



# Les ateliers CPS-Enfants Mindful ©

**6 - 11 ans**

pour développer des interventions CPS fondées sur les données probantes



# Manuel d'implantation

*Sous la direction de Béatrice Lamboy, PhD*

## Les auteurs

**Béatrice Lamboy, *PhD***, Docteur en psychologie, conseiller scientifique, chercheur associé et chargée d'enseignement à l'université en prévention et promotion de la santé.

**Juliette Guillemont**, Ingénieur Ecole Polytechnique / AgroParisTech, chef de projet à l'Inserm

**Elisabeth Luis**, Psychologue, intervenante en prévention.

**Marie-Odile Williamson**, Infirmière, responsable et formatrice en prévention et promotion de la santé.

## Avec la collaboration de :

**Juliette Clément**, Docteur en psychologie, consultante freelance.

## Tables des matières

<b>Partie I. Etat des connaissances scientifiques<sup>1</sup></b> .....	<b>p6</b>
I.1 Les compétences psychosociales (CPS).....	p7
I.2 Les programmes CPS validés.....	p12
I.3 L'importance de l'implantation.....	p17
<b>Partie II. Présentation du projet CPS-Enfants Mindful</b> .....	<b>p23</b>
II.1 Contexte du projet.....	p23
II.2 Objectifs du projet.....	p24
II.3 Présentation des supports du projet.....	p25
<b>Partie III. Concevoir des ateliers CPS-Enfants Mindful</b> .....	<b>p28</b>
III.1 Présentation des fiches CPS (6-11 ans) pour les intervenants.....	p28
III.2 Concevoir un cycle d'ateliers CPS.....	p30
III.3 Concevoir un atelier CPS en 5 temps.....	p31
<b>Partie IV. Animer des ateliers CPS-Enfants Mindful</b> .....	<b>p33</b>
IV.1 Posture générale de l'intervenant.....	p33
IV.2 Principes généraux sur l'animation de groupes enfants.....	p34
IV.3 Principes spécifiques pour l'animation de groupe CPS.....	p42
<b>Partie V. Implanter une intervention CPS-Enfants Mindful</b> .....	<b>p45</b>
V.1 Construire le cadre de l'intervention CPS.....	p45
V.2 Réaliser une implantation CPS de qualité.....	p47
<b>Références bibliographiques</b> .....	<b>p49</b>
<b>Annexes</b> .....	<b>p54</b>

<sup>1</sup> Extraits des articles : Lamboy B, Guillemont J. Développer les compétences psychosociales des enfants et des parents. Pourquoi et comment ? Revue Devenir, 2014, 26, 307-325.

Lamboy B. Implanter des interventions fondées sur les données probantes pour développer les compétences psychosociales des enfants et des parents. *Article accepté par la Revue Devenir*

## Préambule

Au même titre que la santé, la réussite éducative représente un « potentiel » qui peut s'actualiser seulement si certaines conditions favorables sont réunies. Promouvoir la santé, le bien-être et la réussite éducative nécessite donc de bien connaître leurs déterminants, de savoir comment agir sur ces derniers et d'intervenir le plus précocement possible, avant que les problèmes n'apparaissent.

Au regard des connaissances scientifiques accumulées ces dernières années, les compétences psychosociales (CPS) représentent un des facteurs clés pour favoriser le développement de l'enfant, sa santé, son bien-être et sa réussite, à court et long termes.

Les interventions visant à développer les CPS sont actuellement en plein essor. En effet, de nombreux programmes, ont démontré qu'il était possible d'agir efficacement sur ce déterminant pour prévenir les comportements à risque et éviter à termes, différentes pathologies et divers problématiques éducatives et sociales.

Certains professionnels français, en particulier les acteurs du champ de l'éducation pour la santé, s'intéressent à ce facteur de protection depuis de nombreuses années. Mais plus récemment, l'engouement pour les ressources et les dimensions positives de la personne dans le champ de l'éducation, de la parentalité et de la psychologie a porté les CPS sur le devant de la scène.

Devenue une stratégie d'intervention incontournable dans le champ sanitaire et socio-éducatif, les interventions CPS posent maintenant question en termes d'implantation. Ainsi, de nombreux professionnels francophones s'interrogent sur l'accessibilité, la mise en œuvre et les modalités pratiques de telles interventions, encore perçues comme des innovations.

Ce support d'intervention composé d'un manuel d'implantation (théorique et pratique) et de fiches pratiques CPS vise à faciliter la mise en œuvre d'interventions CPS fondées sur les données probantes. Il présente aux professionnels francophones les principaux savoirs et savoir-faire contenus dans les programmes validés afin qu'ils soient en mesure de mettre en œuvre des « Ateliers CPS-Enfants Mindful »© fondés et intégrés à leurs pratiques.

Ce travail est le fruit de plus de dix ans d'analyse, d'échanges et d'intégration des différentes pratiques et connaissances dans ce domaine. Porté par une démarche intégrative fondée sur les données

probantes, il s'est construit à partir de la rencontre et de l'enrichissement mutuel entre les connaissances scientifiques, les interventions validées et les pratiques des professionnels français et étrangers.

Avec la volonté de faire partager ces nouvelles modalités d'intervention et d'enrichir le champ des possibles, pour les professionnels comme pour les enfants, ce projet s'inscrit dans une démarche de transfert de connaissances et de pratiques.

Construit grâce au partage d'expériences très constructif entre scientifiques et intervenants, de formations, de parcours et d'écoles de pensée fort variés, ce support d'intervention cherche à répondre au mieux aux attentes des professionnels et aux enjeux éducatifs actuels.

## Partie I. Etat des connaissances scientifiques

La notion de compétence(s) psychosociale(s) a été introduite par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) au début des années 90 dans un document qui soulignait l'importance de promouvoir cette capacité afin de favoriser la santé globale positive (physique, psychique et sociale) (OMS, 1997). Reconnues aujourd'hui comme un déterminant majeur de la santé et du bien-être, les CPS se situent à la jonction entre le champ de la promotion de la santé, celui de la prévention des problèmes de santé physique et celui de la prévention des problèmes de santé mentale. En effet, le développement de compétences individuelles représente une des principales stratégies d'action de la promotion de la santé. Définie par la Charte d'Ottawa comme « le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci » (OMS, 1986), la promotion de la santé présente, dès ses origines, « le développement individuel et social (...) en perfectionnant les aptitudes indispensables à la vie (ou *life skills*) » comme un des 5 axes d'intervention, complémentaire à l'élaboration de politiques publiques saines, la création de milieux favorables à la santé, le renforcement de l'action communautaire favorisant la santé et la réorientation des services de santé.

De nombreux travaux de recherche réalisés ces 30 dernières années ont pu démontrer empiriquement l'importance des CPS dans le développement de l'enfant et de son bien-être dès le plus jeune âge. Les propres CPS des parents, via certaines modalités de régulation émotionnelle et relationnelle, jouent un rôle capital ; elles peuvent, dès les premières années de vie, favoriser le développement des compétences de l'enfant et son épanouissement. Ainsi, les CPS des enfants et des parents représentent un déterminant générique et majeur de la santé et du bien-être sur lequel il est possible d'agir dès le plus jeune âge de l'enfant. Les interventions visant le développement des CPS ont ainsi pu démontrer leur efficacité pour prévenir les problèmes de santé mentale, la consommation de substances psychoactives (drogues illicites, tabac, alcool), les comportements violents et les comportements sexuels à risque (Barry et al., 2009 ; Du Roscoät et al., 2013 ; Foxcroft et Tsertsvadz., 2011 ; Guillemont et al., 2013 ; INSERM, 2005 ; INSPQ, 2008 ; Kersaudy-Rahib et al., 2013 ; Lamboy et al., 2011 ; Mangrulkar et al., 2001 ; OMS, 2004 ; UNODC, 2010 ; Wilquin et al., 2013). Ces interventions psycho-éducatives qui visent prioritairement les enfants et les parents peuvent prendre différentes formes et s'adresser aux familles dès la naissance du premier enfant.

## I.1 Les compétences psychosociales

### ▪ Définition

Dans son premier travail fondateur sur les CPS et l'éducation pour la santé réalisé en 1993, l'OMS (1997) fait référence à une compétence psychosociale générale définie comme « la capacité d'une personne à répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne. C'est la capacité d'une personne à maintenir un état de bien-être subjectif qui lui permet d'adopter un comportement approprié et positif à l'occasion d'interactions avec les autres, sa culture et son environnement. La compétence psychosociale joue un rôle important dans la promotion de la santé dans son acception large renvoyant au bien-être physique, psychique et social » (1997). L'épanouissement de cette capacité globale de la personne de nature psychosociale, « *psychosocial competence* » (OMS, 1997) s'appuie sur le développement d'une diversité de compétences individuelles indispensables à la vie (« *life skills* »). Ces diverses compétences, également nommées habiletés ou aptitudes psychosociales, qui sont nécessaires au développement de la compétence psychosociale de la personne, sont présentées, dans ce premier document de l'OMS, sous forme de 5 binômes :

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

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

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

- les compétences de plaider (« *advocacy* ») qui s'appuient sur les compétences de persuasion et d'influence.
  - *les compétences cognitives* qui regroupent :
    - les compétences de prise de décision et de résolution de problème ;
    - la pensée critique et l'auto-évaluation qui impliquent de pouvoir analyser l'influence des médias et des pairs, d'avoir conscience des valeurs, attitudes, normes, croyances et facteurs qui nous affectent, de pouvoir identifier les (sources d') informations pertinentes.
  - *les compétences émotionnelles (ou d'auto-régulation)* qui regroupent :
    - les compétences de régulation émotionnelle : gestion de la colère et de l'anxiété, capacité à faire face à la perte, à l'abus et aux traumatismes ;
    - les compétences de gestion du stress qui impliquent la gestion du temps, la pensée positive et la maîtrise des techniques de relaxation ;
    - les compétences favorisant la confiance et l'estime de soi, l'auto-évaluation et l'auto-régulation.
- **Les CPS comme déterminant majeur de la santé, du bien-être et de la réussite éducative**

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



- **Les compétences psychosociales individuelles**

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

Un grand nombre de ces compétences psychosociales relève de facteurs individuels de protection favorisant la santé et le bien-être. Ainsi, parmi les facteurs individuels émotionnels, la capacité de régulation des émotions et du stress et les habiletés d'autocontrôle sont considérées comme des facteurs génériques protecteurs en matière de santé mentale et vis-à-vis de la consommation de substance psychoactives (INSERM, 2002 ; INSPQ, 2008 ; NIDA, 2003 ; OMS, 2004). Les capacités d'adaptation (coping), les comportements prosociaux, la capacité à gérer les conflits et à résister à la pression des pairs sont largement reconnus comme des facteurs individuels sociaux de protection alors que le manque d'habileté relationnelle et sociale et les comportements agressifs sont fortement associés aux problèmes de santé mentale et de consommation de substances psychoactives . Au niveau des compétences individuelles génériques de nature cognitive, on trouve particulièrement, les problèmes d'attention associés aux problèmes de santé mentale et l'adhésion aux normes sociales positives comme facteur de protection de la consommation de substance psychoactive. Même s'il est important de pouvoir spécifier chaque compétence psychosociale et de pouvoir la classer en fonction de sa nature (émotionnelle, cognitive ou sociale), il est aussi essentiel de se rappeler que toutes ces compétences psychosociales sont interreliées et qu'il n'existe pas une relation unilatérale et linéaire entre une compétence psychosociale donnée et un problème spécifique. Ainsi, ce *pattern* de déterminants psychosociaux interreliés explique aussi pourquoi les problèmes de santé mentale, les problèmes sociaux et les comportements à risque à l'adolescence apparaissent aussi interreliés et concomitants (Mangrulkar et al., 2001).

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

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

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

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

A contrario, les pratiques parentales positives favorisent les interactions de qualité ; elles permettent d'établir une relation positive entre le parent et l'enfant et sont source de bien-être et de santé physique et psychique. Ces pratiques parentales positives s'appuient en grande partie sur des CPS et la mise en œuvre d'une discipline positive.

