

FÉVRIER 2022

ENFANTS
ET JEUNES

ÉTAT DES CONNAISSANCES



LES COMPÉTENCES PSYCHOSOCIALES : UN RÉFÉRENTIEL POUR UN DÉPLOIEMENT AUPRÈS DES ENFANTS ET DES JEUNES

Synthèse de l'état des connaissances scientifiques
et théoriques réalisé en 2021

Résumé

Les compétences psychosociales : un référentiel pour un déploiement auprès des enfants et des jeunes. Synthèse de l'état des connaissances scientifiques et théoriques réalisé en 2021

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 30 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 : cinq plans nationaux de santé publique (priorité prévention, santé mentale et psychiatrie, addictions, tabac, santé sexuelle), 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 de référence, qui est destiné aux décideurs et aux acteurs de terrain, synthétise le bilan des connaissances scientifiques sur les CPS¹, 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 quatre chapitres synthétiques. **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** 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). S'appuyant sur les études d'efficacité et d'implantation, **le chapitre 4** 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.

Cette synthèse et le document complet dont elle est issue, constituent un premier cadre de référence théorique ; ils seront complétés ultérieurement par des guides et des supports pratiques, plus opérationnels.

Ce référentiel contribue 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

1. Voir document long sur l'état des connaissances scientifiques et théoriques sur les CPS (Santé publique France, à paraître).

Abstract

Life skills: a reference framework for children and young people. Summary of scientific and theoretical knowledge in 2021

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: five national public health plans (relating to prevention, mental health and psychiatry, addictions, tobacco, and sexual health), 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 skills² 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 organised into four brief 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** 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 4** 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.

This summary and the full report from which it is derived 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

2. See the full-length report on the state of scientific and theoretical knowledge on life skills (Santé publique France, forthcoming).

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 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 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)

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 Lydie, 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 de la stratégie nationale multisectorielle de développement des CPS chez les enfants et les jeunes

Sommaire

Résumé.....	1
Abstract.....	2
Auteurs.....	3
Remerciements	4
Prologue.....	6
INTRODUCTION	9
DÉFINITION ET CLASSIFICATION	12
1. Définition d'origine	12
2. Définition actualisée	12
3. Terminologie.....	14
4. Concepts associés	14
5. Classification	15
PRÉSENTATION DES PRINCIPALES CPS.....	18
1. Les compétences cognitives.....	18
<i>Avoir conscience de soi</i>	18
<i>Capacité de maîtrise de soi</i>	18
<i>Prendre des décisions constructives</i>	18
2. Les compétences émotionnelles.....	19
<i>Avoir conscience de ses émotions et de son stress</i>	19
<i>Réguler ses émotions</i>	19
<i>Gérer son stress</i>	19
3. Les compétences sociales.....	20
<i>Communiquer de façon constructive</i>	20
<i>Développer des relations constructives</i>	20
<i>Résoudre des difficultés</i>	20
EFFETS DES PROGRAMMES CPS PROBANTS.....	21
1. Effets des programmes CPS conçus dans un but préventif	21
2. Effets des programmes CPS dans le but d'améliorer la réussite scolaire	22
CARACTÉRISTIQUES DES INTERVENTIONS CPS EFFICACES	24
1. Définition des programmes CPS probants.....	24
2. Facteurs communs aux interventions CPS efficaces	25
<i>Les 2 facteurs principaux</i>	26
<i>Les 6 facteurs complémentaires</i>	26
CONCLUSION.....	30
Ressources de Santé publique France	32
Ressources de l'Éducation nationale.....	33
Références bibliographiques	34

Prologue

Un long chemin a été parcouru en France depuis les premiers travaux sur les compétences psychosociales (CPS). L'approche préventive par le renforcement des CPS s'est développée dans les pays anglo-saxons, dans les années 70 avec notamment le programme de référence « *Life Skills Training* » [1] et a été introduite en France dans les années 1990. L'un des premiers programmes CPS implanté en France était une adaptation du programme américain « Clés pour l'adolescence » [2]. Les pionniers, le Suisse Daniel Pellaux, le Britannique Jeff Lee et le Belge Peer van der Kreeft ont vite compris l'importance de l'adaptation culturelle à chaque pays des programmes CPS américains. Chacun d'entre eux l'a fait pour son pays. Le département de la santé mentale de l'OMS, sous la responsabilité de John Orley, et avec la psychologue écossaise Rhona Birrell Weisen ont réuni une petite équipe internationale, incluant Pellaux et Lee, pour organiser et rendre accessible à tous les connaissances sur les CPS (dénommées en anglais à cette époque « *Life skills education* »). Ainsi, dans les années 1990 et 2000, plusieurs documents ont été produits, qui encourageaient déjà les pays membres à construire leurs programmes CPS et à les évaluer.

À la même période, Jacques Fortin, pionnier français des CPS, pédiatre conseiller technique santé du recteur de Lille met en place le groupe GASPARG³ (Groupe académique de soutien et de prévention pour les adolescents à risque). Il s'appuie sur des interventions⁴ qui « développent des compétences qui relèvent à la fois du champ personnel et du champ relationnel et social ». Puis, il adapte un programme nord-américain de prévention des violences et conçoit le programme « Mieux vivre ensemble dès l'école maternelle » [3]. Ailleurs en France, souvent à l'initiative des professionnels de santé de l'Éducation nationale et avec l'appui notamment des structures d'éducation pour la santé (futurs Ireps) et de prévention en addictologie (future Association Addictions France) se développent dès les années 1990 des outils d'interventions et les premiers programmes expérimentaux. C'est ainsi que voit le jour, en Pays de la Loire, un des premiers programmes français, impulsé par Marie-Odile Williamson, autre pionnière des CPS en France : le programme Prévention primaire des conduites addictives (PPCA) par le renforcement des CPS chez les enfants en milieu scolaire [4].

Les CPS se font aussi connaître des milieux professionnels français grâce aux premières présentations dans la revue du Comité français d'éducation pour la santé (CFES) « la Santé de l'homme » en 1995 (n° 317) et en 1997 (n°328), puis dans un chapitre de l'ouvrage « Apprendre la santé à l'école » [5]. A cette même époque, l'Éducation Nationale [6], introduit une définition de l'éducation à la santé à l'école intégrant la notion de compétences personnelles et relationnelles se rapprochant des CPS sans totalement les recouvrir.

À partir des années 2000, les CPS apparaissent progressivement dans les recommandations nationales. Plusieurs expertises collectives de l'Inserm (Inserm, 2001 [7], 2003 [8], 2005 [9]) produisent des synthèses de littérature scientifique sur les programmes de prévention validés favorisant ainsi la diffusion des connaissances sur les méthodes efficaces et les programmes CPS validés à adapter pour la France. Elles invitent à un développement volontariste d'une politique scientifique structurée en prévention et en éducation à la santé, à même de répondre aux besoins des acteurs en matière de formation, d'aides méthodologiques à l'action et à l'évaluation, et de mise à disposition d'outils. En 2006, l'Éducation nationale définit le premier socle de connaissances et de compétences [10] avec les piliers 6 et 7 « compétences sociales et civiques », « autonomie et initiative » qui favorisent l'intégration des approches CPS à l'École. Dans ce contexte, un certain nombre de promoteurs d'actions s'emparent de ces recommandations. Se développent alors des pratiques exploratoires et innovantes s'appuyant sur les critères de qualité des interventions efficaces identifiés et sur des outils et programmes CPS accessibles. Une forme de « culture CPS » se développe petit à petit mais l'approche tournée vers les programmes CPS internationaux et articulée avec la recherche scientifique a encore des difficultés à rejoindre les professionnels de terrain et vice versa.

3. Interview de Jacques Fortin sur www.cartablecps.org

4. 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.

