs concernant la participation conjointe d'adolescents et d'adultes, permettant de modifier les codes qui régissent habituellement la relation entre élèves et professionnels, permettant d'augmenter le sentiment de proximité, d'intégration et de soutien social du côté des élèves. Les élèves disent se sentir reconnus par les adultes grâce à la confiance qui leur est accordée, mais aussi par les élèves, ce qui influence leur estime d'eux-mêmes. Ils se sentent ainsi valorisés grâce au rôle prosocial qu'ils peuvent prendre dans le cadre scolaire, ce qui permet aussi pour certains de compenser une faible estime de soi scolaire. De plus, ils déclarent avoir ainsi développé des compétences qui leur seront utiles tout au long de leur vie comme la capacité d'argumentation, de négociation et de collaboration. Certains anciens élèves rapportent par exemple qu'ils continuent à agir comme des sentinelles dans leur lieu de travail actuel. Enfin, on peut observer des effets connus de la prévention par les pairs, fondée sur la dissonance cognitive : le fait d'être sentinelle réduit leurs propres conduites agressives envers d'autres élèves afin de maintenir la cohérence entre leurs attitudes et leurs comportements.

Les référents enseignants rapportent également avoir été surpris par la grande maturité et l'engagement des sentinelles dans le dispositif. De leur côté, les référents déclarent que cela leur permet de se sentir plus utiles concernant ces situations de violence ou en prévention de celles-ci grâce à l'instauration d'un climat de bienveillance qui leur permet de ne pas être uniquement dans l'usage de la sanction pour résoudre des problèmes relationnels entre élèves. Des bénéfices sont perçus concernant l'amélioration du climat scolaire. Les conseillers principaux d'éducation disent se sentir davantage soutenus par cette communauté d'adultes et de jeunes impliqués pour faire face et réduire les violences scolaires. Les problèmes semblent alors pris en compte plus tôt, évitant que les situations n'empirent.

Concernant l'évaluation de processus, le déploiement du dispositif avec des partenaires externes aux établissements, à l'échelle du quartier ou de la commune, est identifié comme un facteur de durabilité du programme, grâce au développement d'une culture commune sur la question du harcèlement, et à un meilleur partage des connaissances sur les ressources mobilisables à une échelle locale. La participation de nombreux acteurs représente un facteur motivant pour l'engagement des jeunes et favorise d'autant plus leur reconnaissance par les adultes et les pairs.

Informations concernant le projet Sentinelles et Référents : http://www.ors-auvergne-rhone-alpes.org/pdf/Rapport_Evaluation_SentinellesetReferents.pdf

Le projet Garantie Jeunes

Le Plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale, adopté lors du Comité interministériel de lutte contre les exclusions du 21 janvier 2013, a proposé la création d'un dispositif destiné aux jeunes âgés de 16 ans à 25 ans, étant ni en emploi, ni en formation et en situation de grande précarité sociale : la Garantie Jeunes. L'objectif était d'amener les jeunes en situation de grande précarité vers l'autonomie grâce à un parcours dynamique d'accompagnement global social et professionnel, vers et dans l'emploi ou la formation, s'appuyant notamment sur le développement des compétences psychosociales.

Ce dispositif offre à ses bénéficiaires un accompagnement renforcé, assorti d'une garantie de revenu venant en soutien de cet accompagnement. L'accompagnement est collectif, comprenant des mises en situations professionnelles. Au cours du suivi, environ 60 heures d'ateliers leurs sont proposés impliquant un travail sur les 10 compétences psychosociales telles que présentées par l'OMS à l'origine (savoir résoudre des problèmes, savoir prendre des décisions, avoir une pensée critique, avoir une pensée créative, savoir communiquer efficacement, être habile dans les relations interpersonnelles, savoir gérer son stress, avoir conscience de soi, avoir de l'empathie pour les autres, savoir gérer ses émotions), d'après la fiche action réalisée par l'Ireps (Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé) Auvergne-Rhône-Alpes (ARA).

L'exécution de ce dispositif a été confiée aux Missions locales à partir de l'automne 2013 sur plusieurs territoires pilotes. Un Comité scientifique a été instauré pour superviser l'évaluation de cette expérimentation, en vue de déterminer les conditions de sa généralisation (Rapport d'évaluation rédigé par le conseil scientifique chargé de l'évaluation présidé par Jérôme Gautié, 2018) (169).

L'évaluation portait notamment sur l'atteinte du public ciblé, et sur les effets objectifs et l'utilité perçue du dispositif. D'après le rapport d'étude, les caractéristiques et situations personnelles des bénéficiaires font apparaître un public fragile avec un faible niveau de qualification, plus d'un quart vivant dans un quartier prioritaire de la ville (QPV) ou dans une zone urbaine sensible (ZUS), et plus d'un quart (27%) des jeunes étudiés rapportent des difficultés financières de leur famille au cours de la scolarité. De plus, le rapport fait état d'effets positifs sur l'emploi pour la première cohorte : 16 mois en moyenne après l'entrée en Garantie Jeunes, une amélioration de 7,1 points de pourcentage sur le taux d'emploi total est identifiée (36,3%, au lieu de 29,2%), et de 6,4 points sur le taux d'emploi en emploi durable (18,9%, au lieu des 12,5%). Toutefois, les résultats de la deuxième cohorte n'ont pas permis de confirmer ces effets significatifs. Cela peut s'expliquer notamment par un problème de puissance statistique en raison de l'insuffisance de réponses ou encore en raison de la différence de calendrier des évaluations réalisées. Les premiers résultats encouragent toutefois à poursuivre l'expérimentation, notamment en raison de retours qualitatifs indiquant des bénéfices perçus par les jeunes impliqués dans le dispositif.

Sur le plan qualitatif, la dimension collective de l'accompagnement a été particulièrement appréciée par les jeunes et perçue comme un apport très important du dispositif permettant une re-socialisation. Les participants rapportent que cela a permis de redonner confiance et réduit des conduites déviantes grâce à l'intégration des normes sociales du marché de l'emploi. L'objectif du dispositif était également de développer l'autonomie des jeunes, notamment grâce au développement de leurs compétences psychosociales. Toutefois, cette dimension n'a pas été directement évaluée et le développement de ces compétences pourrait être rendu plus explicite d'après l'enquête menée par l'Ireps ARA auprès de certains acteurs du dispositif.