Ainsi, l'accordage affectif et la chaleur (Teti et al., 1991), l'empathie et la capacité à répondre adéquatement aux besoins fondamentaux (Stifter et Bono, 1998) la communication positive, les instructions maternelles de qualité, la mise en œuvre de règles et de limites constructives (Supplee et al., 2004 ; UNODC, 2010), la supervision, le partage d'activités et une discipline positive (Gardner , 2003 ; UNODC, 2010) ont été identifiés comme des facteurs de protection des troubles de

comportements et de l'abus de substances chez les enfants et les adolescents (Hutchings, 2005 ; Pettit et al., 1989 ; UNODC, 2010]. Ces compétences psychosociales des parents augmentent le sentiment d'efficacité parental, génèrent davantage d'affects positifs dans la relation parent-enfant et permettent de construire des liens d'attachement sécurisants et soutenant.

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

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

Au regard des liens établis entre les CPS et le développement de l'enfant, son bien-être et sa santé physique et psychique, de nombreuses interventions ont été élaborées ces 40 dernières années afin de favoriser le développement de ces compétences sociales, cognitives et émotionnelles. Ainsi « les programmes de développement des CPS conçus pour prévenir des problèmes spécifiques de comportement (par exemple, les comportements sexuels à risque, le rejet social) ou promouvoir des comportements positifs spécifiques (par exemple : les relations saines avec les pairs, l'adaptation positive à l'école) ne s'attaquent pas directement aux comportements visés. Au contraire, ils permettent le développement des compétences et aptitudes qui ont été démontrées comme étant les médiateurs des comportements visés » (Stewart-Brown, 2008).

## I.2 Les programmes CPS validés

### ▪ Définition et effets sur la santé des programmes CPS validés

Les ateliers de développement des CPS sont des interventions de nature psycho-éducative en groupe qui permettent aux enfants et/ou aux parents d'explorer et d'accroître leurs propres compétences sociales, cognitives et émotionnelles. Dénommé « *program* » en langue anglaise, ce type d'intervention correspond en pratique à un cycle d'ateliers expérientiels. Ces derniers sont généralement hebdomadaires, d'une durée d'une ou deux heures et proposés aux enfants et/ou aux parents pendant plusieurs semaines (une dizaine au minimum). Ces ateliers qui sont relativement structurés proposent d'approfondir une CPS (ou une sous-CPS) par session à travers des échanges, un partage d'expériences, des mises en situation, des jeux de rôles et des exercices pratiques à réaliser au quotidien. Des supports peuvent être donnés aux participants afin de faciliter la compréhension et le développement de ces compétences psychosociales.

Un grand nombre de programmes visant à développer les compétences psychosociales ont montré des résultats positifs dans divers domaines tels que les problèmes de santé mentale, la consommation de substances psychoactives (alcool, tabac, drogues), la santé sexuelle, les conduites à risque, la réussite éducative (Barry et al., 2009 ; Du Roscoät et al., 2013 ; Foxcroft et Tsertsvadz., 2011 ; Guillemont et al., 2013 ; INSERM, 2005 ; INSPQ, 2008 ; Kersaudy-Rahib et al., 2013 ; Lamboy et al., 2011 ; Mangrulkar et al., 2001 ; OMS, 2004 ; UNODC, 2010 ; Wilquin et al., 2013).

Ainsi, dans le champ de la santé mentale, il a été démontré que les ateliers de développement des compétences sociales, cognitives et émotionnelles des enfants et/ou des parents permettaient de prévenir les troubles affectifs et de réduire les problèmes de comportements. Au niveau de la consommation de substances, ce type d'intervention permet de retarder et de réduire la consommation de tabac, de prévenir la consommation de cannabis et de drogues illicites, de réduire la consommation d'alcool et de prévenir les ivresses et le *binge drinking*. Ces interventions ont aussi un impact dans le domaine de la santé sexuelle ; ils permettent d'augmenter l'utilisation efficace du préservatif et de réduire les grossesses précoces et les comportements sexuels à risque.

En adéquation avec les données de littérature sur les déterminants de ces problèmes de santé, les programmes de développement des CPS permettent d'impacter un certain nombre de facteurs intermédiaires : diminution du niveau d'anxiété et de dépression des parents, diminution des pratiques

parentales problématiques (discipline coercitive, relations conflictuelles etc.) (Kaminski et Valle, 2008 ; Sanders et Wooley, 2005) augmentation du niveau d'estime de soi des parents (Barlow et al., 2010) et du sentiment d'efficacité parentale, amélioration des relations parent-enfant et des résultats scolaires (Hawkins et al., 1992)

- **Caractéristiques des ateliers de développement des compétences psychosociales validés**

Les ateliers de développement des compétences psychosociales ayant démontré des effets significatifs sur la santé et le bien-être présentent plusieurs caractéristiques spécifiques (Domitrovich et Welsh, 2000 ; Greenberg et al., 2001 ; Lemarquand et al., 2001 ; DHHS, 2001 ; Webster-Stratton et Taylor, 2001):

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

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

- ***Une pédagogie participative et expérientielle***

Les ateliers dont l'efficacité a été prouvée cherchent à reproduire les conditions naturelles d'apprentissage et de développement des 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. Les ateliers de développement des CPS se caractérisent ainsi par l'importance accordée à la dimension expérientielle. Si certaines informations sont communiquées et certaines orientations proposées au cours de l'intervention, c'est essentiellement en s'appuyant sur l'expérience vécue des personnes que se construisent les ateliers.

De ce fait, les programmes validés accordent une place primordiale à l'observation et l'analyse de situation, aux jeux de rôle, aux exercices pratiques, à l'éducation par les pairs.

- ***Des intervenants engagés qui ont une fonction de modèle***

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

- ***Des ateliers structurés qui s'inscrivent dans la durée***

Même s'il existe une certaine variabilité dans la forme que peuvent prendre les ateliers CPS, chaque séance de groupe dure environ 1 à 2 heures. Afin de maintenir les bénéfices sur la durée, il est important que le temps d'intervention soit suffisamment important ; plus de 20 heures par an pour les enfants et les parents selon Webster-Stratton et Taylor (2001). Chaque séance porte généralement sur une CPS (ou une sous CPS) et vise généralement à l'expérimenter selon diverses modalités pédagogiques. Durant les ateliers, l'intervenant s'appuie sur un guide d'intervention qui précise le contenu et la structure de chacune des séances.

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

Durant les ateliers de développement des compétences psychosociales, l'accent est mis sur les ressources des personnes tant celles de la personne présente à l'atelier que celles de l'environnement dans lequel elle évolue. C'est en ayant conscience du potentiel de la personne et en ayant confiance dans sa capacité de croissance que ces ateliers sont proposés. Le processus d'empowerment est placé au cœur des ateliers. « En enseignant aux jeunes *comment* penser plutôt que *quoi* penser, en leur fournissant les outils pour résoudre les problèmes, prendre des décisions et réguler leurs émotions, et en leur permettant de s'engager dans une démarche participative, le développement des compétences

psychosociales peut devenir un moyen d'*empowerment* »( Mangrulkar et al., 2001). Ainsi, par l'échange et la pratique de nouvelles habiletés relationnelles, la confiance en soi, le sentiment d'efficacité, la capacité d'agir et la résilience des personnes sont favorisés.

#### ▪ Les types de programmes CPS pour les enfants

Les ateliers CPS à destination des enfants figurent parmi les stratégies de prévention et de promotion de la santé les plus anciennes et les plus reconnues. Ces ateliers ont majoritairement lieu en milieu scolaire et s'adressent généralement aux enfants âgés de 3 à 15 ans. Même si globalement, les différents programmes qui ont été validés présentent un grand nombre de caractéristiques communes (voir ci-dessus), le format et le contenu des interventions peuvent relativement varier afin de répondre au mieux au contexte, aux publics ciblés et aux objectifs de santé visés. « Tandis que le contexte local détermine les compétences et les contenus visés, les trois éléments clés d'un programme de développement des compétences psychosociales sont : le développement de compétences, des informations/des contenus portant sur des questions d'ordre développemental, sanitaire et social, et des méthodes interactives pour enseigner et apprendre » (Mangrulkar, 2001).

Ainsi, au-delà d'un socle de CPS commun à tous les programmes, certaines interventions, en fonction du problème de santé visé, accordent une place prépondérante à certaines CPS, ces dernières ayant été identifiées comme des déterminants majeurs du problème en question. Par exemple, dans le champ de la prévention des consommations de substances psychoactives, les compétences sociales de refus, de négociation, d'affirmation, les compétences sociocognitives de résolution de problème et la maîtrise des techniques de relaxation représentent des ingrédients essentiels de l'intervention comme dans le célèbre programme validé *Life Skills Training (LST)* (Botvin, 1998). Dans le domaine des comportements sexuels à risque, les programmes tels que *Teen Talk* et *Reducing the Risk*, combinent un apport d'information sur la santé sexuelle avec le développement de compétences sociales telles que la capacité de refus, d'affirmation et de négociation et la compétence sociocognitive de résolution de problème (Kersaudy-Rahib et al., 2013). Les interventions visant les problèmes de comportements telles que le *Montreal Prevention Program* accordent une place cruciale aux compétences sociales d'empathie, d'expression des émotions et de négociation et aux compétences de régulation des émotions (de la colère en particulier) (Lamboy et al., 2011)

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

#### ▪ Les types de programmes pour les parents

Les ateliers de développement des CPS des parents sont des interventions éducatives collectives qui aident les parents à accompagner le développement émotionnel et comportemental de leur enfant et visent à améliorer le fonctionnement familial et la relation parent-enfant en favorisant le développement de certaines CPS des parents (Petrie et al., 2007). Parmi les interventions validées développant les CPS des parents on peut distinguer 3 grands types d'intervention (Hutchings et al., 2004) :

- **Les interventions précoces sous forme de visites à domicile** : il ne s'agit pas, à proprement parler, d'ateliers de groupe puisque dans ce type d'intervention un professionnel se rend au domicile de la famille afin de proposer un soutien, de l'éducation à la santé et des mises en situation visant le développement des compétences des enfants et des parents (dont les compétences psychosociales). Ces interventions s'adressent aux familles d'enfants en bas âge (de la grossesse à 3 ans environ) et s'adressent généralement à des populations vulnérables (mères jeunes, parents issus de milieux socio-économiques défavorisés etc). Le programme de visites à domicile le plus célèbre est le *Nurse-Family Partnership* conçu par David Olds à la fin des années 1970 (Olds et al., 1997). Ce programme a récemment été adapté et expérimenté en France sous le nom de CAPEDP puis de PANJO. Ce dernier est actuellement en cours d'expérimentation dans plusieurs régions françaises.



- **Les interventions centrées quasi-exclusivement sur le développement des CPS des parents** : elles peuvent concerner tout type de population (prévention universelle, sélective ou indiquée<sup>2</sup>) et s'adresser à des parents quel que soit l'âge de leur enfant (de 1 à 18 ans). Un des programmes validés les plus célèbres est le *Triple P-Positive Parenting Program*, développé en Australie à la fin des années 1970 par Matthew Sanders (Sanders et Wooley, 2005). En France, quelques professionnels mettent en œuvre ces programmes validés ou des interventions qui s'apparentent à celles-ci : les ateliers Gordon, les ateliers des parents de Faber et Mazlish, les ateliers de la Discipline Positive.
  
- **Les interventions visant le développement des compétences psychosociales des familles** : ces programmes comportent souvent trois modules : un module qui vise à développer les CPS des parents, un module qui porte sur les CPS des enfants et un module qui travaille plus particulièrement les interactions parent-enfant. Ce type de programme, particulièrement prometteur, est encore peu généralisé. Parmi les programmes familiaux validés les plus connus et les plus diffusés, on peut citer le *Strenghtening Families Program (SFP)* développé aux Etats-Unis par Karol Kumpfer (UNODC, 2010). Le programme SFP est actuellement en cours d'expérimentation dans plusieurs régions françaises sous le nom de PSFP (Programme de Soutien aux Familles et à la Parentalité).

### I.3 L'importance de l'implantation

- **Les facteurs d'implantation et les facteurs associés à l'efficacité des interventions CPS**

En agissant sur un déterminant majeur du développement, du bien-être, de la santé et de la réussite éducative, les programmes CPS se situent à la croisée de plusieurs domaines d'intervention tels que l'éducation, la psychologie, la prévention et la promotion de la santé (mentale). Les interventions CPS représentent ainsi une stratégie essentielle pour prévenir les principaux problèmes de santé et

---

<sup>2</sup> Tandis que la prévention universelle vise la population dans son ensemble, les interventions de prévention sélective s'adressent à des personnes considérées comme à risque du fait de facteurs environnementaux, sociaux ou familiaux ; la prévention indiquée concerne, quant à elle, des personnes présentant des facteurs de risque individuels ou/et manifestant des premiers symptômes.

promouvoir le bien-être des enfants et des jeunes (Lamboy et al., 2011 ; Du Roscoât et al., 2013 ; Kersaudy-Rahib et al., 2013 ; Guillemont et al., 2013 ; Wilquin et al., 2013).