Durant les années 2010, les CPS s'installent dans le paysage de la prévention et de la promotion de la santé. La formalisation des connaissances scientifiques et expérientielles se développe pour converger de plus en plus vers l'action et la production de données scientifiques françaises. La préoccupation de développer en France une prévention scientifiquement fondée « made in France » [11] 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 établit un repérage des programmes efficaces dans la littérature internationale qu'il publie en 2013 dans un numéro spécial de la revue Santé publique [12]. En 2018, en 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. Après les échecs de conduite des premières recherches évaluatives, les expérimentations pour l'adaptation des programmes CPS validés⁵ sont externalisées et confiées à des associations de prévention et de promotion de la santé implantées localement, avec l'appui, notamment au niveau de l'évaluation, de l'Inpes puis de Santé publique France. De son côté, l'Éducation nationale affirme sa volonté de réorienter la promotion de la santé en milieu scolaire en s'appuyant en 2013 sur le parcours éducatif de santé⁶. Le guide pour sa mise en œuvre paru en 2016, présente une mise en perspective des CPS et des domaines du nouveau socle commun de connaissances, de compétences et de culture.

Quant aux pratiques, celles-ci connaissent un véritable essor avec l'implantation de plus en plus de projets et de programmes en régions comme s'en fait l'écho, le dossier spécial de « la Santé en Action » [13] en mars 2015 (20 ans après le premier numéro consacré à ce sujet) coordonné par Béatrice Lamboy et collègues. Ces actions sont marquées par la diversité et offrent une complémentarité d'exploration, de recherche et d'élaboration de savoirs à l'exemple des actions menées en région Rhône Alpes avec l'Ireps ARA et l'équipe de recherche de l'Espé Lyon 1⁷ ou en Pays de la Loire avec le programme « En santé à l'école »⁸. Des jonctions s'opèrent entre les équipes de chercheurs et de praticiens même si elles restent encore trop peu nombreuses. La formalisation et la capitalisation s'élaborent de plus en plus. Le site internet « Cartable des compétences psychosociales » mis en ligne en 2011 en est un précurseur.

Depuis plus de 10 ans l'Inpes puis Santé publique France ont soutenu la diffusion, la traduction, l'adaptation, l'expérimentation et l'évaluation de programmes probants en France grâce à des partenariats avec des structures associatives (l'Aniss⁹ pour Panjo, l'Apléat¹⁰ et la Fédération Addiction pour Unplugged, le Codes 06¹¹ pour PSFP, le GRVS¹² pour Good Behavior Game). Cet effort a été relayé par de nombreuses associations, notamment les instances régionales d'éducation et de promotion de la Santé (Ireps), dont certaines ont développé leurs propres programmes. Les dernières enquêtes menées par Santé publique France (2017-2018) et l'Unirés¹³ (2021) font état d'une mise en œuvre de nombreux programmes CPS, en particulier dans le contexte scolaire en France. Plusieurs programmes CPS structurés sont actuellement disponibles en France, adaptés à différentes tranches d'âges et aux besoins prioritaires identifiés par les établissements scolaires. Enfin, l'état des lieux réalisé par l'Unirés concernant la formation des enseignants au développement des CPS indique la nécessité de la développer dans le but de répondre au mieux aux besoins des écoles et établissements scolaires concernant la mise en œuvre de tels programmes. De plus, la formation des professionnels dans le champ du travail social et des soins pourrait être renforcée également, sur la base d'un état des lieux de l'enseignement des contenus pédagogiques liés aux CPS à mener dans les structures de formation des travailleurs sociaux et des soignants.

5. Adaptation des programmes validés : SFP (Strengthening Families Program), Unplugged, GBG (Good Behavior Game), Panjo

6. 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

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

8. www.ensantealecole.org

9. Aniss: Agence des nouvelles interventions sociales et de santé ; Panjo : Promotion de la santé et de l'Attachement des Nouveau-nés et de leurs Jeunes parents.

10. Apléat : Association pour l'écoute, l'accueil en addictologie et toxicomanies

11. Codes 06 : Comité départemental d'éducation pour la santé des Alpes-Maritimes

12. GRVS : Groupe de recherche sur la vulnérabilité sociale

13. Unirés : réseau des universités pour l'éducation à la santé

Les programmes de développement des CPS sont ainsi en plein essor ces dernières années, portés conjointement par différents milieux de la santé publique, de l'Éducation nationale, et dans de nombreux territoires. C'est un foisonnement d'initiatives et d'expériences, selon l'âge des enfants, ou encore l'objectif ou le contexte. Aujourd'hui, les professionnels, les scientifiques et les politiques partagent le constat que les enfants et les jeunes doivent pouvoir mobiliser ces compétences, et les renforcer tout au long de leurs apprentissages et dans tous leurs milieux de vie.

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 5 axes stratégiques d'action de la promotion de la santé [14]. Il se situe en complémentarité et en interdépendance avec les 4 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 [14]. 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 améliorer ainsi l'état de santé et de bien-être des personnes et des populations.

Dans le champ de la prévention, depuis 50 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) [15].

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 [16], l'UNODC [17] ont produit des guides internationaux pour en faire la promotion. La Banque mondiale [18] 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 [19] en population générale.

En France, les CPS sont mentionnées dans diverses politiques publiques. Il est fait référence au développement des CPS dans cinq stratégies ou plans nationaux de santé publique :

- le Plan national de santé publique priorité prévention (2018-2022) ;
- la Feuille de route en santé mentale et psychiatrie (2018 et suivante) ;
- le Plan national de mobilisation contre les addictions (2018-2022) ;
- la Stratégie nationale de santé sexuelle (2017-2030) ;
- le Programme national de lutte contre le tabac (2018-2022).

Le ministère de l'Éducation nationale, de la Jeunesse et des Sports a mis en place en 2016 le parcours éducatif de santé, consolidé par la démarche « École promotrice de santé » impulsée en 2020 qui comprend le développement des CPS ; dans les enseignements, de la maternelle au lycée, les CPS sont présentes dans le socle commun de connaissances, de compétences et de culture. La formation continue des personnels les prend progressivement en compte. Au ministère de l'Enseignement supérieur, de la Recherche et de l'Innovation, la direction générale de l'enseignement supérieur et de l'insertion professionnelle a pour objectif 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). Au sein des établissements d'enseignement et de formation agricoles, des actions de formation sont mises en œuvre auprès des personnels enseignants, d'éducation et de santé sur le développement des CPS chez les adolescents. Dans les territoires, de nombreux acteurs mettent en place des actions CPS (ARS, rectorat, protection judiciaire de la jeunesse, collectivités (via les missions locales, contrats locaux de santé, ASE, PMI, associations...)).

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 interministérielle est annoncée comme devant être élaborée et mise en œuvre 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 CPS fondées sur des données probantes et la mise en œuvre 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 mise en œuvre 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 ainsi été une première rencontre nationale sur les CPS permettant de faire le lien entre les savoirs scientifiques et les savoirs expérientiels¹⁴.

Ce document de synthèse fondé sur un bilan des connaissances scientifiques sur les CPS¹⁵ 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-analyses¹⁶ 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).

Ce référentiel vise à construire une culture commune et partagée sur les CPS. Organisé en quatre chapitres, ce document présente de façon synthétique :

- une définition et une catégorisation actualisées des CPS s'appuyant sur les définitions et les catégorisations internationales ;
- une description succincte de chacune des CPS contenue dans la classification CPS actualisée ;
- un bilan des effets des programmes CPS probants sur la santé et la réussite éducative ;
- une liste de facteurs associés à l'efficacité des interventions CPS.

Cette synthèse et le document scientifique long sur lequel elle s'appuie constituent un premier cadre de référence théorique afin de soutenir le déploiement d'interventions CPS efficaces, fondées sur les données probantes. Ces deux documents seront complétés prochainement (années 2022 et suivantes) par des supports plus opérationnels fondés sur les savoirs scientifiques et expérientiels et co-construits avec les chercheurs et les professionnels des différents champs.

Aujourd'hui, 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.

14. Replay et présentations disponibles sur le site de Santé publique France

15. Voir document long sur l'état des connaissances scientifiques et théoriques sur les CPS (Santé publique France, à paraître)

16. 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.