Informations concernant le projet Garantie Jeunes :

https://dares.travail-emploi.gouv.fr/sites/default/files/pdf/1-rapport_final_corps_fev2018.docx.pdf

Annexe 5. Fiche de synthèse d'une évaluation (protocole) (chapitre 8)

Description de l'intervention CPS	
Nom de l'intervention CPS	
Problème ou état de santé visé	<i>Ex. symptômes anxio-dépressifs des enfants</i> <i>Ex. bien-être subjectif des enfants</i>
Déterminants visés	<i>Ex. estime de soi des enfants</i> <i>Ex. sentiment d'efficacité des professionnels</i> <i>Ex. CPS-régulation des émotions désagréables des enfants</i> <i>Ex. CPS-gestion du stress des professionnels</i> <i>Ex. CPS-auto-évaluation positive</i>
Biens et services	<i>Ex. livret CPS pour les enfants</i> <i>Ex. livret CPS pour les professionnels</i> <i>Ex. 1 cycle de 12 ateliers CPS pour chaque enfant</i> <i>Ex. 1 cycle de 5 ateliers CPS pour chaque professionnel</i>
Bénéficiaires	<i>Ex. 90 enfants de CE2 et CM1 de l'école X de la ville Y</i> <i>Ex. 12 professionnels de l'école X (enseignants, professionnels de santé scolaire, professionnels périscolaires)</i>
Intervenants	<i>Ex. 2 intervenants animant les ateliers (1 intervenant pour les ateliers CPS enfants et 1 intervenant pour les ateliers CPS professionnels)</i>
Description de l'évaluation (de l'intervention CPS)	
Acteurs de l'évaluation	-Évaluation interne/externe -Coordinateur(s) : -Chargé(s) d'étude :
Objectifs de l'évaluation	<i>Ex. tester l'adéquation des livrets CPS auprès des bénéficiaires ciblés (enfants/professionnels)</i>
Type d'évaluation	-Voir parmi les 8 principales évaluations présentées (chapitre 8) <i>Ex. étude pilote</i>
Objet de l'évaluation	<i>Ex. l'adéquation des livrets et des ateliers CPS</i>
Participants	-Population : <i>Ex : les intervenants animant les séances de l'intervention CPS, les professionnels (enseignants du primaire, professionnels de santé, les professionnels périscolaires), les enfants de CE2 et CM1</i> -Échantillon : <i>Ex : 2 intervenants (1 homme 1 femme), 8 professionnels (4 enseignants, 1 infirmière, 3 animateurs), 8 enfants (4 CE2 dont 2 filles et 2 garçons, 4 CM1 dont 2 filles et 2 garçons) de l'école X de la ville Y</i>
Indicateurs	-Données qualitatives : contenus thématiques -Données quantitatives : -Indicateurs d'efficacité finaux : -Indicateurs d'efficacité intermédiaires : -Indicateurs de processus :
Méthode de recueil des données	-Questionnaire(s) : -Réunions de groupe (focus group) : -Entretiens individuels : -Observation : <i>Ex. 3 entretiens individuels auprès de 3 professionnels et 3 réunions de groupe (1 groupe intervenants, 1 groupe professionnel et 1 groupe enfants)</i>
Lieu et temps	<i>Ex. au sein de l'école X dans la ville de Y entre le 15 janvier et le 20 septembre 2022</i>
Méthode d'analyse de données	<i>Ex. analyse thématique sur la base des enregistrements des entretiens et réunions de groupe</i>
Livrables	<i>Ex. rapport d'étude pilote et recommandations</i>

Annexe 6. Exemple d'instruments de mesure CPS (chapitre 8)

1. Échelle de mesure des compétences psychosociales pour les adolescents

(R. Shankland, D. Tessier *et al.*, in prep.). Cette échelle vise à mesurer les compétences psychosociales des adolescents dans plusieurs contextes (scolaire, familiale, sportifs, etc.).

Consigne : Indiquez la fréquence à laquelle chacune des situations suivantes vous arrivent, sur une échelle allant de 1 (jamais) à 5 (toujours).

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
1. Je suis toujours prêt(e) à aider les autres	1	2	3	4	5
2. Quand je lis une information sur internet, j'essaie de vérifier si elle est vraie.	1	2	3	4	5
3. J'arrive à expliquer aux autres ce que je pense.	1	2	3	4	5
4. Quand il y a une situation stressante, j'arrive à me calmer par moi-même	1	2	3	4	5
5. Je communique facilement avec les autres.	1	2	3	4	5
6. Quand je prends des décisions, je réfléchis au pour et au contre.	1	2	3	4	5
7. Quand je ne suis pas d'accord avec quelqu'un, je lui dis.	1	2	3	4	5
8. Quand je suis en colère, je peux facilement me calmer	1	2	3	4	5
9. Quand quelqu'un me demande de faire quelque chose qui ne me semble pas raisonnable ou me met mal à l'aise, j'arrive facilement à dire non.	1	2	3	4	5
10. Je peux résoudre les problèmes que je rencontre si je fais suffisamment d'effort.	1	2	3	4	5
11. J'arrive à comprendre les sentiments de mes proches quand ils sont en colère ou tristes	1	2	3	4	5
12. J'arrive facilement à savoir ce que je ressens.	1	2	3	4	5
13. J'arrive à comprendre pourquoi les gens ressentent ce qu'ils ressentent.	1	2	3	4	5
14. Je prends le temps de réfléchir avant de faire quelque chose pour résoudre un problème	1	2	3	4	5
15. Si j'en éprouve le besoin pour mon travail, je peux demander de l'aide	1	2	3	4	5
16. J'arrive facilement à trouver les mots pour décrire ce que je ressens.	1	2	3	4	5
17. Les autres viennent facilement se confier à moi.	1	2	3	4	5
18. Pour résoudre un problème, je cherche plusieurs solutions possibles.	1	2	3	4	5
19. J'arrive facilement à travailler en équipe.	1	2	3	4	5
20. Quand je suis triste, j'arrive ensuite à me remettre de bonne humeur	1	2	3	4	5
21. Quand j'ai des problèmes, je demande de l'aide à mes proches.	1	2	3	4	5

Calculer le score de compétence sociale : faire la moyenne des items 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13, 15, 17, 19, 21

Calculer le score de compétence émotionnelle : faire la moyenne des items 4, 8, 12, 16, 20

Calculer le score de compétence cognitive : faire la moyenne des items 2, 6, 10, 14, 18

2. Échelle de mesure des compétences psychosociales à l'école pour les enfants de 9 à 13 ans

(D. Tessier, J. Masson, C. Simar, J. Pironom, in prep). Cette échelle vise à mesurer les compétences psychosociales mobilisés par les enfants dans le cadre scolaire.

Consigne : Indiquez la fréquence à laquelle chacune des situations suivantes vous arrivent, sur une échelle allant de 1 (jamais) à 5 (toujours).