Cependant, des travaux récents montrent que l'utilisation d'un programme CPS validé représente une condition nécessaire mais pas suffisante pour garantir l'efficacité d'une intervention CPS (Jones et al., 2012 ; CASEL, 2013 ; Wanless et al., 2015). Les effets observés dépendent en grande partie de la qualité de l'implantation. Cette dernière peut se définir selon 3 dimensions (Moore et al., 2013 ; Wanless et al., 2015 ; Rotheram-Borus et al., 2014) :

- la fidélité (ou dosage): le niveau de conformité au contenu et au format des activités du programme (ou l'adéquation avec les livrets et manuels d'intervention)
- la qualité : la manière dont les intervenants réalisent les interventions
- l'adhésion et la réceptivité des participants.

Les effets des programmes CPS validés semblent ainsi dépendants de plusieurs facteurs liés à la qualité de l'implantation tels que la formation et l'accompagnement des intervenants (formation initiale, coaching, supervision, soutien...) afin qu'il soit en capacité de mettre en œuvre le programme et d'incarner les CPS (*modeling*). 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, la planification, le monitoring et l'évaluation de l'intervention CPS représentent aussi des facteurs essentiels (CASEL, 2013 ; Reyes et al., 2012) .

L'impact des programmes CPS validés à destination des enfants varie aussi en fonction de la possibilité qu'a l'enfant d'expérimenter les CPS dans son environnement immédiat, au-delà des ateliers formels. Les pratiques informelles répétées des CPS que ce soit à l'école, à la maison ou dans la communauté semblent jouer un rôle important ; tout comme le fait que l'enfant soit en contact avec des adultes « modèles » incarnant les CPS. Les pratiques éducatives au quotidien ainsi que l'environnement scolaire peuvent aussi être considérés comme des facteurs impactant largement l'efficacité des interventions CPS. L'absence de dissonance entre ce qui est expérimenté lors des ateliers et les pratiques courantes apparaît comme nécessaire. Ainsi les pédagogies actives, la discipline positive, la coopération, la médiation, la résolution des problèmes, la prévention du harcèlement scolaire jouent un rôle considérable sur les effets des programmes CPS (CASEL, 2013).

Comme le rappelle l'organisme américain en charge de déployer les programmes CPS dans le domaine de l'éducation, le CASEL<sup>3</sup>, même s'il est nécessaire de s'appuyer sur un programme validé pour

---

<sup>3</sup> CASEL : Collaborative for Academic, Social and Emotional Learning (<http://www.casel.org/>)

développer une intervention CPS, la sélection d'un programme efficace n'est pas une condition suffisante pour garantir l'efficacité de l'intervention. En effet, cette dernière est largement dépendante de la qualité de l'implantation et de la capacité à impacter les facteurs associés au développement des CPS des enfants, en particulier les CPS des adultes en position éducative.

- **Favoriser l'implantation d'interventions CPS efficaces en connaissant mieux le concept de « données probantes »**

Les termes d'intervention fondée sur les données probantes peuvent renvoyer à deux réalités distinctes. Cette double définition est source de confusion et représente un frein important à l'utilisation des programmes validés CPS.

- ***Définition 1 : La notion d'intervention fondée sur les données probantes pour qualifier une intervention validée***

La notion d'intervention fondée sur les données probantes est souvent utilisée en PPS au sens de programme validé<sup>4</sup>. Dans ce cas de figure, les termes de « données probantes<sup>5</sup>» sont utilisés dans leur sens littéral de « preuve scientifique ». Il est ainsi question d'interventions dont l'efficacité a été prouvée scientifiquement.

Ainsi, une intervention de PPS est généralement considérée comme validée lorsque : 1/des études évaluatives de bonne qualité (au moins deux études expérimentales dans deux contextes différents) ont permis de démontrer des résultats significatifs (sur le problème ou des déterminants de santé importants). 2/le programme est défini et décrit précisément dans des supports d'intervention accessibles (manuels, livrets...) et son implantation respecte fidèlement ces supports (Rotheram-Borus et al., 2014).

- ***Définition 2 : La notion d'intervention fondée sur les données probantes pour qualifier une intervention construite selon le paradigme des données probantes***

Au-delà du sens littéral les termes de « données probantes » peuvent aussi renvoyer à une notion beaucoup plus globale en santé (publique). Dans ce cas, ils font référence au paradigme des données

---

<sup>4</sup> Les anglo-saxons utilisent généralement les termes d'*Evidence based programs* pour qualifier les interventions validées ; les termes suivants peuvent aussi être utilisés de façon interchangeable : *research-based programs, research-informed programs, science-based programs, blueprint programs, model programs, promising programs, effective programs, proven programs*

<sup>5</sup> Evidence en anglais

probantes qui correspond à une véritable démarche d'intervention prenant ses racines dans la médecine fondée sur les données probantes<sup>6</sup> (ou EBM). Beaulieu, Battista, Blais, (2001) nous rappelle que le paradigme de l'EBM apparaît formellement au début des années 90 même si ses fondements sont bien plus vieux. En effet, l'idée d'avoir recours à une approche plus systématique en médecine était déjà d'actualité au XIX siècle dans la notion de « médecine d'observation » prônée par le médecin français, P-A Louis. Dès les années 70, A.L Cochrane, présenté comme un des pères de l'EBM, met en avant dans un livre portant sur les services de santé, la nécessité de mobiliser davantage les données scientifiques pour fonder les pratiques. Mais c'est en 1992 qu'un groupe de travail, « *The Evidence-Based Medicine working group* » introduit cette notion d'EBM et présente cette démarche comme un nouveau paradigme. En 1996, Sackett, membre de ce groupe et considéré comme un des principaux fondateurs de l'EBM, définit cette approche comme une démarche intégrant les meilleures données/preuves scientifiques avec l'expertise (clinique) professionnelle et les choix des patients.

Ainsi, la pratique fondée sur les données probantes est souvent représentée schématiquement par trois cercles qui se recoupent (*voir annexe*). Une intervention selon le paradigme des données probantes se situe à l'intersection de ces trois cercles, nécessitant ainsi la prise en compte et l'intégration de ces trois sources de connaissances et d'expériences : 1) l'expérience de la personne et ses choix 2) l'expérience et l'expertise du professionnel 3) les connaissances scientifiques. Ainsi, contrairement à la lecture restrictive qui en est souvent faite et contrairement à la notion de programme validé<sup>7</sup>, les meilleures connaissances scientifiques disponibles ne représentent qu'une des trois dimensions nécessaires à une pratique fondée sur les données probantes.

Originaire de la médecine, ce nouveau paradigme d'intervention s'est aujourd'hui largement étendu à différents domaines d'intervention. Il est ainsi question de psychiatrie fondée sur les données probantes, de psychologie fondée sur les données probantes, d'éducation fondée sur les données probantes, de politique fondée sur les données probantes, de santé publique fondée sur les données probantes, de prévention fondée sur les données probantes, de promotion de la santé fondée sur les données probantes... Dans les champs de la PPS, les connaissances à mobiliser pour aboutir à une pratique fondée sur les données probantes sont particulièrement vastes. L'expérience des personnes (population) et l'expertise des professionnels sont complétées par les connaissances scientifiques, qui, elles-mêmes proviennent de différentes disciplines et visent à éclairer différents phénomènes en s'appuyant sur diverses méthodes de recherche. Ainsi, l'OMS (2009) met en avant la complémentarité des sources d'information ainsi que la diversité des formes de connaissances en

---

<sup>6</sup> Paradigme de l'EBM pour Evidence Based Medicine

<sup>7</sup> Evidence-based program

définissant la promotion de la santé fondée sur les données probantes comme : « l'utilisation des connaissances issues de la recherche et des études systématiques pour identifier les causes et les facteurs associés et répondre aux besoins de santé et les actions de promotion de la santé les plus efficaces pour y faire face au sein de contextes et populations donnés ». La promotion de la santé fondée sur les données probantes nécessite la mobilisation et l'intégration de diverses données scientifiques (enquêtes épidémiologiques, recherches évaluatives, études ethnographiques) issus d'un grand nombre de disciplines (santé publique, psychologie, éducation, sociologie, économie...). Mais, comme le rappelle Smith et al. (2006) « les connaissances scientifiques peuvent éclairer mais non remplacer l'expertise des professionnels qui guide la sélection et l'utilisation de ces connaissances ».

- **Trois approches pour utiliser les programmes CPS validés dans sa pratique professionnelle**

En fonction des connaissances scientifiques accumulées et du contexte d'implantation, le professionnel pourra utiliser les programmes CPS validés de trois différentes manières :

1. ***Implanter un programme CPS validé « clé en main »*** : il s'agit de se conformer strictement au contenu et au format du programme CPS validé et de respecter ses conditions d'utilisation. Le professionnel devra ainsi se former à l'intervention, accéder et traduire, si nécessaire, les supports, et enfin, implanter le programme selon les modalités définies par le concepteur ;
2. ***Construire une nouvelle intervention CPS selon le paradigme des données probantes*** : dans ce cas, il s'agit d'adapter un ou des programme(s) validé(s) en fonction du contexte d'implantation et de construire une nouvelle intervention en s'appuyant sur les trois sources de connaissances mentionnées dans le paradigme des données probantes c'est-à-dire, les connaissances scientifiques, l'expertise des professionnels et l'expérience des personnes ciblées. Le professionnel aura aussi besoin d'accéder aux supports du programme CPS validé et éventuellement de se former à l'intervention. Il devra ensuite construire de nouveaux supports d'intervention à partir de ce programme validé, des connaissances scientifiques sur les interventions CPS, des outils et pratiques locales existantes et des besoins et préférences du public. S'agissant d'une nouvelle intervention, il sera important de la tester à petite échelle (auprès de la population et des professionnels) avant de l'implanter à grande échelle. Une

évaluation de résultat serait aussi particulièrement utile afin de documenter l'efficacité de cette nouvelle intervention CPS fondée sur les données probantes.

3. ***Eclairer sa pratique professionnelle par les connaissances scientifiques sur les interventions CPS***: le professionnel qui n'est pas en mesure de travailler à partir des programmes validés CPS pourra enrichir sa pratique en s'appuyant sur les données de recherches interventionnelles sur les CPS. Sa connaissance des programmes CPS validés et des facteurs d'efficacité lui permettra d'optimiser ses propres modalités d'intervention.

Seules les deux premières approches peuvent être considérées comme des interventions CPS fondées sur les données probantes. La première renvoie à la notion de programme CPS validé<sup>8</sup>. La seconde se réfère au paradigme des données probantes<sup>9</sup> et s'appuie sur trois types de connaissances (scientifiques, professionnelles, bénéficiaires) pour construire une nouvelle intervention CPS.

---

<sup>8</sup> Evidence based program

<sup>9</sup> Evidence based Prevention, Evidence based Health Promotion

## Partie II. Présentation du projet CPS-Enfants Mindful

### II.1 Contexte du projet

Malgré cette accumulation de connaissances scientifiques et l'expansion du paradigme des données probantes l'écart entre les pratiques courantes et les connaissances scientifiques demeure important. Cette distance qui existe entre les données produites et leur utilisation par les professionnels<sup>10</sup>, se retrouve « en santé publique, tout comme dans le domaine de la santé en général ou des sciences sociales » (INSPQ, 2009 ; Glasgow et al. 2003 ; Choi et al., 2005). Cette situation est particulièrement prononcée en France, dans le champ de l'éducation et de la promotion de la santé. Aussi, ce domaine d'intervention est régulièrement questionné quant à sa capacité à mobiliser les données scientifiques, à favoriser le transfert de connaissances et *in fine* à faire évoluer ses pratiques et à atteindre ses objectifs de santé. Alors qu'un consensus semble émerger sur la nécessité de mobiliser davantage les données de la science et de recourir davantage au paradigme des données probantes d'importantes questions de mise en œuvre et de faisabilité se posent.

Au cours des 10 dernières années, plus d'une vingtaine de synthèses de littérature en langue française en prévention et promotion de la santé (PPS) ont été mises à disposition des professionnels par les organismes français de santé publique et de recherche dans une logique de transfert de connaissances (notamment l'ANSP-ex INPES<sup>11</sup> et l'INSERM<sup>12</sup>). Dans les faits, très peu de ces programmes validés de PPS mentionnés dans la littérature scientifique sont actuellement utilisés par les professionnels français. Une poignée de programmes validés à l'international sont en phase d'expérimentation/évaluation en France. Mais de plus en plus de professionnels de la PPS français s'interrogent sur la possibilité d'accéder et d'utiliser de telles interventions dans leurs pratiques quotidiennes.