DÉFINITION ET CLASSIFICATION

La définition et la classification des compétences psychosociales (CPS) ont évolué au cours de ces 30 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

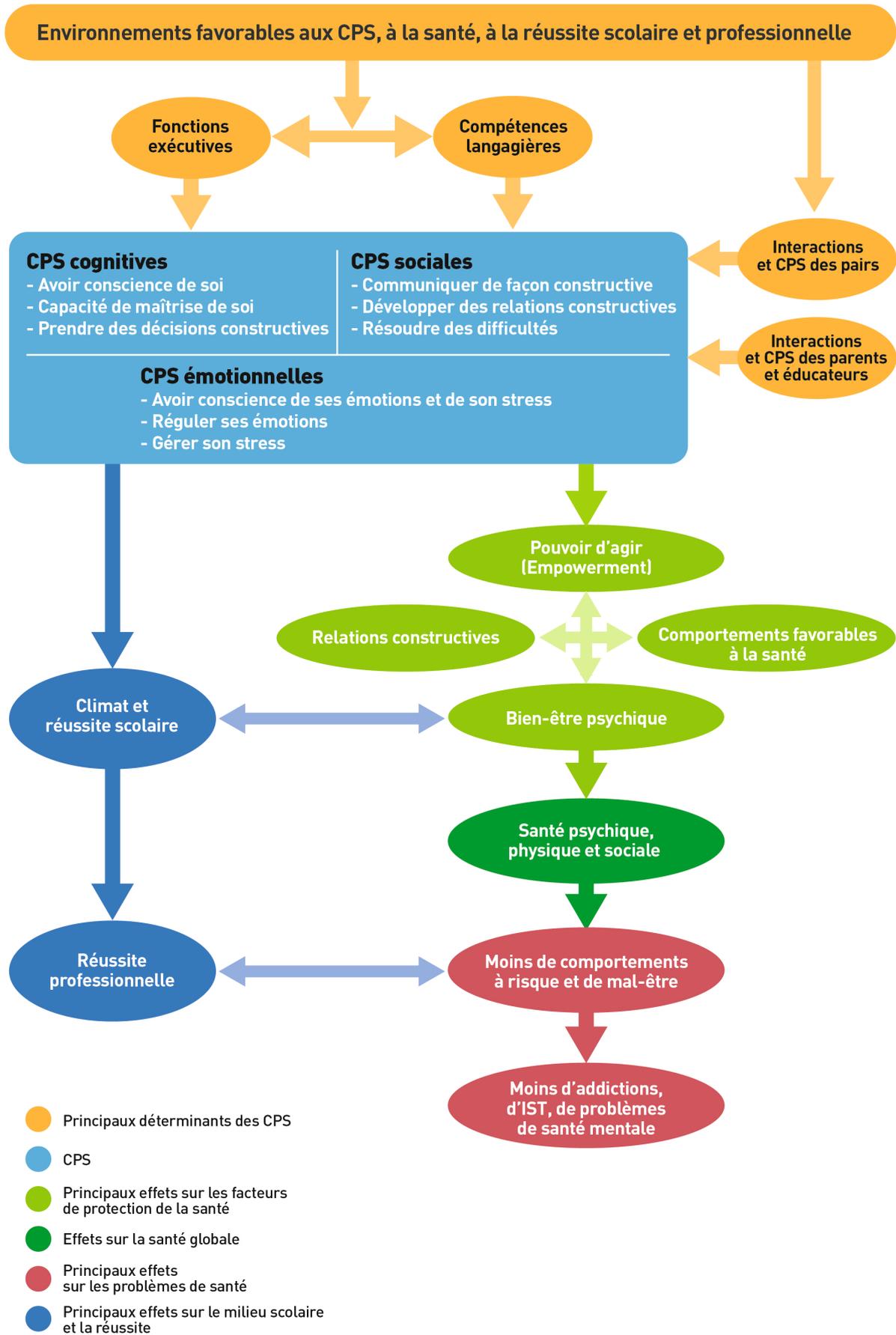
L'OMS propose une première définition des CPS dans les années 1990. La compétence psychosociale est alors définie de façon générale comme « la capacité d'une personne à faire face efficacement aux exigences et aux défis de la vie quotidienne. C'est la capacité d'une personne à maintenir un état de bien-être psychique et à le démontrer par un comportement adapté et positif lors d'interactions avec les autres, sa culture et son environnement » [20]. Le développement de cette capacité psychosociale globale peut se faire par « l'enseignement de compétences de base utiles à la vie (dénommées en anglais « *Life skills* », [20]). L'OMS définit ces dernières 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* » [21].

2. Définition actualisée

Tout en nous rattachant à cette définition d'origine de l'OMS, les données de la littérature nous permettent aujourd'hui de préciser cette définition [22, 23, 24, 25, 26, 27, 28]. Les CPS constituent ainsi 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.

Les CPS peuvent être renforcées par des interventions psychoéducatives. Ainsi, même si elles sont déterminées 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 renforcées par des apprentissages formels et informels [22, 24, 27]. 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 [27,28,29]. 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 [22, 23, 26, 27] (voir figure 1 ci-dessous).

Figure 1. Représentation schématique des CPS, de leurs principaux effets et déterminants



3. Terminologie

Il existe une pluralité de termes et de cadres théoriques pour appréhender la notion de compétences psychosociales [22, 23, 24]. Ce foisonnement terminologique fait émerger un besoin de clarification, de théorisation et d'opérationnalisation [24].

Les termes utilisés pour désigner les CPS varient en fonction des disciplines. 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 [20, 21]. 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 [30]. Les économistes reprennent les termes de compétences socio-émotionnelles mais utilisent aussi les termes de compétences socio-comportementales et compétences sociales [23, 24]. Ils peuvent aussi utiliser des termes beaucoup plus généraux tels que « compétences clés », « compétences transversales », « compétences du 21^e siècle », « compétences non cognitives », « compétences conatives », « compétences non techniques (*soft skills*) », « compétences non académiques » [22, 23, 24, 25].