	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Toujours
1. Je sais résoudre calmement les désaccords qui m'opposent à mes amis	1	2	3	4	5
2. Pour moi c'est facile de me fixer des buts pour l'apprentissage en classe	1	2	3	4	5
3. Quand mes amis ont un problème, je leur donne de bons conseils	1	2	3	4	5
4. Quand je révise pour un contrôle, je relis mon cahier et refais les exercices	1	2	3	4	5
5. J'arrive à me calmer après avoir reçu une mauvaise note	1	2	3	4	5
6. Quand j'ai un problème, je trouve des personnes qui me montrent le bon exemple pour m'aider	1	2	3	4	5
7. Quand je n'arrive pas à faire les exercices du livre, je regarde la solution à la fin du livre si elle est disponible	1	2	3	4	5
8. Quand j'ai un conflit avec un camarade de classe, je le résous calmement par la discussion.	1	2	3	4	5
9. J'organise bien mon travail en classe	1	2	3	4	5
10. Quand je reçois une mauvaise note, je prends une grande respiration pour ne pas me mettre en colère	1	2	3	4	5
11. Je sais aller vers les autres quand ils ont un problème	1	2	3	4	5
12. Quand je révise pour un contrôle, j'utilise les exercices corrigés dans mes cours ou dans le livre afin de comprendre les différentes étapes de résolution	1	2	3	4	5
13. Quand j'ai un problème, je cherche des personnes qui savent m'écouter et m'aider	1	2	3	4	5
14. Quand je n'arrive pas à résoudre un problème, j'essaie de trouver quelqu'un qui pourra le faire pour moi	1	2	3	4	5
15. Je prends une grande respiration pour me calmer après avoir reçu une mauvaise note	1	2	3	4	5
16. Quand j'ai conflit avec un camarade de classe, je recherche une solution qui puisse nous satisfaire tous les deux	1	2	3	4	5
17. Quand je lis un problème, je m'assure de bien comprendre ce qui est demandé avant de commencer	1	2	3	4	5
18. Je réconforte mes amis quand ils ne vont pas bien	1	2	3	4	5
19. Quand je lis quelque chose que je ne comprends pas, je le passe en espérant que la maîtresse l'expliquera en classe	1	2	3	4	5
20. Si je n'arrive pas à faire mes devoirs, je reste quand même positif	1	2	3	4	5
21. Quand j'ai un problème, je cherche de l'aide auprès des personnes qui m'encouragent.	1	2	3	4	5

22. Avant de commencer un exercice/problème, j'essaie de me le représenter dans ma tête	1	2	3	4	5
23. Si je me dispute avec un camarade, j'essaie de résoudre le problème par la discussion	1	2	3	4	5
24. Quand j'ai fini de faire un problème/exercice, je vérifie si je n'ai pas fait d'erreurs	1	2	3	4	5
25. J'ai une attitude positive lorsque je suis face à une difficulté à l'école	1	2	3	4	5
26. J'aide les autres en écoutant leurs problèmes.	1	2	3	4	5
27. Je trouve que travailler sur des exercices déjà résolus est une bonne manière de réviser	1	2	3	4	5
28. Quand j'ai un problème, je vais vers les gens qui vont m'aider à le résoudre	1	2	3	4	5
29. Quand dans mes devoirs il y a un problème difficile à résoudre, je renonce et passe au problème suivant	1	2	3	4	5
30. À l'école, je pense positivement même si j'ai des difficultés pour apprendre	1	2	3	4	5

Calculer le score des sous-dimensions de compétence sociale :

- Résoudre des conflits : faire la moyenne des items 1, 8, 16, 23,
- Savoir demander de l'aide : faire la moyenne des items 6, 13, 21, 28
- Aider les autres : faire la moyenne des items 3, 11, 18, 26

Calculer le score de compétence émotionnelle (régulation émotionnelle) :

- Faire la moyenne des items 5, 10, 15, 20, 25, 30

Calculer le score des sous-dimensions de compétence cognitive :

- Capacité à atteindre ses buts : faire la moyenne des items 2, 9, 17, 22, 24
- Stratégies d'apprentissage : faire la moyenne des items 4, 12, 26
- Persévérance (absence de persévérance) : faire la moyenne des items 7, 14, 19, 29

Validité de construit : $\chi^2 (179) = 3792$, $p < .01$, CFI = 0.95, TLI = 0.95, RMSEA = 0.03

Consistance interne :

Alpha Cronbach compétence sociale (11 items) : 0.74

Alpha Cronbach compétence cognitive (5 items) : 0.69

Alpha Cronbach compétence émotionnelle (5 items) : 0.70

3. Échelle de mesure des CPS pour les adolescents, utilisée par Santé publique France (dans le cadre de l'enquête EnCLASS (2018))

Pour chacune des situations indique si cela t'arrive Toujours, Souvent, Parfois, Presque jamais ou Jamais	Toujours	Souvent	Parfois	Presque jamais	jamais
Compétences cognitives					
Quand j'ai un problème j'essaie d'en comprendre les causes*					
Quand j'ai un problème je recherche toutes les solutions possibles*					
Quand un ami me donne une information, je vérifie si elle est juste*					
Quand je lis une information sur internet, j'essaie de vérifier si elle est vraie*					
Quand je décide de faire quelque chose, je vais jusqu'au bout					
Quand je prends des décisions, je réfléchis au pour et au contre					
Compétences émotionnelles					
Je trouve difficile de gérer mes émotions*					
Lorsque je suis face à une situation stressante, j'arrive à me calmer par moi-même*					
Je pense que je peux faire aussi bien que la plupart des gens					
En général, je suis satisfait de moi-même					
J'arrive facilement à gérer les situations imprévues*					
Je peux résoudre les problèmes que je rencontre si je fais suffisamment d'effort*					
Compétences sociales					
Je partage facilement avec les autres					
Je suis toujours prêt à aider les autres (parents, professeurs, jeunes de mon âge)					
J'arrive à expliquer aux autres ce que je pense*					
Je communique facilement avec les autres*					
Quand je ne suis pas d'accord avec un ami, je le lui dis					
Quand quelqu'un me demande de faire quelque chose de pas raisonnable ou qui me met mal à l'aise, j'arrive facilement à dire non					
J'essaie de comprendre les sentiments de mes amis quand ils sont en colère ou tristes*					
Je peux comprendre comment les gens se sentent avant qu'ils me le disent*					

*14 items utilisés dans le cadre de l'enquête EnCLASS

À noter : cet instrument de mesure n'a pas encore été validé par des études métrologiques