Concernant plus spécifiquement les programmes CPS validés, après la réalisation de plusieurs synthèses de littérature (INSERM, 2005 ; Lamboy et al., 2014 ; Guillemont et al., 2013 ; Du Roscöat et al., 2013 ; Lamboy, 2009) ainsi que trois tentatives d'implantation de programmes CPS validés « clé en main », plusieurs constats ont pu être établis.

---

<sup>10</sup> Cet écart est connu en anglais sous le nom de "knowledge gap"

<sup>11</sup> <http://inpes.santepubliquefrance.fr/evaluation/connaissances-interventions.asp>

<sup>12</sup> <http://www.inserm.fr/thematiques/sante-publique/expertises-collectives>

Il existe un écart important entre les actions CPS des professionnels français et les programmes CPS qui ont tous été conçus et validés à l'international. Cet écart entre les données scientifiques et les pratiques professionnelles entraîne souvent une méconnaissance et une mauvaise perception des programmes CPS validés. L'approche psycho-éducative qui sous-tend l'ensemble des programmes CPS validés n'est pas familière des professionnels français. La démarche relativement directive et la logique d'apprentissage qui sont mises en œuvre dans les programmes CPS validés sont souvent mal comprises et facilement interprétées comme du « comportementalisme ». Le format des programmes CPS assimilable à « des kits d'intervention structurés et manualisés » s'intègre aussi difficilement dans le champ psychosocial français. En effet, les intervenants français aspirent souvent à une forme de liberté et de créativité dans l'exercice de leur pratique.

Malgré tout, de plus en plus de professionnels français s'intéressent aujourd'hui à ces programmes CPS validés, perçus comme des pratiques innovantes, pragmatiques et susceptibles d'apporter des réponses efficaces aux problématiques actuelles. Ces acteurs peuvent ressentir le besoin d'être soutenus et accompagnés dans cette démarche d'innovation et d'optimisation des pratiques professionnelles.

Au-delà de ces constats issus du contexte français, l'analyse de plusieurs manuels de programmes CPS validés nous a permis d'identifier de nombreux facteurs communs entre les programmes qui sont pourtant présentés comme des entités spécifiques. Que ce soit au niveau de leur forme ou bien des activités CPS présentées, les programmes validés comportent de nombreuses similarités. Ces éléments communs entre les programmes CPS validés sont cependant peu explicités ni analysés. De même, les fondements théoriques et scientifiques de ces programmes sont difficilement accessibles ; ils sont rarement présentés dans les articles scientifiques et les supports d'intervention.

## II.2 Objectifs du projet

Ce projet vise à mettre à la disposition des professionnels les principaux savoirs et savoir-faire issus des programmes CPS validés et des connaissances scientifiques sur les CPS sous un format adapté au contexte français. En accord avec le paradigme des données probantes, il s'agit de réaliser des supports d'intervention CPS intégrant les données scientifiques les plus pertinentes avec les interventions prometteuses françaises et les attentes de la population.



En cherchant à expliciter et diffuser les fondements théoriques, les connaissances scientifiques et les modalités opérationnelles des programmes CPS validés, ce travail s'inscrit dans une logique de transfert de connaissances et de pratiques. Il est aussi porté par la volonté de capitaliser les expériences et les savoir-faire des acteurs français en matière d'innovation d'intervention CPS. Cette démarche se place en complémentarité des programmes CPS « clé en main » disponibles à l'international. Elle cherche à proposer une alternative flexible et pragmatique en parallèle des outils internationaux souvent perçus comme contraignants, concurrents et coûteux.

### II.3 Présentation des supports du projet

Plusieurs supports d'intervention, élaborés selon la même démarche, sont actuellement en développement. Ces supports s'adressent aux professionnels souhaitant réaliser des interventions CPS fondées sur les données probantes à destination des jeunes enfants (2 à 3 ans), des enfants (6 à 11 ans) et des parents (ayant des enfants âgés de 2 à 11 ans).

**Pour chacune des interventions CPS (jeunes enfants/enfants/parents), 3 types de supports d'intervention sont proposés :**

- **Un manuel d'implantation** (ce document-ci) qui présente l'état des connaissances scientifiques et les modalités pratiques relatives à l'implantation ;
- **Un support pour les intervenants sous forme de fiches-CPS** qui sert de base pour la réalisation des séances de groupe ;
- **Un livret pour les bénéficiaires (sous forme de fiches-CPS pour les parents)** en appui aux séances de groupe ou à utiliser de façon individuelle (par les parents).

Les « fiches CPS » (voir tableau 1, ci-dessous) ont été définies et développées à l'aide de la littérature sur les programmes CPS validés (OMS 1997, OMS 2003, OMS 2009, CASEL 2013 ; Durlak, 2015) et des dernières recherches sur les émotions et la psychologie positive (Nelis et al., 2009 ; Mikolajczak et al., 2014 ; Weytens et al., 2014 ; Pena-Sarrionadia et al., 2015 ; Goleman, 2014).

Trois grandes catégories de CPS ont pu être identifiées : les compétences émotionnelles, les compétences cognitives et les compétences sociales. Pour chacune de ces catégories de compétences, 3 à 4 CPS sont généralement abordées dans les programmes CPS validés (soit environ 9 à 12 CPS traités). Pour chaque groupe de bénéficiaires (jeunes enfants/enfants/parents), une dizaine de fiches CPS a donc été réalisée.

### Ces fiches-CPS sont toutes structurées en 3 parties :

1. « **Je comprends** » : partie théorique qui définit la CPS et explicite son utilité ;
2. « **J'expérimente** » : partie pratique qui propose des activités pour s'entraîner et développer la CPS ;
3. « **Je retiens** » : partie visant à faire expliciter les apprentissages.

Les activités CPS des fiches ont été élaborées à partir des principaux programmes validés CPS enfants et parents. Les activités ont été adaptées et reformulées afin de s'ajuster aux objectifs du projet et aux formats des supports.

**Tableau I** : Présentation des fiches CPS, en fonction du type de CPS et des bénéficiaires (petits enfants/ enfants/parents)

CPS		Fiches CPS-petits enfants (2-4 ans) <i>Exemple d'activités</i>	Fiches CPS-enfants (6-11 ans) <i>Exemple d'activités</i>	Fiches CPS-parents <i>Exemple d'activités</i>
Compétences émotionnelles	Connaître les émotions	Fiche E1 <i>Ex. Les émotions en photo langage</i>	Fiche E1 <i>Ex. Les 7 familles d'émotion</i>	Fiche 2 : Je gère mon stress <i>Ex. Je connais davantage mon stress</i>
	Identifier les émotions	Fiche E2 <i>Ex. Les émotions en histoire</i>	Fiche E2 <i>Ex. Mes émotions en situation</i>	Fiche 1 : J'agis quand je ne suis pas dans le rouge <i>Ex. Je m'observe dans le rouge</i>
	Exprimer ses émotions	Fiche E3 <i>Ex. Mes émotions en mots</i>	Fiche E3 <i>Ex. Exprimer ma colère en 3 temps</i>	Fiche 3 : Je communique de façon positive <i>Ex. Ce que je ressens /aux choses positives</i>
	Réguler ses émotions	Fiche E4 <i>Ex. Les animaux de la ferme de Mr Jean</i>	Fiche E4 <i>Ex. Ma bulle de bien être pour gérer mon stress</i>	Fiche 1 : J'agis quand je ne suis pas dans le rouge <i>Ex. Je régule mes émotions</i> Fiche 2 : Je gère mon stress <i>Ex. Je planifie des moments anti-stress</i>
Compétences cognitives	S'auto-évaluer positivement	Fiche C1 <i>Ex. Tout ce que je sais faire</i>	Fiche C1 <i>Ex. Mon sac magique</i>	
	Savoir être en pleine conscience	Fiche C2 <i>Ex. Petit bateau navigue sur mon ventre</i>	Fiche C2 <i>Ex. 3 minutes pour respirer</i>	Fiche 1 : J'agis quand je ne suis pas dans le rouge <i>Ex. J'utilise des techniques psychocorporelles</i>
	Savoir résoudre des problèmes	Fiche C3 <i>Ex. Les personnes qui m'aident</i>	Fiche C3 <i>Ex. Résoudre un problème en 5 étapes</i>	Fiche 6 : J'évite les punitions et choisis une réponse adaptée <i>Ex. Je détermine le type de conflit</i> Fiche 8 : Je pose un cadre de façon « passive » <i>Je crée un environnement favorable</i>

Compétences relationnelles	Communiquer de façon positive	<b>Fiche R1</b> <i>Ex. Faire des demandes « magiques »</i>	<b>Fiche R1</b> <i>Ex. J'exprime des messages-je</i>	<b>Fiche 3 : Je communique de façon positive</b> <i>Ex. J'écoute mon enfant de manière empathique</i> <b>Fiche 4 : Je formule mes attentes de façon efficace</b> <i>Ex. Je prends conscience de la façon dont je formule mes attentes</i>
	Développer des relations positives	<b>Fiche R2</b> <i>Ex. Entrer en relation</i>	<b>Fiche R2</b> <i>Ex. Etre un bon ami ...pour avoir des amis</i>	<b>Fiche 5 : Je partage des moments de bien-être avec mon enfant</b> <i>Ex. Etre en pleine conscience avec mon enfant</i>
	S'affirmer et résister à la pression sociale	<b>Fiche R3</b> <i>Ex. J'apprends à dire « non » de façon adaptée</i>	<b>Fiche R3</b> <i>Ex. Réagir de façon affirmée</i>	<b>Fiche 9 : Je pose un cadre de façon « active »</b> <i>Ex. Exprimer son désaccord</i>
	Résoudre des conflits			<b>Fiche 7 : J'aide mon enfant à résoudre ses problèmes</b> <i>Ex. Je développe mon écoute empathique</i> <b>Fiche 9 : Je pose un cadre de façon « active »</b> <i>Ex. Réparer les conséquences</i> <b>Fiche 10 : Je développe la coopération</b> <i>Ex. Je propose une alternative</i>

## Partie III. Concevoir des ateliers CPS-Enfants Mindful

### III. 1 Présentation des fiches CPS-Enfants Mindful (6-11 ans) pour les intervenants

Chaque « fiches-CPS » traite d'une compétence psychosociale. Concernant l'intervention à destination des enfants de 6-11 ans, 10 CPS principales ont été identifiées ; ce qui donne lieu à 10 fiches-CPS (voir tableau 2 ci-dessous).

Chaque fiche-CPS est structurée de la même façon :

- **Une partie théorique « Je comprends »** qui regroupe :
  - Une première section « **C'est quoi cette CPS ?** » : qui définit de manière théorique et opérationnelle la CPS. Cette section est (généralement) complétée par une (ou plusieurs) « **Question/réflexion** » qui vise à faire réfléchir et cheminer les enfants afin que les concepts abordés dans la fiche soient au maximum élaborés avec eux ;
  - Une seconde section « **Pourquoi cette CPS est importante** » : qui présente l'utilité de la CPS et ses effets sur la santé, le bien-être, le développement et la réussite éducative. Cette section peut aussi être complétée par une (ou plusieurs) « **Question/réflexion** »
- **Une partie pratique « J'expérimente »** : qui propose plusieurs activités de groupe favorisant le développement de la CPS. Pour certaine activité, du matériel est proposé à la fin de la présentation de l'activité.
- **Une partie « Je partage et je retiens »** : qui vise à faire expliciter (après une activité ou à la fin d'une séance) l'expérience vécue et les apprentissages.