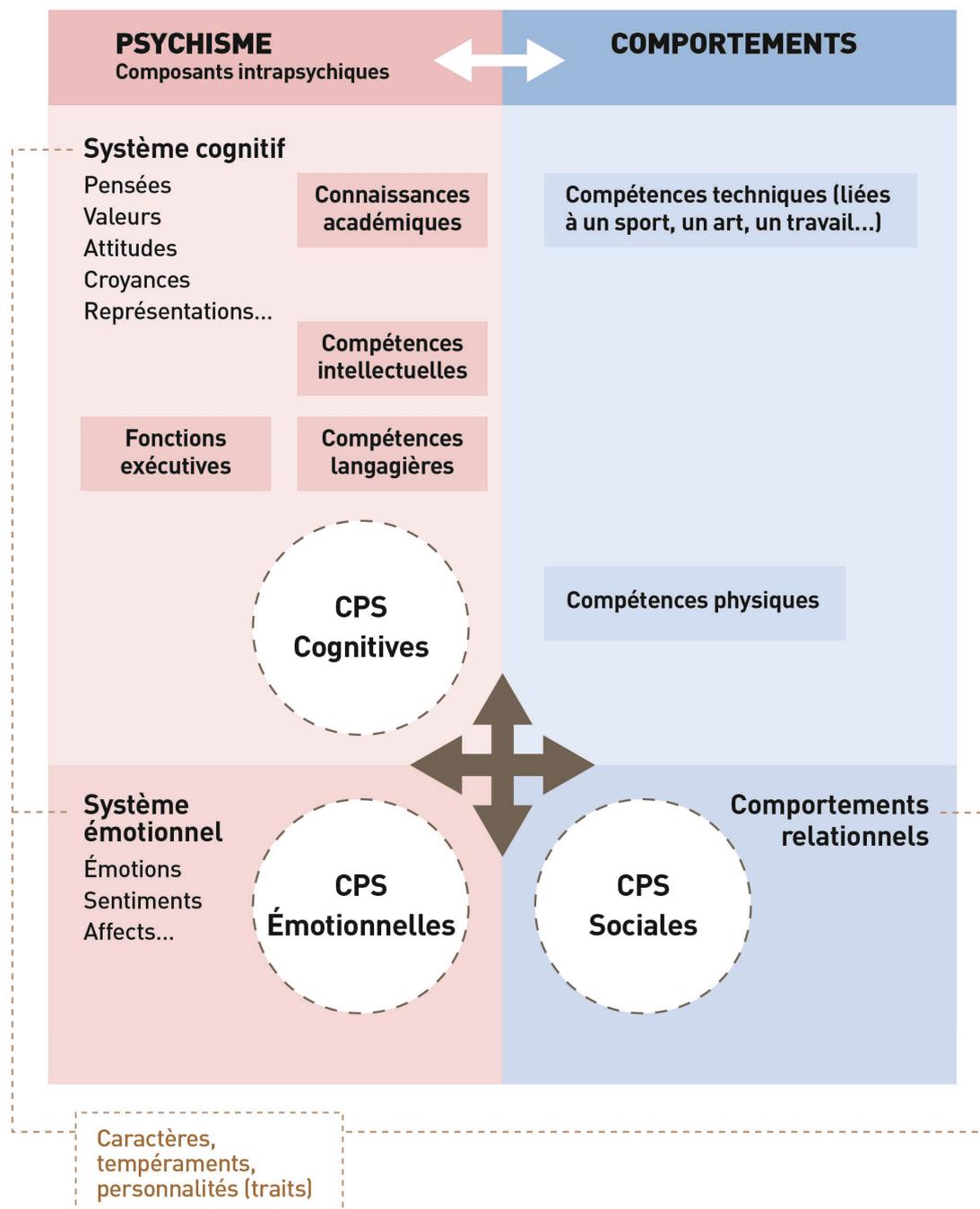
4. Concepts associés

Afin de mieux définir les caractéristiques des CPS, il est important d'expliciter leurs spécificités par rapport à d'autres notions connexes (voir figure 2 ci-dessous). En premier lieu, les CPS se distinguent des traits de personnalité (ou de caractères ou tempéraments) qui « désignent un éventail de facettes personnelles relativement stables au fil du temps » (sociabilité, labilité émotionnelle...) [24]. En effet, les CPS se caractérisent par « la possibilité de changement et de développement » [22] ; elles 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 (notamment, amis, enseignants, éducateurs) et peuvent être développées par des interventions éducatives commençant précocement et accompagnant durablement le développement de la personne [22, 27]. Elles peuvent être enseignées et renforcées tout au long de la vie.

En second lieu, les compétences psychosociales sont des compétences transversales, génériques et interdisciplinaires [25]. Contrairement aux compétences techniques, académiques et disciplinaires qui sont spécifiques à un domaine d'application, à une discipline donnée et fortement liées aux connaissances [24], 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.

Même si la dimension cognitive est largement présente dans les CPS, ces dernières sont aussi à différencier de compétences cognitives génériques telles que les compétences intellectuelles et les fonctions exécutives telles que la mémoire, l'attention, l'inhibition, ou la sélection de l'information (qui influencent les compétences psychosociales) [31].

Figure 2. Représentation schématique des CPS et des concepts connexes présentés



5. Classification

Depuis la première classification de l'OMS en 10 compétences (et 5 binômes) dans les années 1990 [20], plusieurs classifications des CPS ont été proposées, à la fois par l'OMS [21, 28, 32] et par d'autres organismes américains et internationaux, notamment le Casel et l'OCDE [22, 30, 33].

En gardant le cadre théorique de l'OMS proposé dans les années 2000 (notamment la classification en 3 groupes de CPS, sociales cognitives et émotionnelles, [21, 32]), en partant de l'ensemble des CPS mentionnées dans les classifications internationales et en s'appuyant sur les données probantes actuelles, une classification des CPS actualisée, intégrative et centrée sur les CPS clés peut être proposée (voir tableau 1, ci-dessous) [15, 22, 30, 32, 34-37]. Cette classification actualisée se focalise sur les principales CPS mises en avant dans la littérature.

Ainsi, 9 CPS générales (comprenant au total 21 CPS spécifiques) ont pu être identifiées :

- 3 CPS cognitives (avoir conscience de soi, capacité de maîtrise de soi, prendre des décisions constructives) ;
- 3 CPS émotionnelles (avoir conscience de ses émotions et de son stress, réguler ses émotions et gérer son stress) ;
- 3 CPS sociales (communiquer de façon constructive, développer des relations constructives, et résoudre des difficultés).

Tableau 1. Classification actualisée des 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

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 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.

PRÉSENTATION DES PRINCIPALES CPS

1. Les compétences cognitives

Sur la base de cette définition actualisée des CPS, 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 optimal et de maintenir un état de bien-être psychique. La littérature scientifique 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.

Avoir conscience de soi

Avoir conscience de soi nécessite de pouvoir reconnaître et comprendre ses cognitions (pensées, croyances, valeurs, représentations, images mentales), ses émotions (sentiments, affects) et ses volitions (désirs, besoins, aspirations, rêves) et leurs liens avec les comportements [15, 38]. Cette CPS cognitive regroupe quatre compétences spécifiques : **accroître sa connaissance de soi** (mieux connaître ses forces, ses limites, ses buts, ses valeurs, la façon dont on se parle ou discours intérieur...), 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, **développer sa capacité d'auto-évaluation positive** en apprenant à avoir un jugement positif sur soi-même et une attitude bienveillante envers soi-même et **augmenter sa capacité d'attention à soi (ou pleine conscience)** en arrivant à diriger pleinement son attention sur son expérience présente vécue (cognitions, émotions, sensations...) et à accueillir ouvertement ses ressentis quelles que soient leurs colorations (agréables, désagréables, étonnants, déstabilisants...).

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 [15, 36]. Cette CPS cognitive regroupe notamment **la capacité à gérer ses impulsions** (c'est-à-dire à décider volontairement de transformer ou pas une pulsion à agir en comportement effectif) et **la capacité à atteindre ses buts** qui nécessite de bien connaître les objectifs que l'on poursuit (sur l'instant, à moyen et à long terme) et de pouvoir s'organiser et planifier de façon concrète les différentes étapes à accomplir pour parvenir à ses buts ainsi que les moyens pour mettre en œuvre ces différentes étapes.

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 CPS cognitive regroupe **la capacité à faire des choix responsables** c'est à dire pouvoir identifier les buts qui sont importants pour soi et les évaluer au regard des normes sociales, de sécurité, d'éthique et de faisabilité et **la capacité à résoudre des problèmes de façon créative** qui nécessite d'analyser une situation problématique, d'imaginer différentes solutions possibles, de laisser émerger des alternatives, d'évaluer chacune des solutions et de choisir une solution positive pour soi et pour les autres [15, 36, 38, 39].

2. Les compétences émotionnelles

Sur la base de la définition actualisée des CPS, 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 et de renforcer le pouvoir d’agir (*empowerment*). La littérature a permis d’identifier 3 principales compétences émotionnelles (regroupant chacune 2 compétences émotionnelles spécifiques) : la capacité à avoir conscience de ses émotions et de son stress, à réguler ses émotions et à gérer son stress.

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 CPS émotionnelle implique en premier lieu, de pouvoir **comprendre le fonctionnement des émotions et du stress**, c’est-à-dire d’avoir connaissance de leur rôle essentiel pour informer les personnes sur leurs besoins et pour les inciter à agir et de comprendre ainsi l’utilité des émotions dans l’équilibre psychologique de la personne. Cette CPS nécessite en second lieu, de parvenir à **identifier de façon appropriée ses émotions et son stress ce qui implique de pouvoir percevoir et nommer de façon adéquate ses ressentis émotionnels** [36, 38].

Réguler ses émotions

Réguler ses émotions représente la capacité à gérer ses propres émotions et à maintenir un équilibre émotionnel [36, 39]. Cette CPS émotionnelle regroupe **la capacité à exprimer ses émotions de façon adaptée** ce qui implique 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, et **la capacité à gérer ses émotions** en modifiant l’intensité et les conséquences des émotions désagréables telles que la colère, la tristesse et la peur afin de ne pas être submergé et en augmentant son attention aux émotions agréables telles que la joie, l’amour, l’enthousiasme [34].