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. World Health Organisation. Ottawa Charter for Health Promotion: First International Conference on Health Promotion Ottawa, 21 November 1986.; 1986.
2. Wigelsworth M, Verity L, Mason C, Humphrey N, Qualter P, Troncoso P. Primary Social and Emotional Learning: Evidence review. London: Education Endowment Foundation; 2019.
3. UNESCO, UNAIDS, UNFPA, UNICEF, UN Women, WHO. International technical guidance on sexuality education. An evidence-informed approach. Paris: UNESCO; 2018.
4. United Nations Office on Drug and Crime. Compilation of Evidence-Based Family Skills Training Programmes. Vienna: UNODC; 2010. http://www.unodc.org/docs/youthnet/Compilation/10-50018_Ebook.pdf.
5. The World Bank. Step by step. Social and Emotional Learning program. Teachers guide. Lima (Peru); 2016.
6. OECD. OECD survey on social and emotional skills. Technical reports.; 2021.
7. WHO. Life skills education for children and adolescents in schools, 2nd rev. . Genève: World Health Organization; 1994.
8. WHO. Skills for health. Genève: World Health Organization; 2003.
9. Payton JW, Wardlaw DM, Graczyk PA, Bloodworth MR, Tompsett CJ, Weissberg RP. Social and emotional learning: a framework for promoting mental health and reducing risk behavior in children and youth. J Sch Health. 2000;70(5):179-85.
10. Kankaras M, Suarez-Alvarez J. Assessment framework of the OECD study on social and emotional skills. OECD; 2019.
11. Algan Y, Huillery É, Prost C. Confiance, coopération et autonomie : pour une école du xxi^e siècle. Notes du conseil d'analyse économique. 2018;48(3):1-12.
12. Cinque M, Carretero S, Napierala J. Non-cognitive skills and other related concepts : towards a better understanding of similarities and differences. Seville: European Commission; 2021.
13. CASEL. CASEL'S SEL framework : what are the core competences areas and where are they promoted ? : CASEL; 2020.
14. Manach M, Archieri C, Guérin J. Définir et repérer la dimension sociale de la compétence. Education Permanente. 2019;2018:31-41.
15. Schoon I. Towards an Integrative Taxonomy of Social-Emotional Competences. Front Psychol. 2021;12:515313.
16. O'Conner R, De Feyter J, Carr A, Luo J, Tomm H. A Review of the Literature on Social and Emotional Learning for Students Ages 3-8: Characteristics of Effective Social and Emotional Learning Programs (Part 1 of 4). Washington: Regional Educational Laboratory Mid-Atlantic; 2017.
17. Domitrovich CE, Durlak JA, Staley KC, Weissberg RP. Social-emotional competence: An essential factor for promoting positive adjustment and reducing risk in school children. Child Development. 2017;88(2):408–16.
18. Mangrulkar L, Vince Whitman C, Posner M. Life skills approach to child and adolescent healthy human development. Washington: Pan American Health Organization; 2001.
19. Borowski T. CASEL's Framework for Systemic Social and Emotional Learning. CASEL; 2019.
20. Brunello G, Schlotter M. Non Cognitive Skills and Personality Traits: Labour Market Relevance and their Development in Education & Training Systems. 2011.
21. UNICEF. Comprehensive life skills framework. New Delhi: UNICEF; 2019.
22. United Nations Children's Fund (UNICEF). Prevention of overweight and obesity in children and adolescents: UNICEF programming guidance. New York: UNICEF; 2019. 46 p.
23. Mejía J, Rodríguez G, Guerra N, Bustamante A, Chaparro M, Castellanos M. Step by Step : Teacher's Guide – Eleventh Grade (English). Social and Emotional Learning Program. In: Group WB, editor. Washington: World Bank Group; 2018.

24. OECD. Beyond Academic Learning: First Results from the Survey of Social and Emotional Skills. Paris: OECD Publishing; 2021.Paris. <https://doi.org/10.1787/92a11084-en>
25. WHO. Preventing violence by developing life skills in children and adolescents. World Health Organization; 2009.
26. Lawson GM, McKenzie ME, Becker KD, Selby L, Hoover SA. The Core Components of Evidence-Based Social Emotional Learning Programs. Prev Sci. 2019;20(4):457-67.
27. Lamboy B. Les compétences psychosociales. Grenoble: UGA PUG; 2021.
28. Lamboy B, Shankland R, Williamson M-O. Les compétences psychosociales - Manuel de développement. Belgique: De Boeck; 2021.
29. Lamboy B, Smeding A. Développer des interventions de prévention et de promotion de la santé fondées sur les données probantes : la Démarche EValuation Action (DEVA). Pratiques Psychologiques. 2021;10.1016/j.prps.2021.06.001.
30. Lamboy B, Guillemont J. Développer les compétences psychosociales des enfants et des parents : pourquoi et comment ? Devenir. 2014;26(4):307-25.
31. Botvin GJ, Baker E, Dusenbury L, Botvin EM, Diaz T. Long-term follow-up results of a randomized drug abuse prevention trial in a white middle-class population. JAMA. 1995;273(14):1106-12.
32. Fortin J. Mieux vivre ensemble dès l'école maternelle. Paris: Hachette; 2001. 144 p.
33. Arwidson P. Le développement des compétences psychosociales. In: Sandrin Berthon B, editor. Apprendre la santé à l'école. Paris: ESF éditions; 1997. p. 73-83.
34. Conférence nationale de santé. Rapport à la conférence nationale de santé 1997. Paris: La Documentation française; 1997. <https://www.vie-publique.fr/rapport/25396-rapport-la-conference-nationale-de-sante-1997>
35. Ministère de la Solidarité de la Santé et de la Protection Sociale, Direction de l'action sociale, Direction générale de la Santé. Les abus sexuels à l'égard des enfants : comment en parler ? Dossier technique. Vanves: Comité français d'éducation pour la santé ; 1989. 109 p.
36. Williamson M-O, Lamour P. En santé à l'école... ou agir pour renforcer les compétences psychosociales de 6000 enfants scolarisés en Pays de la Loire. Actualité et Dossier en Santé Publique. 2013;83:42-5.
37. Expertise collective Inserm. Education pour la santé des jeunes. Démarches et méthodes. Paris: Les éditions Inserm; 2001. 247 p.
38. Bandura A. Social foundations of thought and action. A social cognitive theory. Englewoods Cliffs: Prentice Hall; 1986. 617 p.
39. Expertise opérationnelle. Santé des enfants et des adolescents. Propositions pour la préserver. Paris: Les éditions Inserm; 2003. 187 p
40. Dubow EF, Schmidt D, McBride J, Edwards S, Merk FL. Teaching children to cope with stressful experiences: Initial implementation and evaluation of a primary prevention program. Journal of Clinical Child Psychology. 1993;22(4):428-40.
41. Cléry Melin P, Kovess V, Pascal J-C. Plan d'actions pour le développement de la psychiatrie et la promotion de la santé mentale. Paris: Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées; 2003. 106 p.
42. Expertise collective. Trouble des conduites chez l'enfant et l'adolescent. Paris: Editions Inserm; 2005. 428 p.
43. Ministère de l'Éducation nationale. Socle de connaissances et de compétences. Bulletin officiel de l'éducation nationale. 2006;29(20 juillet 2006).
44. Bantuelle M, Demeulemeester R. Comportements à risque et santé : agir en milieu scolaire. Programmes et stratégies efficaces. Saint Denis: Institut national de prévention et d'éducation pour la santé; 2008. 134 p.
45. IREPS Pays de Loire. Compétences psychosociales. Catalogue des outils de prévention. Nantes: IREPS Pays de Loire; 2014.
46. Lenoble E, Bergès-Bouines M, Calmettes S, Forget J-M. L'Inserm sème le trouble. Le Monde. 2005;3 octobre 2005.