**Tableau II** : Présentation des 10 fiches-CPS Enfants Mindful pour les 6- 11ans.

Fiches-CPS	CPS abordée		Plan d'une fiche-CPS
C1	S'auto-évaluer positivement	Compétences Cognitives	<b>1. Je comprends</b> ✓ Théorie ✓ Question/Réflexion
C2	Savoir être en pleine conscience		
C3	Savoir résoudre des problèmes		

E1	Connaître les émotions	Compétences Emotionnelles	<b>2. J'expérimente</b> ✓ Activités  <b>3. Je partage et je retiens</b> ✓ Partage collectif ✓ Rappel individuel
E2	Identifier les émotions		
E3	Exprimer ses émotions		
E4	Réguler ses émotions		
R1	Communiquer de façon positive	Compétences Relationnelles	
R2	Développer des relations positives		
R3	S'affirmer et résister à la pression sociale		

## III.2 Concevoir un cycle d'ateliers CPS-Enfants Mindful

### ▪ Des ateliers structurés qui s'inscrivent dans la durée

Les données de la littérature ont permis de dégager les caractéristiques des interventions CPS qui ont un impact significatif sur la santé, le bien-être et la réussite éducative (voir partie I). Pour qu'une intervention CPS-enfants soit susceptible d'être efficace, il est ainsi nécessaire qu'elle s'inscrive dans la durée, plusieurs séances sur plusieurs années (avec un minimum de 20h/an), qu'elle soit expérientielle, structurée et organisée autour d'activités psycho-éducatives.

Les 10 fiches présentent 10 CPS qui apparaissent dans tous les programmes validés. Afin de s'assurer de l'efficacité des ateliers CPS-enfants que l'on conçoit, il paraît donc important d'aborder, autant que faire se peut, ces 10 CPS au cours d'un cycle d'atelier. Ainsi, chaque CPS devrait pouvoir donner lieu à 1 séance (au minimum) pour un cycle d'ateliers. Chaque séance durant environ 1h, il est recommandé de réaliser 2 cycles d'ateliers par an sur plusieurs années (en augmentant la complexité des activités au fil du temps et des apprentissages).

**Ainsi l'intervenant est invité à élaborer un cycle d'ateliers d'une dizaine de séances en s'appuyant sur les 10 fiches-CPS et en respectant certains principes :**

- **Chaque atelier est structuré en 3 parties** (dont l'ordre peut varier selon le contexte) : 1 partie théorique, 1 partie pratique, 1 partie partage ;
- La durée conseillée pour un atelier CPS enfant (6-11 ans) est **d'environ 1 heure** ;
- Pour la partie théorique :
  - Les concepts doivent être abordés progressivement et par étapes (en fonction de l'expérience et des connaissances des enfants) ;
  - **Les concepts ne doivent pas être transmis de manière académique** (comme lors d'un cours). L'intervenant doit pouvoir les faire émerger à partir de l'expérience et de la réflexion des enfants (notamment via les Questions/Réflexions) ;
- Pour la partie pratique :
  - L'intervenant sélectionne la ou les activité(s) à aborder, au regard des objectifs de la séance et du niveau des enfants ;
  - **Il est préférable d'avoir recours aux activités présentées dans les fiches-CPS** car elles ont été élaborées à partir de programmes validés. Cependant les intervenants ayant une certaine expérience des CPS et des interventions fondées sur les données probantes pourront ajouter de nouvelles activités efficaces pour développer la CPS travaillée.
- Pour le partage :
  - Un partage peut être proposé après chaque activité ou bien seulement à la fin de la séance ;
  - Au-delà du partage d'expérience, ce temps doit permettre de **dégager des pistes concrètes pour une utilisation des CPS dans la vie quotidienne.**

#### ▪ Une progression dans les ateliers et les cycles d'ateliers

Comme dans toute intervention éducative, l'ordre général des séances a des implications ; les séances devraient ainsi être reliées et s'appuyer sur les précédentes. Tout en s'ajustant au groupe d'enfants, il est nécessaire de structurer une progression tant au niveau des ateliers d'un cycle qu'au niveau des cycles entre eux.

**Au niveau d'un cycle d'ateliers**, dans de nombreux programmes existants, on peut noter un dénominateur commun quant à l'ordre dans lequel les CPS sont abordées :

- **les premières séances sont consacrées au « moi »**, à la construction et au renforcement du moi : CPS cognitives (auto-évaluation positive...) et CPS émotionnelles (connaissances des émotions, régulation des émotions...).
- **Dans un deuxième temps, l'interaction (moi et les autres) est abordée**: CPS relationnelle (communication, interaction, influence sociale...)

**En ce qui concerne les cycles d'ateliers**, on peut identifier 3 niveaux de progression qui permettent l'approfondissement des CPS abordées :

- **Niveau 1 : le développement des composantes de base des CPS** en lien avec des situations de la vie quotidienne ;
- **Niveau 2 : l'approfondissement des différentes composantes des CPS** en lien avec des situations de la vie quotidienne ;
- **Niveau 3 : l'utilisation des CPS lors de situations problématiques**, notamment des situations à risque pouvant causer des problèmes de santé et/ou sociaux.

### III.3 Concevoir un atelier CPS en 5 temps

#### ▪ Temps I (5 à 15 mn) : Accueil

L'accueil doit permettre à chacun d'entrer de façon positive dans ce temps spécial de l'atelier CPS. Pour faciliter la dynamique de groupe et l'installation dans le « temps CPS-mindfulness », il est conseillé de mettre en place **un rituel** (musique, jeu, respiration, relaxation...). Dans le cadre d'ateliers CPS-Enfants Mindful, l'intervenant privilégiera un rituel favorisant le développement de la Mindfulness (en s'appuyant sur la fiche C2-Savoir être en pleine conscience).

En plus de ces aspects relationnels et expérientiels, le temps d'accueil couvre 4 différents points :

- **Introduire l'atelier CPS**, préciser les objectifs de la séance et son déroulé concret. On peut rappeler les principes psycho-éducatifs des ateliers et les modalités de travail (notamment l'intérêt du livret-enfant) ;
- **Faire du lien**, se remémorer les séances précédentes et situer la séance du jour dans un ensemble ;
- **Partager sur les CPS vécues dans la vie quotidienne depuis la dernière fois** : les exercices à la maison, les expériences en lien avec les CPS, les pratiques informelles...
- **Rappeler le cadre** et les règles de bon fonctionnement du groupe.

- **Temps II (10 à 15 mn): Exploration de la CPS ↔ « Je comprends »**

Après l'accueil, l'atelier commence par une phase exploratoire, dans laquelle les enfants sont invités à partager leurs idées et leurs expériences en lien avec la CPS travaillée. Cette étape est élaborée à partir de la rubrique « Je comprends » de chaque fiche CPS. Il est préférable de co-construire avec les enfants les savoirs et savoir-faire à l'aide des parties Question/Réflexion des fiches CPS. Les apports théoriques sont amenés progressivement par l'intervenant en fonction des contenus amenés par les enfants. Ils servent à enrichir les échanges mais ne doivent pas donner lieu à un enseignement magistral. Cette étape est le plus souvent réalisée en grand groupe mais elle peut être approfondie grâce à des discussions en sous-groupes et en binômes.

- **Temps 3 (20 à 30 mn): Expérimentation de la CPS ↔ « J'expérimente »**

En lien avec la CPS explorée, une ou plusieurs activités sont proposées comme support à l'apprentissage, permettant ainsi aux enfants, par l'expérience concrète, de pratiquer la CPS dans différentes situations. Cette étape est réalisée à partir des activités présentées dans la fiche CPS. Si nécessaire, d'autres activités fondées sur des théories et/ou programmes validés peuvent être ajoutés.

- **Temps IV (5 à 10 mn) : Partage collectif et appropriation ↔ « Je partage et je retiens »**

C'est une étape de questionnement, de retour sur ce qui vient d'être vécu pour exprimer les ressentis, les perceptions, les idées, les constats etc. Il s'agit d'intégrer l'expérience vécue, de faire du lien grâce à un travail d'élaboration collectif puis individuel. A cette étape, l'enfant doit pouvoir saisir le « sens » de ce qui vient d'être fait pour permettre la recontextualisation attendue, le transfert de la CPS dans le cadre de sa vie quotidienne. Cette étape est réalisée à partir de la section « Partage collectif » et « Rappel individuel » des fiches-CPS ainsi que du livret-enfant.

- **Temps V (5mn) : Clôture de la séance**

Comme le temps de l'accueil, un rituel (CPS et Mindfulness) peut aider à clore la séance sur une note positive et expérientielle. Ce temps peut aussi être mis à profit pour une évaluation rapide de la séance par les enfants.



## Partie IV. Animer des ateliers CPS-Enfants Mindful

### IV. 1 Posture générale de l'intervenant

Plus qu'une qualification ou un métier spécifique, c'est avant tout une attitude éducative, un engagement expérientiel et un ensemble de compétences relationnelles qui sont nécessaires pour animer un atelier CPS.

L'OMS (Mangrulkar, et al., 2001) mentionne en particulier :

- la capacité à agir comme un guide et non en se plaçant en position dominante
- le respect pour le participant, sa liberté de choix et son autodétermination individuelle
- des qualités personnelles telles qu'être chaleureux, aidant et enthousiaste

**Les CPS des adultes qui interviennent dans les séances sont leurs premiers outils de travail.** Il est donc essentiel de se questionner sur son aptitude personnelle à intervenir. Les adultes intervenants doivent maîtriser les concepts mobilisés et les différents thèmes abordés, mais surtout posséder les savoir-faire qu'ils mettent en avant et les savoir-être nécessaires à un climat de groupe positif : empathie, écoute active, capacité d'animation etc. Afin de favoriser le respect éthique et la qualité des pratiques professionnelles, il est important que les professionnels maintiennent un questionnement permanent, une posture réflexive sur leur pratique.

**Intervenir pour favoriser le développement des CPS nécessite une posture éducative bien particulière qui repose sur un rapport enfant-adulte et non sur un rapport expert-néophyte.** De ce fait, intervenants et enseignants peuvent être conduits à des changements de position dans la relation avec les enfants. Une plus grande implication personnelle est demandée aux adultes éducateurs et enseignants, ce qui oblige souvent à redéfinir son positionnement, à construire une nouvelle dynamique relationnelle.

La posture est celle d'un intervenant qui accompagne la réflexion et l'expérience vécue. L'adulte assure la circulation de la parole ; il peut faire rebondir les enfants sur les propos apportés par les uns ou les autres, solliciter l'avis des plus timides tout en veillant à ne pas « forcer », aider à prendre du recul (« Qu'en pensez-vous ? »), peut synthétiser les points de vue exprimés et apporter le cas échéant un point de vue, une information complémentaire, pour élargir les représentations de la situation, du problème, du sujet.

Certaines attitudes de l'intervenant contribuent à l'instauration d'un climat de confiance favorable à l'expression et à l'apprentissage. Ainsi l'intervenant est attentif à valoriser l'autonomie en respectant la diversité des stratégies qui peuvent être explorées par les enfants sans imposer systématiquement ses propres solutions.

**L'intervenant développe un regard bienveillant et valorisant, sans jugement, qui se traduit notamment par les éléments suivants :**

- orienter son attention davantage sur les aspects positifs que sur les aspects négatifs du groupe et des enfants,
- avoir des attentes positives envers les enfants,
- encourager les enfants (renforcement positif), valoriser les réussites personnelles et collectives, reconnaître les erreurs et en faire des occasions d'apprendre,
- donner à tous des occasions de réussir,
- témoigner une égalité d'intérêt pour chaque enfant.

Les paroles ironiques, disqualifiantes ou dévalorisantes sont à éviter.

Enfin, **une attitude empathique (chaleureuse et sans fusion émotionnelle)**, qui implique une compréhension fidèle de l'expérience vécue par l'autre ainsi qu'un ajustement positif à cette compréhension d'autrui, représente une condition relationnelle primordiale.

## IV. 2 Principes généraux sur l'animation de groupe enfants

- **Construire et appliquer les règles de fonctionnement du groupe**

**Lors de la première séance il est essentiel de poser le cadre et les règles de fonctionnement du groupe avec les enfants.** Le fait de poser le cadre a un effet sécurisant pour l'adulte comme pour l'enfant. Les règles doivent être claires, concrètes, constantes, conséquentes, réductrices de stress.

**Pour une meilleure appropriation des règles, elles doivent être définies avec les enfants.** L'expérience montre que les enfants savent ce qui est bon pour la vie du groupe et donc sont capables de formuler des règles. En revanche, ils oublient souvent de formuler celles ayant trait à leur propre respect : ce qui est bon pour eux et notamment le droit de ne pas s'exprimer. Il est important de

consacrer du temps à cette explicitation car elle met en lumière tout ce qui va être travaillé au long des séances.

*Exemples de règles* : respect de soi, respect du groupe ou des autres, droit à l'erreur, participation etc.

Par la suite, l'intervenant est garant du cadre et des règles de fonctionnement.