Gérer son stress

Gérer son stress au quotidien ou en situation d’adversité est la capacité à réguler ses propres réactions psychocorporelles de stress afin de ne pas être submergé et de pouvoir disposer de toutes ses ressources pour fonctionner pleinement et poursuivre ses propres objectifs [36]. Cette compétence nécessite de pouvoir utiliser des techniques efficaces de gestion du stress [38] et de parvenir à dépasser les épreuves de la vie en mobilisant **ses capacités de coping**, c’est-à-dire ses capacités à s’adapter et à faire face aux situations en choisissant les réponses les plus adaptées en fonction du contexte et des objectifs poursuivis [36].

3. Les compétences sociales

Sur la base de la définition actualisée des CPS, les compétences sociales constituent 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 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.

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 [34]. Cette CPS sociale comprend **la capacité d'écoute empathique** c'est-à-dire 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 et **la communication efficace**. Celle-ci nécessite de connaître et pouvoir surmonter les obstacles à une communication fluide et implique des attitudes soutenant, une écoute de qualité, des formulations claires, la capacité à exprimer ses émotions de façon adaptée, la capacité à formuler et recevoir des critiques [15].

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 [38]. Cette CPS sociale regroupe la capacité à **développer des liens sociaux** (savoir initier des relations, échanger de façon amicale, s'entendre avec les autres, nouer des amitiés...) et à **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...) [36].

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** afin de pouvoir affirmer ses besoins, ses idées, ses émotions et ses droits de façon ajustée et d'arriver à résister à la pression sociale, et **de savoir résoudre des conflits de façon constructive** en faisant face aux difficultés relationnelles de manière à favoriser les apprentissages et trouver une issue favorable pour tous les protagonistes [36].

EFFETS DES PROGRAMMES CPS PROBANTS

Les nombreuses études 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, favoriser la réussite scolaire. Des méthodes d'évaluation diverses ont été menées selon les différentes finalités poursuivies.

Les concepteurs de programmes de compétences psychosociales ou parentales ont ainsi poursuivi des objectifs différents, donc il n'est pas aisé d'en décrire de façon simple les effets. Chaque concepteur et/ou évaluateur a donc choisi des outils de mesure adaptés à son objectif de santé publique ou à son objectif 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 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 [40].

Les défenseurs d'une approche unifiée reconnaissent que si les outils de mesure des problèmes comme les consommations de substances par exemple 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 [40].

Présentation des effets des programmes CPS conçus dans un but préventif

Le tableau 2 ci-dessous détaille les effets de différents programmes 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 mentale.

Tableau 2. 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 [41, 42])
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) [43, 44]
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 : Life Skills Training (LST) ou Unplugged [1, 45, 46]
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) [47-49]
Réduire les comportements perturbant le climat de travail scolaire en cours préparatoire (GBG, Kellam)	A 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. A 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 [50]
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 [51, 52]
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 [53]

Présentation des effets des programmes CPS dans le but d'améliorer la réussite scolaire

Le choix de cibler certaines 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 [54, 27, 55, 56]. En effet, les compétences d'autorégulation permettent une meilleure santé mentale (e.g., [57]) des comportements positifs pour la santé et pour les relations [58, 59] ainsi qu'un niveau de réussite scolaire plus élevé [60]. La conscience de soi est associée à une meilleure santé psychosociale [54, 61] et la conscience des autres est associée à de meilleures relations et des compétences permettant de communiquer de manière constructive [62, 63].

Tableau 3. Synthèse des effets des programmes CPS en milieu scolaire

Dimension	Effets démontrés
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.
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.
Comportements relationnels	Relations constructives, soutien social, attention portée aux autres, empathie, résolution de problèmes de manière prosociale, coopération
Réduction de comportements problématiques	Amélioration du climat de classe, réduction des violences physiques et verbales, du harcèlement scolaire et des actes délinquants
Réduction des problèmes de santé mentale communs	Réduction des symptômes de stress, d'anxiété, de dépression et du retrait social
Performance académique	Réussite en lecture et mathématiques, performances aux évaluations standardisées, amélioration des moyennes scolaires et des compétences académiques

Inspiré de Mahoney, Durlak, & Weissberg, 2018 [64]

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 [40, 65], proposent de créer un champ unique de promotion d'un développement positif chez les jeunes, incluant la prévention des risques. Ces derniers reconnaissent néanmoins 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 développer ce type de programmes. Ces programmes bien conçus, bien mis en œuvre et bien évalués ou monitorés ont la capacité de soutenir un développement harmonieux, personnel et social, des enfants et des jeunes.

CARACTÉRISTIQUES DES INTERVENTIONS CPS EFFICACES

Au regard de l'importance des effets observés et du nombre de programmes CPS probants (disponibles au niveau international), de nombreux chercheurs s'intéressent aujourd'hui aux « facteurs-clés », facteurs d'efficacité et d'implantation communs aux différents programmes CPS probants. Ce chapitre vise à approfondir la notion de programmes CPS fondés sur les données probantes et à présenter les principaux facteurs associés à l'efficacité des interventions CPS et identifiés dans la littérature scientifique.

1. Définition des programmes CPS probants

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 PSFP en France) se sont développés dans les pays anglo-saxons dans les années 1970. Ils se présentent 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 [27, 66].

Il s'agit d'interventions 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 programme CPS probants comportent trois éléments clés :

- 1) le développement des CPS cognitives, émotionnelles et sociales,
- 2) des méthodes pédagogiques interactives et expérientielles,
- 3) 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 [28]).

Il est important de souligner que la notion d'« intervention probante », au sens général, peut renvoyer à deux réalités distinctes. Le plus souvent, les termes d'« intervention probante » ou « programme probant » (*evidence based program* en anglais) sont utilisés pour désigner des programmes dont l'efficacité a été démontrée par des évaluations scientifiques. 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 synonyme d'« intervention ou programme validé ».

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 en complémentarité avec les savoirs issus de l'expérience [67]. 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 practice in psychology (EBPP)*, d'*Evidence-based public health (EBPH)*, d'*Evidence-based policy*, d'*Evidence-based prevention*, d'*Evidence-based health promotion* [68]. Comme nous le

rappellent Hosman et Jané-Llopis, toutes ces démarches s'enracinent et découlent de la démarche EBM telle que présentée en 1996, par Sackett, un de ses fondateurs [69]. Dans ce cas de figure, une « intervention fondée sur les données probantes » s'inscrit dans le paradigme de l'EBM et se construit à partir de 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 issus de l'expérience des professionnels) et 3) les préférences et les connaissances expérientielles du public bénéficiaire (c'est-à-dire, les savoirs issus de l'expérience des personnes).

Dans le prolongement de cette pluralité conceptuelle, on peut observer dans la pratique plusieurs façons complémentaires de développer et mettre en œuvre 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 œuvre 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 le mettent en œuvre 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 issus de l'expérience et des pratiques CPS pour concevoir et mettre en œuvre 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 (sur les CPS, sur les facteurs d'efficacité, sur 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

Les dernières méta-analyses et analyses de la littérature 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 [15, 27, 31, 34, 64, 70, 71] (voir tableau 4, ci-dessous : 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 facteurs concernent la qualité de l'implantation de l'intervention. Enfin, d'autres facteurs 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 concordance entre le climat éducatif et 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 [27, 72] : 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 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 en lien avec l'environnement éducatif des enfants et des jeunes.

Les 2 facteurs principaux

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 [27]. Les experts ont rassemblé les facteurs identifiés plus souvent dans les interventions efficaces sous le sigle « SAFE » [15, 27]. 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 renvoie à une **pédagogie active** c'est-à-dire que les apprentissages des CPS nécessitent la participation active des personnes (jeux de rôle, mises 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. Le « E » de SAFE renvoie au besoin d'avoir **une intervention explicite** dont l'objectif de développement et d'enseignement des CPS sont formels et clairement présentés aux participants.