47. Arwidson P. Développer en France une prévention à l'efficacité prouvée. Actualité et Dossier en Santé Publique. 2013;83:32-4.
48. Lamboy B. Synthèses de connaissances sur les interventions de prévention auprès des jeunes : enjeux et méthodes. Santé publique. 2013;25 suppl 1:9-11.
49. Cramet M, Deutsch P. Apport des compétences psychosociales dans l'éducation à la santé en milieu scolaire. Journées de la Prévention 2014; Faculté de médecine des Saints Pères: Institut national de prévention et d'éducation pour la santé; 2014.
50. Lamboy B, Fortin J, Azorin J-C, Nekaa M. Développer les compétences psychosociales chez les enfants et les jeunes (dossier). La Santé en Action. 2015;431:10-40.
51. Ministère des solidarités et de la santé. Stratégie nationale de santé 2018 – 2022. Priorité Prévention. Rester en bonne santé tout au long de sa vie. Paris: Ministère des solidarités et de la santé; 2018. 45 p. <https://www.reseau-national-nutrition-sante.fr/UserFiles/File/s-informer/textes-de-reference/plan-priorite-prevention-sante-reseau-national-nutrition-sante.pdf>
52. Service du Premier ministre. Priorité prévention. Rester en bonne santé tout au long de sa vie. Paris; 2018.
53. Ministère des solidarités et de la santé. Feuille de route santé mentale et psychiatrie. Comité stratégique de la santé mentale et de la psychiatrie. 28 juin 2018. Paris: Ministère des solidarités et de la santé; 2018. 31 p. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/180628_-_dossier_de_presse_-_comite_strategie_sante_mentale.pdf
54. Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives, Association des maires de France. Guide pratique du Maire face aux conduites addictives: MILDECA; 2019. 100 p. https://www.drogues.gouv.fr/sites/drogues.gouv.fr/files/atoms/files/guide-des-maires_2019-11_final.pdf
55. Ministère des affaires sociales et de la santé. Stratégie nationale de santé sexuelle. Agenda 2017-2030. Paris: Ministère des affaires sociales et de la santé; 2017. 73 p. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/strategie_nationale_sante_sexuelle.pdf
56. Ministère des solidarités et de la santé, Ministère de l'Action et des comptes publics. Programme national de lutte contre le tabac 2018-2022. Paris 2018. 39 p. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/180702-pnlt_def.pdf
57. Haute Autorité de santé. Améliorer l'accompagnement des enfants à la sortie des dispositifs de protection de l'enfance. Volet 1 – Le retour en famille 2021. 61 p. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-07/rbpp_retour_en_famille.docx.pdf
58. Haute Autorité de santé. Le cadre national de référence : évaluation globale de la situation des enfants en danger ou risque de danger. Recommander les bonnes pratiques 2021. 38 p. https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2021-01/cadre_national_de_reference_-_preambule.pdf
59. Ministère de l'Éducation nationale. Mise en place du parcours éducatif de santé pour tous les élèves. Circulaire n°2016-008 du 28-1-2016. Bulletin officiel de l'éducation nationale (BOEN) n°5 du 4 février 2016. 2016;5(4 février).
60. Ministère chargé de l'éducation. L'école promotrice de santé. EduSanté. Vademecum. Paris: Ministère chargé de l'éducation ; 2020. 47 p. https://cache.media.eduscol.education.fr/file/Sante/84/2/VM_EcolePromotriceSante_1240842.pdf
61. Ministère de l'Éducation nationale. Décret n° 2006-830 du 11 juillet 2006 relatif au socle commun de connaissances et de compétences et modifiant le code de l'éducation. Journal Officiel de la République française. 2006;160(12 juillet 2006).
62. Ministère de l'Enseignement supérieur. DGESIP A2-2. Circulaire n°2017-146 du 7 septembre 2017 relative à la reconnaissance de l'engagement des étudiants dans les établissements d'enseignement supérieur sous tutelle directe du ministère en charge de l'enseignement supérieur 2017. 8 p.
63. Ministère de l'Enseignement supérieur et de la recherche, Conférence des présidents d'universités. Charte pour la dynamisation de la vie associative des universités, le développement et la valorisation de l'engagement étudiant. 26 Mai 2011 2011.
64. Ministère de l'Agriculture et de l'Alimentation. Instruction technique du 24 mars 2021 DGER/SDPFE/2021-216 relative à la mise en œuvre de la promotion de la santé dans les établissements d'enseignement de formation agricoles 2021. 17 p. <https://info.agriculture.gouv.fr/gedei/site/bo-agri/instruction-2021-216>

65. Direction de la protection judiciaire de la jeunesse. Note de cadrage « PJJ promotrice de santé – Renouveau 2017-2021 », 2017. 9 p.
http://www.justice.gouv.fr/art_pix/1_sante_jeunes1_annexe2_note_acdrage.pdf
66. Instance régionale d'Éducation et de promotion santé de Nouvelle-Aquitaine. Renforcer les compétences psychosociales des jeunes sous protection judiciaire. Sélection de ressources documentaires 2019. 9 p. <https://irepsna.org/wp-content/uploads/2019/12/Biblio-IREPS-NA-CPS-Jeunes-PJJ-d%C3%A9cembre-2019.pdf>
67. Ministère des Sports, de l'Éducation populaire et de la Vie associative, Direction de la Jeunesse, Mission d'animation du fonds d'expérimentation pour la jeunesse. Regards croisés – Ireps Champagne-Ardenne. Appel à projet 2, projet numéro 108. Paris 2013. 38 p.
https://www.experimentation-fej.injep.fr/IMG/pdf/Rapport_Final_EXPE_AP2_108.pdf
68. Expertise collective Inserm. Conduites addictives chez les adolescents - Usages, prévention et accompagnement. Paris: Les éditions Inserm; 2014. 482 p. <http://hdl.handle.net/10608/5966>
69. Payton J, Weissberg RP, Durlak JA, Dymnicki AB, Taylor RD, Schellinger KB, Pachan M. The positive impact of social and emotional learning for kindergarten to eighth-grade students: Findings from three scientific reviews. Chicago, IL: . Chicago, IL: Collaborative for Academic, Social, and Emotional Learning; 2008. 50 p
70. Catalano RF, Berglund ML, Ryan JAM, Lonczak HS, Hawkins JD. Positive Youth Development in the United States: Research Findings on Evaluations of Positive Youth Development Programs. The ANNALS of the American Academy of Political and Social Science. 2004;591(98).
71. Arwidson P. Les interventions précoces : une prévention à large spectre. Acta. 2015;14:24-7.
72. Moffitt TE, Arseneault L, Belsky D, Dickson N, Hancox RJ, Harrington H, Caspi A. A gradient of childhood self-control predicts health, wealth, and public safety. Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America. 2011;108(7):2693–8.
73. Caspi A, Houts RM, Belsky DW, Harrington H, Hogan S, Ramrakha S, Poulton R, Moffitt TE. Childhood forecasting of a small segment of the population with large economic burden. Nature Human Behavior. 2016.
74. Thomas RE, McLellan J, Perera R. School-based programmes for preventing smoking. Cochrane Database Syst Rev. 2013;4:CD001293.
75. Thomas RE, McLellan J, Perera R. Effectiveness of school-based smoking prevention curricula: systematic review and meta-analysis. BMJ Open. 2015;5(3):e006976.
76. Foxcroft DR, Tsertsvadze A. Universal alcohol misuse prevention programmes for children and adolescents: Cochrane systematic reviews. Perspect Public Health. 2012;132(3):128-34.
77. Foxcroft DR, Tsertsvadze A. Universal family-based prevention programs for alcohol misuse in young people. Cochrane Database Syst Rev. 2011;10.1002/14651858.CD009308(9):CD009308.
78. Faggiano F, Galanti MR, Bohrn K, Burkhart G, Vigna-Taglianti F, Cuomo L, Fabiani L, Panella M, Perez T, Siliquini R, van der Kreeft P, Vassara M, Wiborg G, Group EU-DS. The effectiveness of a school-based substance abuse prevention program: EU-Dap cluster randomised controlled trial. Prev Med. 2008;47(5):537-43.
79. Faggiano F, Vigna-Taglianti F, Burkhart G, Bohrn K, Cuomo L, Gregori D, Panella M, Scatigna M, Siliquini R, Varona L, van der Kreeft P, Vassara M, Wiborg G, Galanti MR, Group EU-DS. The effectiveness of a school-based substance abuse prevention program: 18-month follow-up of the EU-Dap cluster randomized controlled trial. Drug and alcohol dependence. 2010;108(1-2):56-64.
80. Botvin GJ, Griffin KW, Nichols TD. Preventing youth violence and delinquency through a universal school-based prevention approach. Prev Sci. 2006;7(4):403-8.
81. Hahn R, Fuqua-Whitley D, Wethington H, Lowy J, Crosby A, Fullilove M, Johnson R, Liberman A, Moscicki E, Price L, Snyder S, Tuma F, Cory S, Stone G, Mukhopadhyaya K, Chattopadhyay S, Dahlberg L, Task Force on Community Preventive S. Effectiveness of universal school-based programs to prevent violent and aggressive behavior: a systematic review. Am J Prev Med. 2007;33(2 Suppl):S114-29.
82. Hawkins JD, Oesterle S, Brown EC, Abbott RD, Catalano RF. Youth problem behaviors 8 years after implementing the communities that care prevention system: a community-randomized trial. JAMA Pediatr. 2014;168(2):122-9.