- **Définir le cadre et les objectifs du groupe**

Dans l'animation de groupe, on considère qu'il existe **cinq craintes à dissiper avant de commencer le travail** de manière constructive, sans quoi ces peurs ou questionnements, peuvent venir parasiter l'intervention :

- La première interrogation concerne **l'intervenant** : Qui est-il ? Quelle est sa fonction ? Est-il comme un enseignant, un thérapeute, un expert ? Pourrait-il nous évaluer ou parler de nos propos à d'autres personnes ? Il est donc essentiel pour l'intervenant de commencer par se présenter en précisant son rôle, sa fonction dans ce cadre donné.
- La seconde interrogation concerne **le rapport aux autres**. Qui sont-ils ? Comment allons-nous interagir ? Quel regard porteront ils sur moi ? Pour réduire cette inquiétude, il est recommandé, si la durée de l'atelier le permet, de pratiquer des exercices de présentation par paires pour « briser la glace » (voir encadré ci-dessous et fiches CPS sociales) et des techniques d'animation par petits groupes, afin de prendre confiance progressivement dans les autres membres du groupe.
- La troisième interrogation concerne **l'objectif de l'intervention**. Pourquoi est-on là ? A-t-on les mêmes intérêts ? Ce temps passé ensemble sera-t-il utile à chacun d'entre nous ? Pour cette partie, il arrive que l'objectif soit déterminé à l'avance, auquel cas il importe de rappeler au groupe cet objectif dès le début de l'atelier. Dans d'autres cas, il peut s'agir d'une définition d'objectifs en commun qu'il convient également de préciser en début d'atelier afin de pouvoir partir de bases communes et connaître la direction vers laquelle on s'oriente.

- La quatrième question concerne **les méthodes utilisées**. Comment l'atelier va-t-il se dérouler ? Serai-je obligé de parler devant tout le monde ? De faire des jeux de rôles ? De trouver des idées novatrices ? De rédiger un texte ? D'écrire au tableau ? Chaque individu possède ses propres angoisses face au travail du groupe. Il est important d'en tenir compte lorsque l'intervenant propose des activités afin de ne pas mettre à mal certaines personnes en les obligeant à prendre la parole ou à venir au tableau. Ceci pourra être précisé dès le début de l'atelier afin de rassurer les participants.
- Enfin, la dernière question importante concerne **le temps**. Combien de temps va durer l'intervention ? Comment va-t-on s'organiser dans le temps (répartition des temps de travail en grand groupe, petit groupe, exercices pratiques etc.) ? Le fait de préciser ces éléments pratiques facilite l'implication des membres du groupe s'ils savent que la séance va être divisée en plusieurs temps et fera appel à des méthodes variées.

- **Gérer le temps et maintenir le cap**

**L'intervenant est le garant du temps : il veille à mener le groupe vers l'objectif fixé dans le temps imparti, tout en permettant à chacun de s'exprimer. Dans cette perspective, il est important que chaque atelier soit bien préparé sur la base d'une fiche-CPS.**

Le rythme de la séance doit respecter les besoins et les capacités d'apprentissage des enfants : il est important de ne pas surcharger le nombre d'informations nouvelles, de respecter le besoin des enfants de faire des pauses ou de bouger et d'alterner les activités au cours de la séance.

En particulier, **l'intervenant veille à équilibrer les moments d'écoute et d'intervention :**

- moments d'écoute active, d'empathie : l'intervenant laisse la place aux enfants ; il questionne, invite et laisse s'exprimer, écoute, regarde, entend et comprend, prend en compte les besoins, les idées, les réactions, répond ;
- moments d'intervention : l'intervenant prend la place ; il donne des informations claires, concises et simples, expose son point de vue, ses arguments, des théories, des outils d'aide à la compréhension, à la gestion de problème etc.

**De même, l'intervenant est amené à mobiliser différentes attitudes (directive/non directive) en alternance :**

- une attitude directive, parfois nécessaire pour mener à bien une activité ou faire respecter une consigne,
- une attitude non directive, indispensable à la communication entre les membres du groupe.

**L'occupation de l'espace peut venir appuyer les changements de rythme :** l'intervenant peut changer de place de temps en temps, par exemple en se plaçant assis près du groupe, puis debout au tableau, puis en passant dans le groupe pour montrer un document, etc.

La gestion du rythme d'une séance permet à l'intervenant de transmettre au groupe une énergie, une dynamique (enthousiasme, motivation, travail, innovation).

Dans une intervention qui place au premier plan la participation et l'interaction, rester dans le cadre proposé n'est pas toujours aisé. S'il importe de veiller à ce que chacun puisse s'exprimer librement, **il est souvent nécessaire de recentrer les interventions sur la thématique et l'objectif de l'intervention afin de mener à bien la séance.**

Il peut aussi être utile, de temps à autre, de prendre du recul et **d'observer le groupe** (circulation de la parole, atmosphère, rapport à l'activité à réaliser, etc.) pour ajuster si besoin son attitude et son intervention en fonction de la dynamique de groupe.

- **Créer une dynamique de groupe positive**

- ***Un groupe qui favorise le bien-être et l'intégration de tous***

**L'intervenant doit permettre au groupe de se constituer en tant que tel. On peut utiliser pour cela des exercices pour « briser la glace »** (voir un exemple dans l'encadré ci-dessous et au sein des fiches-CPS sociales), c'est-à-dire faire en sorte que les personnes se sentent à l'aise entre elles et avec l'intervenant : le fait que les personnes se sentent bien, en confiance, est en effet un élément-clé pour favoriser leur participation active à l'atelier et pour que celui-ci puisse porter ses fruits.

### Exercice pour « briser la glace » : présentation par paires

*Cet exercice permet aux participants de faire connaissance entre eux et avec l'intervenant. Il s'agit de constituer des équipes de 2. Au sein de chaque binôme, chacun se présente à son partenaire et inversement, en évoquant par exemple sa famille, ses amis, ses goûts, ses loisirs etc. La durée de cette première étape doit être précisée par l'intervenant au préalable. Dans un second temps, l'intervenant reconstitue le groupe entier et chacun présente son partenaire au reste du groupe, en fonction de ce qu'il a retenu.*

**Un point important de la dynamique de groupe est que chaque membre se sente intégré.** Il est fréquent que des petits groupes soient déjà constitués dans la classe. Il n'est pas toujours constructif de les séparer en début de séance. En revanche, il peut être utile de préciser qu'au cours de certains exercices, les petits groupes vont changer et que chacun pourra être amené à travailler avec l'ensemble des participants.

### Suggestion pour le travail en petits groupes

*Les séances sont souvent l'occasion de travailler en groupes. Or les élèves peuvent être sensibles à ces répartitions. Il est possible d'établir à l'avance des listes de groupes pour toutes les séances, utilisables en fonction des besoins et des objectifs. Les différents critères peuvent être : groupe d'affinités, équipe de travail (plus contrainte), groupe non mixte, taille du groupe (moitié de classe ou quart de classe) etc. Les élèves peuvent prendre connaissance de ces différents groupes d'appartenance ; ils en acceptent mieux le principe puisqu'il est posé à l'avance. Cela prend mieux en compte leurs besoins de sécurité et d'appartenance.*

#### - **Une communication efficace**

L'intervenant veille à bien se faire comprendre des enfants : pour cela il donne **des consignes claires (expression courte, simple)**, met les messages-clés en valeur et vérifie la compréhension par les enfants en leur demandant de reformuler.

#### **Une attention particulière peut être portée à la voix :**

- le débit ne doit pas être trop rapide – sans quoi les participants ne peuvent pas suivre - ni trop lent – afin d'éviter de perdre le fil du propos ;

- varier l'intonation permet de maintenir l'attention des enfants
- pour ce qui est de l'intensité, rappelons que parler fort a parfois pour effet d'augmenter le brouhaha. A l'inverse, en gardant un volume de voix normal ou même en se mettant momentanément à chuchoter, il est possible d'arrêter les conversations et d'attirer l'attention.

**L'intervenant veille à ne pas trop intervenir lui-même et encourage la communication entre les enfants.** Celle-ci peut se faire sous différentes formes : expression générale, sur le thème de la séance, synthèse des enfants, expériences personnelles, expression sollicitée, expression spontanée, débats etc. Il fait en sorte que les enfants se comprennent entre eux. Pour cela il favorise les interactions et les échanges directs, l'écoute et l'empathie mutuelle ; il dissipe les malentendus éventuels. **L'intervenant incite l'expression personnelle**, en posant des questions comme « qu'en pensez-vous ? » et permet aux différents points de vue d'être exprimés et de coexister.

**Son rôle est également de réguler la prise de parole et de gérer les échanges :** il sollicite les silencieux et régule les bavards. Lorsque plusieurs enfants souhaitent intervenir en même temps, l'intervenant peut être amené à arbitrer, de façon à laisser la place à la parole de chacun dans le temps imparti. **Cependant il est essentiel de ne pas obliger à parler ou à participer ceux qui ne le souhaitent pas :** le fait d'écouter est déjà une forme de participation. Certaines techniques permettent de « ménager » les enfants concernés : un « joker » peut être utilisé pour les jeux, des tâches concrètes peuvent être attribuées à ceux qui ne veulent pas s'exprimer, etc.

**Pour ce qui est de l'expression des enfants envers l'intervenant, ce dernier peut au besoin s'assurer qu'il a bien compris les questions ou les remarques des enfants en pratiquant à son tour la reformulation.** Il est également très riche pour l'intervenant d'observer les réactions non verbales des enfants (signes d'intérêt ou de fatigue, mimiques d'incompréhension etc.), afin d'orienter la suite de la séance : poursuivre une activité ou changer de rythme, passer rapidement sur une idée ou au contraire la développer, faire une pause etc.

#### - ***Des techniques d'animation qui facilitent la participation***

Nous présentons ici quelques exemples de techniques interactives qui facilitent la participation et contribue à une dynamique de groupe positive. Soulignons que les techniques qui ont recours à des sous-groupes, comme le jeu de rôle en sous-groupes, facilitent l'expression des enfants plus réservés et augmente l'implication de chacun dans la réflexion et la compréhension de la thématique abordée.

**Parmi les techniques présentées, le brainstorming et le partage d'expérience permettent une entrée en matière qui implique directement les participants.** Ces deux techniques offrent un moyen d'expression et de prise de conscience des attitudes et comportements de chacun, mais aussi des ressemblances et des différences au sein du groupe. Elles peuvent faciliter un positionnement adapté de la part du professionnel pour la suite de l'intervention.

#### *Le brainstorming (ou « remue-méninges »)*

Le brainstorming est une technique créative qui permet de générer des idées et des suggestions sur un sujet particulier. Une question est posée ou un problème est soulevé, et tout le groupe est invité à faire des suggestions en termes très simples, idéalement en un mot ou une expression courte. Dans un brainstorming, les personnes lancent leurs idées, il ne devrait pas y avoir besoin de donner la parole à chacun tour à tour. Toutes les suggestions sont listées de façon à ce que l'ensemble du groupe puisse les voir. Le brainstorming donne l'occasion à chacun de voir ses idées valorisées et acceptées sans critique. Cela peut être une bonne technique pour permettre à l'intervenant de saisir ce que les enfants comprennent d'un sujet et de voir comment ils le décrivent dans leurs propres termes. C'est également une façon très efficace d'entendre les idées de l'ensemble du groupe dans un temps restreint. L'intervenant peut ensuite, avec l'aide du groupe, rassembler ces termes en catégories pour élaborer une cartographie des représentations du groupe sur un sujet donné. Plus tard dans la séance, les idées issues du brainstorming peuvent être évaluées en rapport avec les concepts abordés. Le brainstorming peut aussi être utilisé en fin de séance pour vérifier si les participants ont bien retenus les concepts et messages clés et déterminer si certains éléments nécessitent d'être précisés. (D'après OMS, 1997, p. 19).

#### *Le partage d'expérience*

L'intervenant propose aux participants de décrire des situations concrètes qu'ils ont vécues, en lien avec le thème de la séance. Il les invite à préciser ce qu'ils ont fait ou dit dans ces situations et comment ont réagi les autres protagonistes.

Pour amorcer la discussion, il peut donner des exemples fictifs, ou bien qui lui ont été rapportés par des participants dans d'autres groupes, de façon anonyme bien sûr.