Facteur principal 2 : une implantation de qualité

Afin que les intervenants soient en capacité de réaliser pleinement les ateliers CPS et d'incarner les CPS (*modeling*), il est nécessaire qu'ils puissent s'appuyer sur **plusieurs supports** (*voir critère complémentaire, ci-dessus*) et qu'ils bénéficient d'une formation et d'un accompagnement de qualité [15]. Les formateurs, superviseurs et accompagnateurs CPS doivent eux-mêmes avoir bénéficié d'une formation de qualité afin d'avoir une pleine maîtrise des CPS ainsi que des interventions CPS proposées. Afin de faciliter la mise en œuvre de l'intervention CPS, **une « équipe CPS »** regroupant un représentant des différentes parties prenantes (intervenants, 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.

Les 6 facteurs complémentaires

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. Les interventions CPS nécessitent ainsi une définition et une sélection des CPS claires et fondées, en lien avec l'état actuel des connaissances scientifiques. Il est important que les trois types de CPS (sociales, émotionnelles et cognitives) soient représentées 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 données scientifiques actuelles. Les activités pratiques mises en œuvre 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).

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 2 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 [15]. 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 20 heures par an [73]) et s'étaler sur plusieurs années [15, 29, 74]. 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 [15]. Les auteurs s'entendent aujourd'hui sur la nécessité d'interventions CPS accompagnant le développement de la personne, de son plus jeune âge jusqu'à l'âge adulte [15, 64].

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 la mise en œuvre de l'intervention et du projet CPS dans son ensemble.

Facteur complémentaire 4 : une pédagogie positive et expérientielle

Les concepteurs d'interventions CPS probantes ont cherché 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 [28]. 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...) [27, 28, 34, 15].

Pour cela, il est nécessaire que les intervenants renforcent leurs propres CPS afin d'être capables de les mettre en œuvre devant les enfants 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 manifestés par les intervenants jouent donc un rôle crucial dans l'efficacité des ateliers CPS.

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 (durant les heures de vie de classe, pendant les enseignements académiques, pendant les récréations et pendant les temps périscolaires et extrascolaires, à domicile...) pour permettre le plein développement des CPS des enfants et des jeunes [15, 70, 75]. 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 position d'éducation.

Facteur complémentaire 6 : un environnement éducatif soutenant

Il est essentiel que l'intervention CPS mise en œuvre 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 [15, 75]. 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, personnels administratifs, personnels de santé scolaire, personnels périscolaire...).

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 favoriser ainsi le développement des CPS [15, 75].

Ces facteurs communs présentés dans le tableau 4 représentent des objectifs d'intervention à atteindre ; les actions CPS pourront comporter plusieurs phases et étapes de développement afin de correspondre progressivement à ces caractéristiques associées à l'efficacité des interventions CPS.

Tableau 4. Facteurs communs aux interventions CPS efficaces

Facteurs communs	Modalités opérationnelles
<p>FACTEUR PRINCIPAL 1 (intervention) L'intervention CPS est structurée et focalisée (Pratique CPS SAFE)</p>	<p>P1.1 Les CPS sont développées grâce à un ensemble d'activités organisées et coordonnées (Pratique CPS Séquencée) P1.2 Les apprentissages des CPS s'appuient sur la participation active des personnes (Pratique CPS Active) P1.3 L'intervention est focalisée sur les principales CPS mentionnées dans la littérature scientifique (Pratique CPS Focalisée) P1.4 Les CPS travaillées sont clairement explicitées et présentées aux participants (Pratique CPS Explicite)</p>
<p>FACTEUR PRINCIPAL 2 (implantation) L'implantation de l'intervention CPS est de qualité</p>	<p>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.</p>
<p>FACTEUR COMPLEMENTAIRE 1 (intervention) Le contenu des ateliers CPS est fondé sur les connaissances scientifiques</p>	<p>C1.1 Les principales CPS cognitives, émotionnelles et sociales (mentionnées dans la littérature scientifique actuelle) sont travaillées (voir chap.1 et 2) 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</p>
<p>FACTEUR COMPLEMENTAIRE 2 (intervention) Les ateliers CPS sont intensifs et s'inscrivent dans la durée</p>	<p>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)</p>
<p>FACTEUR COMPLEMENTAIRE 3 (Intervention) L'intervention CPS s'appuie sur plusieurs supports</p>	<p>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</p>
<p>FACTEUR COMPLEMENTAIRE 4 (Intervention) Les ateliers CPS utilisent une pédagogie positive et expérientielle</p>	<p>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.</p>
<p>FACTEUR COMPLEMENTAIRE 5 (Environnement) Des pratiques CPS informelles sont mises en œuvre au quotidien</p>	<p>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...)</p>
<p>FACTEUR COMPLEMENTAIRE 6 (Environnement) Un environnement éducatif soutenant</p>	<p>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...)</p>

CONCLUSION

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 CPS constitue un levier clé de la promotion de la santé. Ces 30 dernières années, de nombreux travaux de recherche ont porté sur l'importance des CPS dans le développement de l'enfant, de son bien-être et de sa santé, dès le plus jeune âge.

Santé publique France souhaite accompagner ce renforcement des CPS des enfants et des jeunes, en particulier, en favorisant les conditions permettant à la fois :

- de promouvoir le bien-être et la santé globale dans toutes ses dimensions en favorisant le développement des CPS de tous les jeunes, de la petite enfance aux jeunes adultes ;
- de 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 ;
- de déployer sur l'ensemble du territoire, dans les différents milieux de vie de l'enfant, des interventions CPS qui soient efficaces et fondées sur les données probantes.

Ce document de référence, qui synthétise l'état des connaissances scientifiques et théoriques sur les CPS et les interventions probantes, constitue une première étape. Il est 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 de Santé publique France, que nous remercions vivement.

Ce référentiel offre une définition actualisée des CPS ; neuf CPS générales et 21 CPS spécifiques ont ainsi 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 portent sur la conscience de ses émotions et de son stress, et la capacité à réguler ses émotions et à gérer son stress. Trois CPS sociales permettent de communiquer de façon constructive, de développer des relations constructives, et de résoudre des difficultés.

Le développement des CPS par des interventions efficaces peut avoir de multiples effets et poursuivre ainsi 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. Les CPS 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 ; elles 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 CPS. Dans cette perspective, les études, sur les facteurs d'efficacité et d'implantation, nous ont permis d'identifier huit « facteurs-clés » communs aux différents programmes CPS 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 développer et mettre en œuvre une intervention CPS de qualité.

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'échelle, vers une dimension plus universelle, en conciliant l'évolution des connaissances académiques et des savoirs expérientiels ? Il existe une attente forte de soutenir et d'accompagner au plus près les dynamiques territoriales avec un besoin de supports fondés sur les données probantes, adaptés et accessibles à tous. Ce document fondé

sur les connaissances scientifiques actuelles pose une première base théorique ; il sera complété ultérieurement par des guides et des supports pratiques.

Ce référentiel contribue 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 systématiquement d'un développement des CPS tout au long de son parcours.

Ressources de Santé publique France

Séminaire 'développement des compétences psychosociales des enfants et des jeunes : un référentiel pour favoriser un déploiement national', 14 et 15 décembre 2021

<https://www.santepubliquefrance.fr/a-propos/evenements/seminaire-developpement-des-competences-psycho-sociales-des-enfants-et-des-jeunes-un-referentiel-pour-favoriser-un-deploiement-national-14-et-1>

Répertoire des interventions efficaces ou prometteuses en prévention et promotion de la santé

<https://www.santepubliquefrance.fr/a-propos/services/interventions-probantes-ou-prometteuses-en-prevention-et-promotion-de-la-sante/repertoire-des-interventions-efficaces-ou-prometteuses-en-prevention-et-promotion-de-la-sante>

Santé publique France. Avis d'experts relatif à la mise en place d'un processus d'analyse de l'efficacité des interventions dans le cadre de la création d'un portail d'interventions probantes en prévention et promotion de la santé. Saint-Maurice : Santé publique France; 2019. 75 p.

https://portaildocumentaire.santepubliquefrance.fr/exl-php/vue-consult/spf___internet_recherche/SPF00001237

Lecrique J. Résultats de l'évaluation du programme « Unplugged » dans le Loiret : Projet de l'Association pour l'écoute et l'accueil en addictologie et toxicomanies (Orléans), évalué en 2016-2017 par Santé publique France. Saint-Maurice : Santé publique France; 2019. 169 p.