83. Wilcox HC, Kellam SG, Brown CH, Poduska JM, Ialongo NS, Wang W, Anthony JC. The impact of two universal randomized first- and second-grade classroom interventions on young adult suicide ideation and attempts. *Drug and alcohol dependence*. 2008;95 Suppl 1:S60-73.
84. Kirby DB, Laris BA, Roller LA. Sex and HIV education programs: their impact on sexual behaviors of young people throughout the world. *J Adolesc Health*. 2007;40(3):206-17.
85. Kirby D, Short L, Collins J, Rugg D, Kolbe L, Howard M, Miller B, Sonenstein F, Zabin LS. School-based programs to reduce sexual risk behaviors: a review of effectiveness. *Public Health Rep*. 1994;109(3):339-60.
86. O'Connor CA, Dyson J, Cowdell F, Watson R. Do universal school-based mental health promotion programmes improve the mental health and emotional wellbeing of young people? A literature review. *J Clin Nurs*. 2018;27(3-4):e412-e26.
87. Bell CS, Battjes R. Prevention research: Detering drug abuse among children and adolescents (NIDA Research Monograph No. 63). Washington, DC: National Institute on Drug Abuse; 1985.
88. Lecrique J-M. Évaluation d'Unplugged dans le Loiret, programme de prévention de l'usage de substances psychoactives au collège. Saint Maurice: Santé publique France; 2019. <https://www.santepubliquefrance.fr>
89. World Health Organization. Preventing youth violence: an overview of the evidence. Geneva; 2015.
90. Hawkins JD, Catalano RF, Kosterman R, Abbott R, Hill KG. Preventing adolescent health-risk behaviors by strengthening protection during childhood. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 1999;153(3):226-34.
91. Mason-Jones AJ, Sinclair D, Mathews C, Kagee A, Hillman A, Lombard C. School-based interventions for preventing HIV, sexually transmitted infections, and pregnancy in adolescents. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016;11:CD006417.
92. Barrish HH, Saunders M, Wolf MM. Good behavior game: effects of individual contingencies for group consequences on disruptive behavior in a classroom. *J Appl Behav Anal*. 1969;2(2):119-24.
93. Kellam SG, Mackenzie AC, Brown CH, Poduska JM, Wang W, Petras H, Wilcox HC. The good behavior game and the future of prevention and treatment. *Addict Sci Clin Pract*. 2011;6(1):73-84.
94. Kellam SG, Brown CH, Poduska JM, Ialongo NS, Wang W, Toyinbo P, Petras H, Ford C, Windham A, Wilcox HC. Effects of a universal classroom behavior management program in first and second grades on young adult behavioral, psychiatric, and social outcomes. *Drug and alcohol dependence*. 2008;95 Suppl 1:S5-S28.
95. World Health Organization. Mental health action plan 2013-2020. Geneva: World Health Organization; 2013.
96. Brackett MA, Rivers SE, Reyes MR, Salovey P. Enhancing academic performance and social and emotional competence with the RULER feeling words curriculum. *Learning and Individual Differences*. 2012;22(2):218-24.
97. Durlak JA, Domitrovich CE, Weissberg RP, Gullotta TP. Handbook of social and emotional learning: Research and practice (1st ed.). New York: Guilford Press; 2015.
98. Weare K, Nind M. Mental health promotion and problem prevention in schools: what does the evidence say? *Health Promot Int*. 2011;26 Suppl 1:i29-69.
99. Eisenberg N, Spinrad TL, Eggum ND. Emotion-related self-regulation and its relation to children's maladjustment. *Annu Rev Clin Psychol*. 2010;6:495-525.
100. Pokhrel P, Herzog TA, Black DS, Zaman A, Riggs NR, Sussman S. Adolescent neurocognitive development, self-regulation, and school-based drug use prevention. *Prevention Science*. 2013;14(3):218-28.
101. McClelland E, Pitt A, Stein J. Enhanced academic performance using a novel classroom physical activity intervention to increase awareness, attention and self-control: Putting embodied cognition into practice. *Improving Schools*. 2015;18(1):83-100.
102. Mohammadiarya A, Sarabi SD, Shirazi M, Lachinani F, Roustaei A, Abbasi Z, Ghasemzadeh A. The Effect of Training Self-Awareness and Anger Management on Aggression Level in Iranian Middle School Students. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*. 2012;46:987-91.
103. Allemand M, Steiger AE, Fend HA. Empathy development in adolescence predicts social competencies in adulthood. *J Pers*. 2015;83(2):229-41.