## Le jeu de rôle

« Le jeu de rôle consiste à jouer un scénario, sur la base d'un texte ou bien d'exemples de situations décrites par l'intervenant ou par des enfants. Dans un jeu de rôle, différents aspects d'une même situation peuvent être éprouvés et les enfants impliqués ont l'opportunité de tester les compétences abordées. Le jeu de rôle est une méthode essentielle dans les ateliers de développement des compétences psychosociales car il permet aux enfants de faire eux-mêmes l'expérience d'une nouvelle compétence dans différentes situations. Cette technique est d'un intérêt considérable pour traiter des sujets sensibles qui pourraient être anxiogènes en situation réelle. L'enfant peut observer et pratiquer des façons de se comporter dans un environnement sûr et contrôlé avant d'être confronté à des situations réelles ». (OMS, 1997, p20).

Un jeu de rôle peut être réalisé avec l'ensemble du groupe ou en sous-groupes. Il peut être utile de débiter un jeu de rôle en grand groupe, avant de poursuivre en sous-groupes, la première phase permettant aux enfants de mieux comprendre l'exercice proposé. Dans le premier cas, quelques enfants (ainsi que l'intervenant, éventuellement) jouent une scène devant le reste du groupe. Le jeu de rôle en sous-groupes, fréquemment proposé dans cet outil, peut se dérouler de la façon suivante :

- Les enfants forment des petits groupes et se répartissent les rôles ; outre les différents personnages intervenant dans la scène, un enfant (ou plusieurs) sera chargé d'observer cette dernière.
- Pendant une durée prédéfinie, chaque groupe joue une situation fictive dans laquelle la compétence abordée au cours de la séance peut être mise en œuvre. Les exemples de situations pourront être proposés par l'intervenant et/ou issus des situations évoquées par les enfants pendant la séance.
- Les enfants qui jouent le rôle d'un personnage sont invités à rentrer autant que possible dans la « peau » et plus particulièrement dans les émotions de celui-ci.
- L'observateur est chargé de veiller à la mise en œuvre de la compétence par le personnage concerné, en s'appuyant éventuellement sur une grille rappelant les points-clés de la compétence. Il observe également les réactions des autres personnages.
- A la fin, un retour d'expérience (ou *feedback*) collectif est proposé, au cours duquel les enfants analysent ensemble ce qui s'est passé et peuvent exprimer ce qu'ils ont ressenti en faisant et en observant l'exercice. Il est préférable de donner d'abord la parole aux personnages, puis aux observateurs. Il est important de rappeler aux enfants qu'un retour bienveillant et factuel est attendu de leur part sur ce qui s'est passé, sans porter de jugement.
- Les petits groupes peuvent éventuellement échanger leurs rôles et rejouer une scène.

### - Une gestion efficace des difficultés

**Au sein d'un groupe, les personnes adoptent souvent un rôle** – attribué par les autres ou choisi – par exemple : être attentionné, résoudre les conflits, avoir des idées, faire rire etc. Selon les moments, certains rôles sont bénéfiques tandis que d'autres mettent le groupe en difficulté. Il est donc utile pour l'intervenant de valoriser les rôles qu'il repère lorsque ceux-ci sont constructifs, par exemple en proposant à celui qui aime se mettre en avant de venir devant pour présenter ce qu'il a rédigé ou pour faire un jeu de rôle ; ceci permet d'éviter les perturbations causées par ces rôles lorsqu'ils ne sont pas utilisés à bon escient.

**Certaines personnes, par leurs propos ou par leurs attitudes, peuvent perturber la dynamique de groupe. Dans de telles situations et en fonction de la nature des perturbations, l'intervenant peut avoir recours à différentes techniques :**

- laisser les autres participants intervenir et réguler la situation
- s'approcher de la personne qui dérange pour qu'elle cesse sans avoir à intervenir directement
- cesser de parler ou baisser le ton pour que la personne se taise
- échanger avec la personne à la fin de la séance ou lors d'une pause
- etc.

## IV. 3 Principes spécifiques à l'animation de groupe CPS-Enfants Mindful

Au-delà des éléments communs à toute animation de groupe, les ateliers CPS nécessitent que l'intervenant mobilise des pratiques spécifiques.

### ▪ Favoriser l'expérience

Comme évoqué plus haut, l'interactivité et les méthodes expérientielles sont au cœur des ateliers CPS. Plutôt que de se contenter d'« en parler », il s'agit donc de donner aux enfants l'occasion d'expérimenter et d'éprouver les situations. L'enjeu est de favoriser des savoir-faire qui doivent devenir des « pouvoir-refaire ».

**Ainsi, l'intervenant n'est pas en situation classique d'enseignement ou de transmission d'informations.** Il questionne et propose des situations aux enfants afin que ces derniers puissent percevoir, ressentir puis comprendre de « l'intérieur » les compétences. La partie « je comprends » de chaque fiche, ne donne pas lieu à enseignement académique mais permet de susciter la réflexion et le partage d'expérience, notamment à partir des sections « Question/réflexion ». Au fil, des échanges et des expériences, les enfants élaborent progressivement les connaissances relatives à la compétence.

Afin de favoriser, l'expérience et l'élaboration de chacun des enfants, l'intervenant s'attache à diversifier les supports et à proposer différentes « portes d'entrée ». Les séquences « verbales » sont complétées par des activités plus relationnelles, sensorielles, artistiques mobilisant ainsi les différents talents et permettant d'entrer en résonance avec des modes d'apprentissage variés.

**Dans les ateliers CPS, l'expérience de l'intervenant peut être mobilisée.** Tout en maintenant sa posture d'adulte en position éducative, l'intervenant ne cherche pas à maintenir une distance relationnelle et impersonnelle. D'une part, il peut illustrer la CPS par des exemples de sa vie quotidienne. Il s'attache ainsi à rendre vivante la compétence. Par sa propre expérience, il montre aussi que le développement de la CPS n'est pas une chose simple et acquise une fois pour toute ; mais qu'il s'agit d'un processus en constante évolution. D'autre part, il peut s'appuyer sur son expérience vécue pendant l'atelier afin d'éclairer la compétence et de faciliter les apprentissages.

- **Accepter et gérer les situations personnelles difficiles**

Les ateliers CPS favorisent une parole authentique et personnelle ; ils mobilisent l'expérience relationnelle et subjective et abordent des thématiques qui touchent à l'humain. Cependant, **les ateliers CPS ne sont pas des psychothérapies** ou des interventions psychologiques visant à travailler une problématique individuelle. Ainsi tout en veillant à ne pas nier les problèmes personnels éventuellement apportés par les enfants, l'intervenant ne cherchera pas à les approfondir et les résoudre pendant l'atelier. **En fonction de la situation et de la problématique évoquée, l'intervenant pourra gérer les situations personnelles difficiles de différentes façons** : laisser faire la dynamique de groupe et le soutien entre pairs, reprendre les problèmes mentionnés avec l'enfant en fin d'atelier, contacter les parents et orienter vers un professionnel ou une structure d'aide, effectuer un signalement (en cas de maltraitance, d'abus...).

- **Encourager le sens critique**

Quelles que soient les compétences travaillées, un atelier CPS représente une opportunité de **développer le sens critique des enfants.**

Dans cette perspective, l'intervenant est ainsi invité à :

- fournir aux enfants l'occasion de démêler le vrai du faux, le réel de l'imaginaire, le possible de l'impossible ;
- développer leurs capacités d'analyse à l'égard d'une problématique ;
- prendre le temps de mieux comprendre, d'introduire la complexité dans notre vision de la « réalité » et ainsi pouvoir mieux la saisir pour agir, réagir de façon plus adaptée.

## Partie V. Implanter une intervention CPS-Enfants Mindful

### V.1 Construire le cadre de l'intervention CPS-Enfants Mindful

Plusieurs recommandations peuvent être formulées afin de faciliter la mise en œuvre d'une intervention CPS-Enfants Mindful.

- **Evoquer les actions mises en place antérieurement**

Il s'agit d'ancrer l'intervention CPS dans l'histoire, le contexte de l'institution. Identifier les expériences passées, les réussites autant que les échecs permet de tirer quelques enseignements pour l'avenir. C'est une manière de repérer les enjeux, de mieux comprendre les logiques individuelles et collectives. Cela contribue à inscrire l'intervention dans une dynamique et un potentiel propre à l'établissement, en cohérence avec les autres actions prévues. C'est peut être aussi l'occasion pour l'intervenant d'expliquer en quoi l'établissement travaille déjà sur certaines CPS et comment certains éléments pourraient être approfondis.

- **Formuler les objectifs et les principes éducatifs de l'intervention CPS**

Il est important de bien expliciter les objectifs de l'intervention CPS ainsi que les retombées attendues que ce soit au niveau individuel et au niveau du groupe, pour les enfants et pour les adultes. Les CPS sont présentées et développées à partir d'exemples concrets. Les personnes impliquées font part de leurs attentes ; il est important **de co-construire des objectifs communs** et adaptés aux besoins des enfants tout en respectant la démarche pédagogique et la progression nécessaire.

Il s'agit aussi de s'accorder sur les valeurs, les repères éthiques à travers des éléments concrets que sont les principes éducatifs et les « façons de faire » :

- les principes éducatifs qui sous-tendent les interventions se réfèrent à la participation des élèves, à l'échange de savoir-être et de savoir-faire, au développement et au renforcement des CPS de l'enfant, à la promotion de la santé et du bien-être, etc.

- les « façons de faire » : la position d'écoute de l'adulte, la dimension expérientielle, la valorisation de la parole, des savoir-faire et des ressources des enfants, la recherche collective de solutions et de consensus, la coopération, le respect des différences, l'interactivité, etc.
- **Valider l'intervention CPS avec le responsable de l'établissement et l'intégrer dans le projet éducatif**

**Il est important de valider les objectifs et le cadre général d'intervention, de préférence, dans un document écrit**, éventuellement une convention. Il peut être intéressant de proposer d'inscrire le projet dans le projet pédagogique de l'établissement.

Pour élaborer l'intervention CPS, **il est nécessaire d'associer la communauté éducative** : l'infirmière et le médecin scolaire, le conseiller d'éducation, le RASED, les aides éducateurs, les travailleurs sociaux, les associations de parents, autres professionnels, selon les réalités locales.

A toutes les étapes de conception et de mise en œuvre, **il est important de veiller à bien communiquer** et à présenter l'état d'avancement du projet CPS à toutes les parties prenantes.

- **Favoriser la participation des familles**

Les parents sont les premiers éducateurs de leurs enfants. **Les sensibiliser aux ateliers CPS-Enfants Mindful en présentant les objectifs et les thèmes abordés est primordial**. Aller au-delà d'une simple information en recherchant la participation des parents contribue à l'efficacité du programme et lui donne une cohérence dans le milieu familial.

**La mobilisation des parents peut ainsi varier selon les projets CPS et les établissements :**

- **des réunions de présentation** du projet et des ateliers CPS-Enfants Mindful peuvent être proposées aux parents (avant, pendant, après les ateliers CPS- enfants) afin de les sensibiliser à l'intervention et aux CPS ;
- **des supports de communication autour des ateliers CPS-Enfants** peuvent être élaborés pour les parents afin de favoriser le suivi et le développement des CPS des enfants ;
- **des ateliers CPS & Mindfulness** peuvent être spécialement conçus pour les parents afin de les impliquer et de développer leurs propres compétences.

- **Prévoir la gestion des situations personnelles problématiques**

Il s'agit d'expliciter de façon claire et factuelle **la possibilité de réactions, de déclaration d'enfant** qui révélerait un mal-être, une souffrance (maltraitance etc.) ainsi que **l'attitude à tenir** (au moment des faits et par la suite, dans le cadre de l'accompagnement de l'enfant et du groupe). Ceci implique **d'identifier les ressources locales** (infirmière scolaire, psychologue scolaire, adresse du CMPP, etc.) pouvant contribuer à la recherche de solution, au signalement et à la prise en charge.

## V.2 Réaliser une implantation de qualité

Afin de garantir au maximum l'efficacité de l'intervention CPS, il est important de veiller à prendre en compte les facteurs d'implantation et les facteurs d'efficacité mis en avant dans la littérature (voir partie I de ce manuel).