https://portaildocumentaire.santepubliquefrance.fr/exl-php/vue-consult/spf___internet_recherche/SPF00001107

Lecrique J. Tabac, alcool, cannabis : un programme efficace au collège. La Santé en action. 2019-10-10;(449):16.

https://portaildocumentaire.santepubliquefrance.fr/exl-php/vue-consult/spf___internet_recherche/SPF00001288

Gorza M, Houzelle N, Sempé S, Lasbeur L, Hamsany M, Du Roscoat E, Cardoso T. Promouvoir la santé de l'enfant en soutenant les compétences parentales : l'action de Santé publique France. Enfances & psy. 2018-07-04;(77):37-48.

https://portaildocumentaire.santepubliquefrance.fr/exl-php/vue-consult/spf___internet_recherche/DOC00004219

Broussouloux S, Gaste V. Le parcours éducatif de santé : nouveau paradigme de la promotion de la santé en milieu scolaire ? [Interview]. La Santé en action. 2016-03-01;(435):35-36.

https://portaildocumentaire.santepubliquefrance.fr/exl-php/vue-consult/spf___internet_recherche/DOC00003089

Santé des populations : conjuguer données scientifiques et savoirs issus de l'expérience. La Santé en action. 2021;(456):56 p.

https://portaildocumentaire.santepubliquefrance.fr/exl-php/vue-consult/spf___internet_recherche/SPF00003103

Ressources de l'Éducation nationale

Ministère de l'Éducation nationale. Bulletin officiel de l'éducation nationale (BOEN) n°5 du 4 février 2016. Mise en place du parcours éducatif de santé pour tous les élèves. Circulaire n°2016-008 du 28-1-2016

Le parcours de santé sur Éduscol

<https://eduscol.education.fr/2231/le-parcours-educatif-de-sante>

Ministère de l'Éducation nationale et de la jeunesse. L'École promotrice de santé. Vademecum. ÉduSanté. 2020 : 46 p.

https://cache.media.eduscol.education.fr/file/Sante/84/2/VM_EcolePromotriceSante_1240842.pdf

Ministère de l'Éducation nationale. Repères pour l'éducation à la sexualité et à la vie. Dgesco. 2000 :72 p.

https://svt.enseigne.ac-lyon.fr/spip/IMG/pdf/reperes_education-sexualite.pdf

Éduscol : Enjeu et mise en œuvre de l'éducation à la sexualité. L'apprentissage d'un comportement responsable

<https://www.education.gouv.fr/education-la-sexualite-1814>

Brigitte Moltrecht, Marie-Pierre Coffineau. Prévention et promotion de la santé. Une responsabilité collective. Le rôle des enseignants pour la promotion de la santé à l'école. Actualité et dossier en santé publique. 2018 ;103:30-34

<https://www.hcsp.fr/explore.cgi/adsp?clef=160>

Société française de Santé publique. Dossier Santé des adolescents et des jeunes : Accompagner les adolescents, accroître leur pouvoir d'action en santé

<https://www.sfsp.fr/content-page/111-dossiers-documentaires/3109-sante-des-adolescents-et-des-jeunes#avis-rapports>

Podcast « Les Mardis de l'IH2EF » : l'éducation à la santé. 9 décembre 2021

<https://www.ih2ef.gouv.fr/les-mardis-de-lih2ef-leducation-la-sante-2860>

Références bibliographiques

1. Botvin, G.J., et al., *Long-term follow-up results of a randomized drug abuse prevention trial in a white middle-class population*. JAMA, 1995. 273(14): p. 1106-12.
2. Eisen, M., G.L. Zellman, and D.M. Murray, *Evaluating the Lions-Quest "Skills for Adolescence" drug education program. Second-year behavior outcomes*. Addict Behav, 2003. 28(5): p. 883-97.
3. Fortin, J., *Mieux vivre ensemble dès l'école maternelle*. 2001, Paris: Hachette. 144.
4. Williamson, M.-O. and P. Lamour, *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: p. 42-45.
5. Arwidson, P., *Le développement des compétences psychosociales*, in *Apprendre la santé à l'école*, B. Sandrin Berthon, Editor. 1997, ESF éditions: Paris. p. 73-83.
6. Ministère de l'Éducation nationale, *Orientations pour l'éducation à la santé à l'école et au collège. Circulaire no 98-237 du 24 novembre 1998*. Bulletin officiel de l'éducation nationale, 45, 3 décembre 1998.
7. Expertise collective Inserm, *Education pour la santé des jeunes. Démarches et méthodes*. 2001, Paris: Les éditions Inserm. 247.
8. Expertise opérationnelle, *Santé des enfants et des adolescents. Propositions pour la préserver*. 2003, Paris: Les éditions Inserm. 187.
9. Expertise collective, *Trouble des conduites chez l'enfant et l'adolescent*. 2005, Paris: Editions Inserm. 428.
10. Ministère de l'Éducation nationale, *Socle de connaissances et de compétences*. Bulletin officiel de l'éducation nationale, 29, 20 juillet 2006.
11. Arwidson, P., *Développer en France une prévention à l'efficacité prouvée*. Actualité et Dossier en Santé publique, 2013. 83: p. 32-34.
12. Lamboy, B., *Synthèses de connaissances sur les interventions de prévention auprès des jeunes : enjeux et méthodes*. Santé publique, 2013. 25 suppl 1: p. 9-11.
13. Lamboy, B., et al., *Développer les compétences psychosociales chez les enfants et les jeunes (dossier)*. La Santé en Action, 2015. 431: p. 10-38.
14. OMS, World Health Organisation (WHO), *Ottawa Charter for Health Promotion: First International Conference on Health Promotion Ottawa, 21 November 1986*.
15. Wigelsworth, M., et al., *Primary Social and Emotional Learning: Evidence review*. 2019, Education Endowment Foundation: London.
16. UNESCO, et al., *International technical guidance on sexuality education. An evidence-informed approach*. 2018, Paris: UNESCO.
17. United Nations Office on Drug and Crime, *Compilation of Evidence-Based Family Skills Training Programmes*. 2010, Vienna: UNODC.
18. The World Bank, *Step by step. Social and Emotional Learning program. Teachers guide*. 2016: Lima (Peru).
19. OCDE (OECD), *Beyond Academic Learning: First Results from the Survey of Social and Emotional Skills*. 2021, Paris: OECD Publishing.
20. OMS (WHO), *Life skills education for children and adolescents in schools, 2nd rev.* 1994, World Health Organization: Genève.
21. OMS (WHO), *Skills for health*. 2003, World Health Organization: Genève.
22. Kankaras, M. and J. Suarez-Alvarez, *Assessment framework of the OECD study on social and emotional skills*. 2019, OECD.
23. Algan, Y., É. Huillery, and C. Prost, *Confiance, coopération et autonomie : pour une école du xxi^e siècle*. Notes du conseil d'analyse économique, 2018. 48(3): p. 1-12.
24. Cinque, M., S. Carretero, and J. Napierala, *Non-cognitive skills and other related concepts : towards a better understanding of similarities and differences*. 2021, European Commission,: Seville.
25. Manach, M., C. Archieri, and J. Guérin, *Définir et repérer la dimension sociale de la compétence*. Education Permanente, 2019. 2018: p. 31-41.