104. Trentacosta CJ, Fine SE. Emotion knowledge, social competence, and behavior problems in childhood and adolescence: A meta-analytic review. *Social Development*. 2010;19(1):1–29.
105. Durlak JA, Weissberg RP, Dymnicki AB, Taylor RD, Schellinger KB. The impact of enhancing students' social and emotional learning: a meta-analysis of school-based universal interventions. *Child Dev*. 2011;82(1):405–32.
106. Durlak JA, Mahoney JL, Bohnert AM, Parente ME. Developing and improving after-school programs to enhance youth's personal growth and adjustment: a special issue of AJCP. *Am J Community Psychol*. 2010;45(3-4):285–93.
107. Taylor RD, Oberle E, Durlak JA, Weissberg RP. Promoting positive youth development through schoolbased social and emotional learning interventions: A meta-analysis of follow-up effects. *Child Development*. 2017;88(4):1156–71.
108. Sklad M, Diekstra RFW, Ritter M, Ben J, Gravesteyn C. Effectiveness of school based universal social, emotional, and behavioral programs: Do they enhance student development in the area of skill, behavior, and adjustment? *Psychology in the Schools*. 2012;49:892–909.
109. van de Sande MCE, Fekkes M, Kocken PL, Diekstra RFW, Reis R, Gravesteyn C. Do universal social and emotional learning programs for secondary school students enhance the competencies they address? A systematic review. *Psychology in the Schools*. 2019;56(10):1545–67.
110. Domitrovich CE, Cortes RC, Greenberg MT. Improving young children's social and emotional competence: A randomized trial of the preschool "PATHS" curriculum. *The journal of primary prevention*. 2007;28(2):67–91.
111. Rieffe C, Oosterveld P, Miers AC, Meerum Terwogt M, Ly V. Emotion awareness and internalising symptoms in children and adolescents: The emotion awareness questionnaire revised. *Personality and Individual Differences*. 2008;45(8):756–61.
112. Silvia P, O'Brien ME. Self-awareness and constructive functioning: Revisiting "the human dilemma". *Journal of Social & Clinical Psychology*. 2004;23(4):475–89.
113. Mahoney JL, Durlak JA, Weissberg RP. An update on social and emotional learning outcome research. *Phi Delta Kappan*. 2018;100(4):18–23.
114. Glynn TJ. Essential elements of school-based smoking prevention programs. 181–188. 1989;59(59):5.
115. Peterson AV, Kealey KA, Mann SL, Marek PM, Sarason IG. Hutchinson Smoking Prevention Project: Long-Term Randomized Trial in School-Based Tobacco Use Prevention Results on Smoking. *Journal of the National Cancer Institute*. 2000;92(24):1979–91.
116. Mann SL, Peterson AV, Jr., Marek PM, Kealey KA. The Hutchinson Smoking Prevention Project trial: design and baseline characteristics. *Prev Med*. 2000;30(6):485–95.
117. Botvin GJ, Sussman S, Biglan A. The Hutchinson Smoking Prevention Project: a lesson on inaccurate media coverage and the importance of prevention advocacy. *Prev Sci*. 2001;2(2):67–70.
118. U.S. Department of Health and Human Services. Preventing Tobacco Use Among Youth and Young Adults: A Report of the Surgeon General 2012. Atlanta, GA: U.S. Department of Health and Human Services, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health; 2012.
119. Amato L, Mitrova Z, Davoli M, Cochrane D, Alcohol G. Cochrane systematic reviews in the field of addiction: past and future. *J Evid Based Med*. 2013;6(4):221–8.
120. Wigelsworth M, Lendrum A, Oldfield J, Scott AP, Ten Bokkel IM, Tate K, Emery C. The impact of trial stage, developer involvement and international transferability on universal social and emotional learning programme outcomes: a meta-analysis. *Cambridge Journal of Education*. 2016;46:347–76.
121. Kumpfer KL, Alvarado R, Smith P, Bellamy N. Cultural sensitivity and adaptation in family-based prevention interventions. *Prev Sci*. 2002;3(3):241–6.
122. Elliott DS, Mihalic S. Issues in disseminating and replicating effective prevention programs. *Prev Sci*. 2004;5(1):47–53.
123. Spoth R, Greenberg M, Bierman K, Redmond C. PROSPER community-university partnership model for public education systems: capacity-building for evidence-based, competence-building prevention. *Prev Sci*. 2004;5(1):31–9.

124. Campbell M, Fitzpatrick R, Haines A, Kinmonth AL, Sandercock P, Spiegelhalter D, Tyrer P. Framework for the design and evaluation of complex interventions to improve health. *BMJ*. 2000;321:694-6.
125. Resnicow K, Soler RE, Braithwaite RL, Ahluwalia JS, Butler J. Cultural sensitivity in substance use prevention. *Journal of Community Psychology*. 2000;28:271-90.
126. Wang LY, Davis M, Robin L, Collins J, Coyle K, Baumler E. Economic Evaluation of Safer Choices: A School-Based Human Immunodeficiency Virus, Other Sexually Transmitted Diseases, and Pregnancy Prevention Program. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*. 2000;154(10):1017-24.
127. Knapp M, McDaid D, Parsonage M. *Mental Health Promotion and Prevention: The Economic Case*. London: London School of Economics and Political Science,; 2011.
128. Hill KG, Bailey JA, Steeger CM, Hawkins JD, Catalano RF, Kosterman R, Epstein M, Abbott RD. Outcomes of Childhood Preventive Intervention Across 2 Generations: A Nonrandomized Controlled Trial. *JAMA Pediatrics*. 2020;174(8):764-71.
129. du Roscoat E, Clement J, Lamboy B. [Evidence-based and promising interventions to prevent drug use among youth: a literature review]. *Sante Publique*. 2013;25 Suppl 1:47-56.
130. Leeman J, Birken SA, Powell BJ, Rohweder C, Shea CM. Beyond "implementation strategies": classifying the full range of strategies used in implementation science and practice. *Implement Sci*. 2017;12(1):125.
131. Rotheram-Borus MJ, Swendeman D, Becker KD. Adapting evidence-based interventions using a common theory, practices, and principles. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2014;43(2):229-43.
132. Gay B, Beaulieu M-D. La médecine basée sur les données probantes ou médecine fondée sur des niveaux de preuve : de la pratique à l'enseignement. *Pédagogie Médicale*. 2004;5(3):171-83.
133. Beaulieu M-D, Battista RN, Blais R. A propos de l'"Evidence-based medicine". *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*. 2001;7(2):120-34.
134. Geddes JR, Game D, Jenkins NE, Peterson LA, Pottinger GR, Sackett DL. What proportion of primary psychiatric interventions are based on evidence from randomised controlled trials? *Quality in health care : QHC*. 1996;5(4):215-7.
135. Smith BJ, Tang KC, Nutbeam D. WHO Health Promotion Glossary: new terms. *Health Promot Int*. 2006;21(4):340-5.
136. Jané-Llopis E, Barry M, Hosman C, Patel V. Mental health promotion works: a review. *Promot Educ*. 2005;Suppl 2:9-25, 61, 7.
137. Yoder N, Gurke D. *Social and Emotional Learning-Coaching Toolkit-Keeping SEL at the center*. Washington: American Institutes for Research; 2017.
138. Meyers DC, Domitrovich CE, Dissi R, Trejo J, Greenberg MT. Supporting systemic social and emotional learning with a schoolwide implementation model. *Eval Program Plann*. 2019;73:53-61.
139. Poncet F, Swaine B, Pradat-Diehl P. [Documenting a rehabilitation program using a logic model: an advantage to the assessment process]. *Sante Publique*. 2017;29(1):7-19.
140. Lamboy B. Planter des interventions fondées sur les données probantes pour développer les compétences psychosociales des enfants et des parents : enjeux et méthodes. *Devenir*. 2018;30(4):357-75.
141. Moore JE, Bumbarger BK, Cooper BR. Examining adaptations of evidence-based programs in natural contexts. *The journal of primary prevention*. 2013;34(3):147-61.
142. Wanless SB, Domitrovich CE. Readiness to Implement School-Based Social-Emotional Learning Interventions: Using Research on Factors Related to Implementation to Maximize Quality. *Prev Sci*. 2015;16(8):1037-43.
143. Webster-Stratton C, Taylor T. Nipping Early Risk Factors in the Bud: Preventing Substance Abuse, Delinquency, and Violence in Adolescence Through Interventions Targeted at Young Children (0–8 Years). *Prevention Science*. 2001;2(3):165-92.
144. Lamboy B, Clément J, Saïas T, Guillemont J. [Evidence-based interventions in youth mental health prevention and promotion]. *Sante Publique*. 2011;23 Suppl 6:S113-25.
145. CASEL. *Effective Social and Emotional Learning Programs (Pre-School and Elementary School Edition)*. CASEL guide.: CASEL; 2013.