26. Schoon, I., *Towards an Integrative Taxonomy of Social-Emotional Competences*. Front Psychol, 2021. 12: p. 1-9. doi.org/10.3389/fpsyg.2021.515313
27. Domitrovich, C.E., et al., *Social-emotional competence: An essential factor for promoting positive adjustment and reducing risk in school children*. Child Development, 2017. 88(2): p. 408-416.
28. Mangrulkar, L., C. Vince Whitman, and M. Posner, *Life skills approach to child and adolescent healthy human development*. 2001, Pan American Health Organization: Washington.
29. Lamboy, B. and J. Guillemont, *Développer les compétences psychosociales des enfants et des parents : pourquoi et comment ?* Devenir, 2014. 26(4): p. 307-325.
30. CASEL, *CASEL'S SEL framework : what are the core competences areas and where are they promoted ?* 2020, CASEL.
31. O'Conner, R., et al., *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)*. 2017, Regional Educational Laboratory Mid-Atlantic: Washington.
32. OMS (WHO), *Preventing violence by developing life skills in children and adolescents*. 2009, World Health Organization.
33. OCDE (OECD), *OECD survey on social and emotional skills. Technical report*. 249 p. 2021.
34. Lamboy, B., *Les compétences psychosociales*. 102 p. 2021, Grenoble: UGA PUG.
35. Akbar, B., J. French, and A. Lawson, *Critical review on social marketing planning approaches*. Social Business, 2019.
36. Mejía, J., et al., *Step by Step : Teacher's Guide – Eleventh Grade (English). Social and Emotional Learning Program*, W.B. Group, Editor. 2018, World Bank Group: Washington.
37. UNICEF, *Comprehensive life skills framework*. 2019, UNICEF: New Delhi.
38. Lawson, G.M., et al., *The Core Components of Evidence-Based Social Emotional Learning Programs*. Prev Sci, 2019. 20(4): p. 457-467.
39. Payton, J.W., et al., *Social and emotional learning: a framework for promoting mental health and reducing risk behavior in children and youth*. J Sch Health, 2000. 70(5): p. 179-85.
40. Catalano, R.F., et al., *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).
41. Thomas, R.E., J. McLellan, and R. Perera, *School-based programmes for preventing smoking*. Cochrane Database Syst Rev, 2013. 4: p. CD001293.
42. Thomas, R.E., J. McLellan, and R. Perera, *Effectiveness of school-based smoking prevention curricula: systematic review and meta-analysis*. BMJ Open, 2015. 5(3): p. e006976.
43. Foxcroft, D.R. and A. Tsertsvadze, *Universal alcohol misuse prevention programmes for children and adolescents: Cochrane systematic reviews*. Perspect Public Health, 2012. 132(3): p. 128-34.
44. Foxcroft, D.R. and A. Tsertsvadze, *Universal family-based prevention programs for alcohol misuse in young people*. Cochrane Database Syst Rev, 2011(9): p. CD009308.
45. Faggiano, F., et al., *The effectiveness of a school-based substance abuse prevention program: EU-Dap cluster randomised controlled trial*. Prev Med, 2008. 47(5): p. 537-43.
46. Faggiano, F., et al., *The effectiveness of a school-based substance abuse prevention program: 18-month follow-up of the EU-Dap cluster randomized controlled trial*. Drug Alcohol Depend, 2010. 108(1-2): p. 56-64.
47. Botvin, G.J., K.W. Griffin, and T.D. Nichols, *Preventing youth violence and delinquency through a universal school-based prevention approach*. Prev Sci, 2006. 7(4): p. 403-8.
48. Hahn, R., et al., *Effectiveness of universal school-based programs to prevent violent and aggressive behavior: a systematic review*. Am J Prev Med, 2007. 33(2 Suppl): p. S114-29.
49. Hawkins, J.D., et al., *Youth problem behaviors 8 years after implementing the communities that care prevention system: a community-randomized trial*. JAMA Pediatr, 2014. 168(2): p. 122-9.
50. Wilcox, H.C., et al., *The impact of two universal randomized first- and second-grade classroom interventions on young adult suicide ideation and attempts*. Drug Alcohol Depend, 2008. 95 Suppl 1: p. S60-73.
51. Kirby, D.B., B.A. Laris, and L.A. Rolleri, *Sex and HIV education programs: their impact on sexual behaviors of young people throughout the world* J Adolesc Health, 2007. 40(3): p. 206-17.

52. Kirby, D., et al., *School-based programs to reduce sexual risk behaviors: a review of effectiveness*. Public Health Rep, 1994. 109(3): p. 339-60.
53. O'Connor, C.A., et al., *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): p. e412-e426.
54. Brackett, M.A., et al., *Enhancing academic performance and social and emotional competence with the RULER feeling words curriculum*. Learning and Individual Differences, 2012. 22(2): p. 218-224.
55. Durlak, J.A., et al., *Handbook of social and emotional learning: Research and practice (1st ed.)*. 2015, New York: Guilford Press.
56. Weare, K. and M. Nind, *Mental health promotion and problem prevention in schools: what does the evidence say?* Health Promot Int, 2011. 26 Suppl 1: p. i29-69.
57. Eisenberg, N., T.L. Spinrad, and N.D. Eggum, *Emotion-related self-regulation and its relation to children's maladjustment*. Annu Rev Clin Psychol, 2010. 6: p. 495-525.
58. Moffitt, T.E., et al., *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): p. 2693-2698.
59. Pokhrel, P., et al., *Adolescent neurocognitive development, self-regulation, and school-based drug use prevention*. Prevention Science, 2013. 14(3): p. 218-228.
60. McClelland, E., A. Pitt, and J. Stein, *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): p. 83-100.
61. Mohammadiarya, A., et al., *The Effect of Training Self-Awareness and Anger Management on Aggression Level in Iranian Middle School Students*. Procedia - Social and Behavioral Sciences, 2012. 46: p. 987-991.
62. Allemand, M., A.E. Steiger, and H.A. Fend, *Empathy development in adolescence predicts social competencies in adulthood*. J Pers, 2015. 83(2): p. 229-41.
63. Trentacosta, C.J. and S.E. Fine, *Emotion knowledge, social competence, and behavior problems in childhood and adolescence: A meta-analytic review*. Social Development, 2010. 19(1): p. 1-29.
64. Mahoney, J.L., J.A. Durlak, and R.P. Weissberg, *An update on social and emotional learning outcome research*. Phi Delta Kappan, 2018. 100(4): p. 18-23.
65. Catalano, R.F., et al., *Prevention science and positive youth development: competitive or cooperative frameworks?* J Adolesc Health, 2002. 31(6 Suppl): p. 230-9.
66. Du Roscoat, E., J. Clement, and B. Lamboy, *[Evidence-based and promising interventions to prevent drug use among youth: a literature review]*. Sante publique, 2013. 25 Suppl 1: p. 47-56.
67. Gay, B. and M.-D. Beaulieu, *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): p. 171-183.
68. Smith, B.J., K.C. Tang, and D. Nutbeam, *WHO Health Promotion Glossary: new terms*. Health Promot Int, 2006. 21(4): p. 340-5.
69. Jané-Llopis, E., et al., *Mental health promotion works: a review*. Promot Educ, 2005. Suppl 2: p. 9-25, 61, 67.
70. Yoder, N. and D. Gurke, *Social and Emotional Learning-Coaching Toolkit-Keeping SEL at the center*. 2017, American Institutes for Research: Washington.
71. Meyers, D.C., et al., *Supporting systemic social and emotional learning with a schoolwide implementation model*. Eval Program Plann, 2019. 73: p. 53-61.
72. Durlak, J.A., et al., *The impact of enhancing students' social and emotional learning: a meta-analysis of school-based universal interventions*. Child Dev, 2011. 82(1): p. 405-32.
73. Webster-Stratton, C. and T. Taylor, *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): p. 165-192.
74. Lamboy, B., et al., *[Evidence-based interventions in youth mental health prevention and promotion]*. Sante publique, 2011. 23 Suppl 6: p. S113-25.
75. CASEL, *Effective Social and Emotional Learning Programs (Pre-School and Elementary School Edition)*. CASEL guide. 2013, CASEL.

Citation suggérée : Les compétences psychosociales : un référentiel pour un déploiement auprès des enfants et des jeunes. Synthèse de l'état des connaissances scientifiques et théoriques réalisé en 2021. Saint-Maurice : Santé publique France, 2022. 37 p. Disponible à partir de l'URL : www.santepubliquefrance.fr

ISSN : 2609-3286 / ISBN-NET 979-10-289-0770-9 / RÉALISÉ PAR LA DIRECTION DE LA COMMUNICATION,
SANTÉ PUBLIQUE FRANCE / DÉPÔT LÉGAL : FÉVRIER 2022