146. Contandriopoulos A-P, Champagne F, Denis J-L, Avargues M. L'évaluation dans le domaine de la santé : concepts et méthodes. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*. 2000;48(6):517-39.
147. Brousselle A, Champagne F, Contandriopoulos A, Hartz Z. L'évaluation : concepts et méthodes. Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal; 2009.
148. Pin S, Fournier C, Lamboy B, Guilbert P. Les études d'évaluation à l'Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé. Saint-Denis: INPES; 2007.
149. INPES, INVS. Groupe de groupe de travail "évaluation" - Préfiguration du futur institut (document interne). Saint Maurice 2015.
150. Ouimet AM, Morin D. L'analyse logique comme outil de soutien à l'application des connaissances dans le domaine psychosocial. *La Revue canadienne d'évaluation de programme*. 2017;32(1):131-42.
151. Wight D, Wimbush E, Jepson R, Doi L. Six steps in quality intervention development (6SQulD). *J Epidemiol Community Health*. 2016;70(5):520-5.
152. Abdi S, Mensah G. Pleins feux sur : Modèle logique – Un outil de planification et d'évaluation. Toronto, Ontario: Santé publique Ontario, Agence ontarienne de protection et de promotion de la santé; 2016. 11 p. <https://www.publichealthontario.ca/-/media/documents/f/2016/focus-on-logic-model.pdf>
153. Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de réseaux sociaux (Québec). Guide d'élaboration de modèles logiques de programmes. Sherbrooke, Québec, Canada 2004. 75 p. <http://www.santecom.qc.ca/BibliothequeVirtuelle/Estrie/2921776294.pdf>
154. Moore GF, Audrey S, Barker M, Bond L, Bonell C, Hardeman W, Moore L, O'Cathain A, Tinati T, Wight D, Baird J. Process evaluation of complex interventions: Medical Research Council guidance. *BMJ*. 2015;350:h1258.
155. Caria MP, Faggiano F, Bellocchio R, Galanti MR. The influence of socioeconomic environment on the effectiveness of alcohol prevention among European students: a cluster randomized controlled trial. *BMC Public Health*. 2011;11:312.
156. Santé publique France (SpF), Groupe de Recherche sur la Vulnérabilité Sociale (GRVS). Good Behavior Game (GBG). Registre des interventions probantes. 2020.
157. Washington State Institute for Public Policy. Good Behavior Game. Public Health & Prevention: School-based. Benefit-cost methods last updated December 2019. Literature review updated March 2018. 2019. <http://www.wsipp.wa.gov/BenefitCost>
158. Tardy A. La transférabilité d'une intervention complexe dans le champ des compétences psychosociales en milieu scolaire. Thèse de Doctorat en Santé Publique. Marseille: Université Aix-Marseille.; 2021.
159. Tardy A, Roth B, Daguzan A, Sambuc R, Lagouanelle-Simeoni MC. Effets d'un programme de développement des compétences psychosociales en milieu scolaire : Le PROgramme de Développement Affectif et Social (PRODAS) : *Revue de la littérature*. *Glob Health Promot*. 2021;10.1177/17579759211007456:17579759211007456.
160. Moulrier V, Guinet H, Kovacevic Z, Bel-Abbass Z, Benamara Y, Zile N, Ourrad A, Arcella-Giroux P, Meunier E, Thomas F, Januel D. Effects of a life-skills-based prevention program on self-esteem and risk behaviors in adolescents: a pilot study. *BMC Psychol*. 2019;7(1):82.
161. Rauh K, Fröhlich-Gildhoff K. Violence prevention in schools: Resilience promotion in the framework of a European practice research project. *Saber & Educar*. 2014;19.
162. Fröhlich-Gildhoff K, Kjellman C, Lecaplain P, Prata Gomes M, Wojciechowski T. Violence Prevention and Resilience Promotion in Schools. Report about the international research project Strong - Supportive Tools for open-minded, and non-violent Grassroots work in schools. Freiburg: FEL-Verlag; 2013.
163. Foxcroft DR, Ireland D, Lister-Sharp DJ, Lowe G, Breen R. Longer-term primary prevention for alcohol misuse in young people: a systematic review. *Addiction* 2003. p. 397-411.
164. Gates S, McCambridge J, Smith LA, Foxcroft D. Interventions for prevention of drug use by young people delivered in non-school settings. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006, (1).
165. Kumpfer KL, Pinyuchon M, Teixeira de Melo A, Whiteside HO. Cultural adaptation process for international dissemination of the strengthening families program. *Eval Health Prof*. 2008;31(2):226-39.

166. Kumpfer KL, Scheier LM, Brown J. Strategies to Avoid Replication Failure With Evidence-Based Prevention Interventions: Case Examples From the Strengthening Families Program. *Eval Health Prof.* 2020;43(2):75-89.
167. Lasbeur L, Pelat C. Évaluation de l'efficacité de PSFP 6-11 ans en comparaison à une intervention minimale en parentalité (à paraître). Saint Maurice: Santé publique France; 2022.
168. Martin De Champs C, Medina P. Évaluation du programme « Sentinelles et Référents© » en région Auvergne-Rhône-Alpes.: Observatoire Régional de la Santé Auvergne-Rhône-Alpes.; 2021.
169. Gautié J, Comité scientifique d'évaluation de la Garantie Jeunes. Rapport final d'évaluation de la Garantie Jeunes. 2018.