- **Les facteurs d'implantation à prendre en compte**

Au regard des données scientifiques, la qualité de l'implantation est déterminée par 3 principales dimensions (« **les 3 é de l'implantation** ») qu'il s'agit de bien prendre en compte lors de la mise en œuvre de l'intervention CPS :

1. **la fidélité (ou dosage)** correspond au niveau de conformité au contenu et au format des activités du programme. L'intervention doit être en adéquation avec les fiches-CPS Enfants Mindful et leur utilisation telle que présentée dans ce manuel. Elle s'appuie sur les contenus théoriques et les activités pratiques des fiches CPS-Enfants Mindful ; elle respecte les 3 temps d'intervention (« je comprends », « j'expérimente », « je retiens ») et utilise le livret enfant afin de faciliter l'appropriation des CPS par les enfants.
2. **la qualité** est la manière dont les intervenants réalisent les interventions. Afin que les intervenants soient en capacité de réaliser les ateliers CPS-Enfants Mindful et qu'ils puissent incarner au mieux les CPS (*modeling*), plusieurs dispositifs sont à mettre en œuvre :
  - **une formation initiale** avant le début des ateliers qui implique, notamment, la connaissance des programmes CPS validés et l'appropriation de toutes les fiches CPS-Enfants Mindful ;
  - **un accompagnement à la conception des ateliers CPS-Enfants Mindful** à partir des supports de l'intervention (manuel d'implantation, fiches CPS, livret) ;

- **une supervision** durant la mise en œuvre des ateliers sous forme d'analyse de la pratique en groupe et/ou de coaching individuel ;
  - **un debriefing** après la réalisation d'un cycle d'ateliers afin de faire un bilan et d'envisager des pistes d'amélioration pour les interventions ultérieures.
3. **la réceptivité (ou adhésion)** renvoie à la façon dont les bénéficiaires perçoivent et s'approprient l'intervention. Concernant les ateliers CPS-Enfants Mindful, la réceptivité des enfants est largement dépendante de deux facteurs (détaillés ci-dessous) : la possibilité d'expérimenter les CPS dans la vie quotidienne ainsi que la mise en œuvre des CPS par les adultes proches de l'enfant. On pourra se demander : « Est-ce qu'il y a dissonance ou bien consonance avec ce qui est proposé dans les ateliers CPS-Enfants Mindful ? »

- **Les facteurs d'efficacité à considérer**

L'efficacité de l'intervention CPS dépend, comme toute intervention, de **la qualité de la gestion de projet**. Comme évoqué ci-dessus, il s'agit de veiller à la bonne réalisation du projet, notamment :

- 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 ;
- la planification de l'intervention CPS ;
- le monitoring et l'évaluation de l'intervention CPS.

Le développement des CPS des enfants peut être favorisé par les ateliers CPS, mais il est largement dépendant **des pratiques informelles quotidiennes**. Il est nécessaire de prendre en compte et d'ajuster au maximum les pratiques éducatives proposées aux enfants afin qu'elles ne soient pas dissonantes avec les ateliers CPS. Que ce soit à l'école ou à la maison, il est important de favoriser le **développement d'une éducation (ou parentalité) positive** : discipline positive, prise en compte de l'expérience et des besoins, coopération, résolution positive des problèmes, promotion de la santé et du bien-être des enfants et des adultes...En effet, les adultes en position éducative ont une fonction de modèle et sont la première source d'apprentissage des enfants.



## Références bibliographiques

Barlow J. et al. Group-based parent-training programmes for improving emotional and behavioural adjustment in children from birth to three years old. *Cochrane Database Syst Rev* 2010, Volume 3.

Barry M. et al. Review of evidence-based mental health promotion and primary/secondary prevention. Londres: Department of Health; 2009.

Beaulieu MD, Battista R, Blais R. :« A propos de l' « Evidence-based medicine », *Ruptures*, 2001 ; 7(2) : 120-134.

Botvin GJ. Preventing adolescent drug abuse through Life Skills Training: Theory, methods, and effectiveness. In Crane J(Ed.) *Social Programs That Work*. New York: Russell Sage Foundation ; 1998 ; 225-257.

CASEL (Collaborative for Academic, Social, and Emotional Learning) : 2013 CASEL guide: Effective social and emotional learning programs - Preschool and elementary school edition. Chicago, 2012.

Choi BC, Pang T, Lin V, Puska P, Sherman G, Goddard M, Ackland MJ, Sainsbury P, Stachenko T S, Morrison H, Clotney C. : “Can scientists and policy makers work together ?”, *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2005 ; 59(8) : 632-637.

Department of Health and Human Services (DHHS, US). Youth violence : a report of the Surgeon General. Washington ; 2001.

Domitrovich CE, Welsh JA. Developmental models for interventions to prevent conduct problems. In: *Shocking violence: youth perpetrators and victims. A multidisciplinary perspective*. 2000 ; 125-153.

Durlak JA, Weissberg RP, Dymnicki AB, Taylor RD., Schellinger KB. : “The impact of enhancing students’ social and emotional learning : a meta-analysis of school-based universal interventions”, *Child Development*, 2011 ;82(1):405-432.

Du Roscoät E, Clément J, Lamboy B. Interventions validées ou prometteuses en prévention de la consommation de substances illicites chez les jeunes : synthèse de la littérature. *Santé publique* 2013; 1 suppl.: 47-56.

Foxcroft D, Tsertsvadze A. Universal family-based prevention programs for alcohol misuse in young people. *Cochrane Database Syst Rev* 2011; 9.

Gardner F, Ward S, Burton J, Wilson C. The role of mother-child joint play in the early development of children's conduct problems: a longitudinal observational study. *Soc Dev* 2003;12 : 361-379.

Greenberg, MT., Domitrovich, C., Bumbarger, B. (2001): The prevention of mental disorders in school-aged children : current state of the field. *Prev Treatment* ; 4 : 1-66.

Guillemont J, Clément J, Lamboy B. Interventions validées ou prometteuses en prévention de la consommation d'alcool chez les jeunes : synthèse de la littérature. *Santé publique* 2013; 1 suppl. : 37-45.

Glasgow RE, Lichtenstein E, Marcus AC. : « Why don't we see more translation of health promotion research to practice ? Rethinking the efficacy-to-effectiveness transition ? », *American Journal of Public Health*, 2003 ; 93 : 1261-1267.

Goleman D. : L'intelligence émotionnelle : intégrale. Traduction T. Piélat, D. Roche, J'ai Lu, Paris, 2014.

Hawkins J, Catalano R, Miller J. Risk and Protective Factors for Alcohol and Other Drug Problems in Adolescence and Early Adulthood: Implications for Substance Abuse Prevention. *Psychol Bull.* 1992; 112(1) : 64-105.

Hoghghi M. 2004. Parenting : an introduction. In: *Handbooks of parenting : theory an research for practice*. Londres: Sage Publications; 2004; 1-18.

Hutchings J, Gardner F, Lane, E. Making evidence-based interventions work. In: *Support from the start: working with young children and their families to reduce the risks of crime and anti-social behaviour*. Research report 524. Nottingham: Department for Education and skills, 2004; 69-79.

Hutchings J, Lane E. Parenting and the development and prevention of child mental health problems. *Curr Opin Psychiatry* 2005 ; 18(4) : 386-391.

Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale (INSERM). *Troubles mentaux. Dépistage et prévention chez l'enfant et l'adolescent. Expertise Collective*. Paris : Inserm ; 2002.

Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale (INSERM). *Trouble des conduites chez l'enfant et l'adolescent. Expertise collective*. Paris: Inserm ; 2005.

Institut National de Santé Publique du Québec (INSPQ). Avis scientifique sur les interventions efficaces en promotion de la santé mentale et en prévention des troubles mentaux. Montréal(QC): INSPQ ; 2008.

Jones SM, Bouffard SM. : “Social and emotional Learning in schools from programs to strategies” , Social Policy Report, 2012 ; 26(4).

Kaminski J, Valle L. A Meta-analytic review of components associated with parent training program effectiveness. J Abnorm Child Psychol 2008 ; 36 :567-589.

Kersaudy-Rahib D, Lydié N, Clément J, Lamboy B. Interventions validées ou prometteuses en prévention des Infections Sexuellement Transmissibles (IST) : synthèse de la littérature. Santé publique 2013; 1 suppl. : 13-23.

Kersaudy-Rahib D, Lydié N, Clément J, Lamboy B. Interventions validées ou prometteuses en prévention des grossesses non prévues : synthèse de la littérature. Santé publique 2013; 1 suppl. : 25-35.

Kumpfer K, Fowler M. Parenting skills and family support programs for drug-abusing mothers. Semin Fetal Neonatal Med 2007; 12(2):134-142.

Lamboy B, Clément J, Saïas T, Guillemont J. Interventions validées en prévention et promotion de la santé mentale auprès des jeunes : une revue systématique. Santé publique 2011; 33(6) : 113-127.

Landry S, Smith K, Swank. The importance of parenting during childhood for school-age development. Dev Neuropsychol 2008; 24(2-3):559-591.

Lemarquand D, Tremblay RE, Vitaro F. The prevention of conduct disorder : A review of successful and unsuccessful experiments. In: Hill J, Maughan B, Conduct disorders in childhood and adolescence. Cambridge child and adolescent psychiatry; 2001;449-477.

Mangrulkar L, Whitman C, Posner M. Life skills approach to child and adolescent healthy human development. Washington, DC: Pan American Health Organization; 2001.

Mikolajczak M, Quoidbach J, Kotsou I, Nelis D. Les compétences émotionnelles, Dunod, Paris, 2014.

Moore JE, Bumbarger BK, Cooper BR. : “Examining adaptations of evidence-based Programs in natural contexts” , Journal of Primary Prevention, 2013 ; 34:147-161.

National Institute on Drug Abuse (NIDA). Preventing Drug Use among Children and Adolescents: A Research-Based Guide for Parents, Educators, and Community Leaders. Bethesda: US National Institutes of Health; 2003.

Nelis D, Quoibach J, Mikolajczak M, Hansenne M. « Increasing emotional intelligence : (How) is it possible ? », *Personality and Individual Differences*, 2009 ; 36-41.

Olds D et al. Long-term effects of home visitation on maternal life course and child abuse and neglect. Fifteen-year follow-up of a randomized trial. *JAMA* 1997; 278(8):637-643.

Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Charte d'Ottawa. Copenhague: OMS Europe ;1986.

Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Life skills education in school., Genève: OMS; 1997.

Organisation Mondiale de la Santé OMS, 2003. Skills for health: Skills-based health education including life skills: An important component of a child-friendly/health-promoting school, Genève: OMS.

Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Prevention of mental disorders. Effective interventions and policy options. Summary Report. Genève : OMS; 2004.

Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Violence prevention the evidence. Preventing violence by developing life skills in children and adolescents. Genève: OMS; 2009.

Pena-Sarrionandia A, Mikolajczak M, Gross J “Integrating emotion regulation and emotional intelligence traditions : a meta-analysis”, *Frontiers in psychology*, 2015 ; 8(6) : 1-27.

Petrie J, Bunn F, Byrne, G. Parenting programmes for preventing tobacco, alcohol or drugs misuse in children<18 : a systematic review. *Health Educ Res* 2007; 22(2) : 177-191.

Pettit G, Bates J. Family interaction patterns and children’s behavior problems from infancy to four years. *Developmental Psychology* 1989; 25:413-420.

Reyles MR, Brackett MA, Rivers SE, Elbertson NA, Salovey P. “The interaction effects of program training, dosage, and implementation quality on targeted student outcomes for the RULER approach to social and emotional learning”, *School Psychology Review*, 2012 ; 41(1) : 82-89.

Rotheram-Borus MJ, Swendeman D, Becker KD. "Adapting Evidence-based interventions using a common theory, practices, and principles", *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 2014 ; 43(2) :229-243.

Sanders M, Wooley M. The relationship between maternal self-efficacy and parenting practices : implications for parent training. *Child Care Health Dev* 2005; 31(1) : 65-73.

Smith FG., Tong JL., Smith JE. "Evidence-based medicine", *Critical Care & Pain*, 2006 ; 6(4) : 148-151.

Stewart-Brown, S. Improving parenting : the why and the how. *Arch Dis Child* 2008, 93(2).

Stifter C, Bono M. The effect of infant colic on maternal self-perceptions and mothers-infant attachment. *Child Care, Health and Development* 1998; 24 : 339-351.

Supplee L, Shaw D, Haistones K, Hartman K. Families and child influences on early academic and emotion regulatory behaviors. *J School Psychol* 2004;42:221-242.

Teti D, Gelfand, D. Behavioral competence among mothers of infants in the first year : the mediational role of maternal self-efficacy. *Child development* 1991;62:918-929.

UNODC. *Compilation of Evidence-Based Family Skills Training Programmes*, Vienne: UNODC; 2010.

Wanless SB, Domitrovich CE. "Readiness to implement School-based social-emotional learning interventions : using research on factors related to implementation to maximize quality", *Prevention Science*, 2015 ; 16 : 1037-1043.

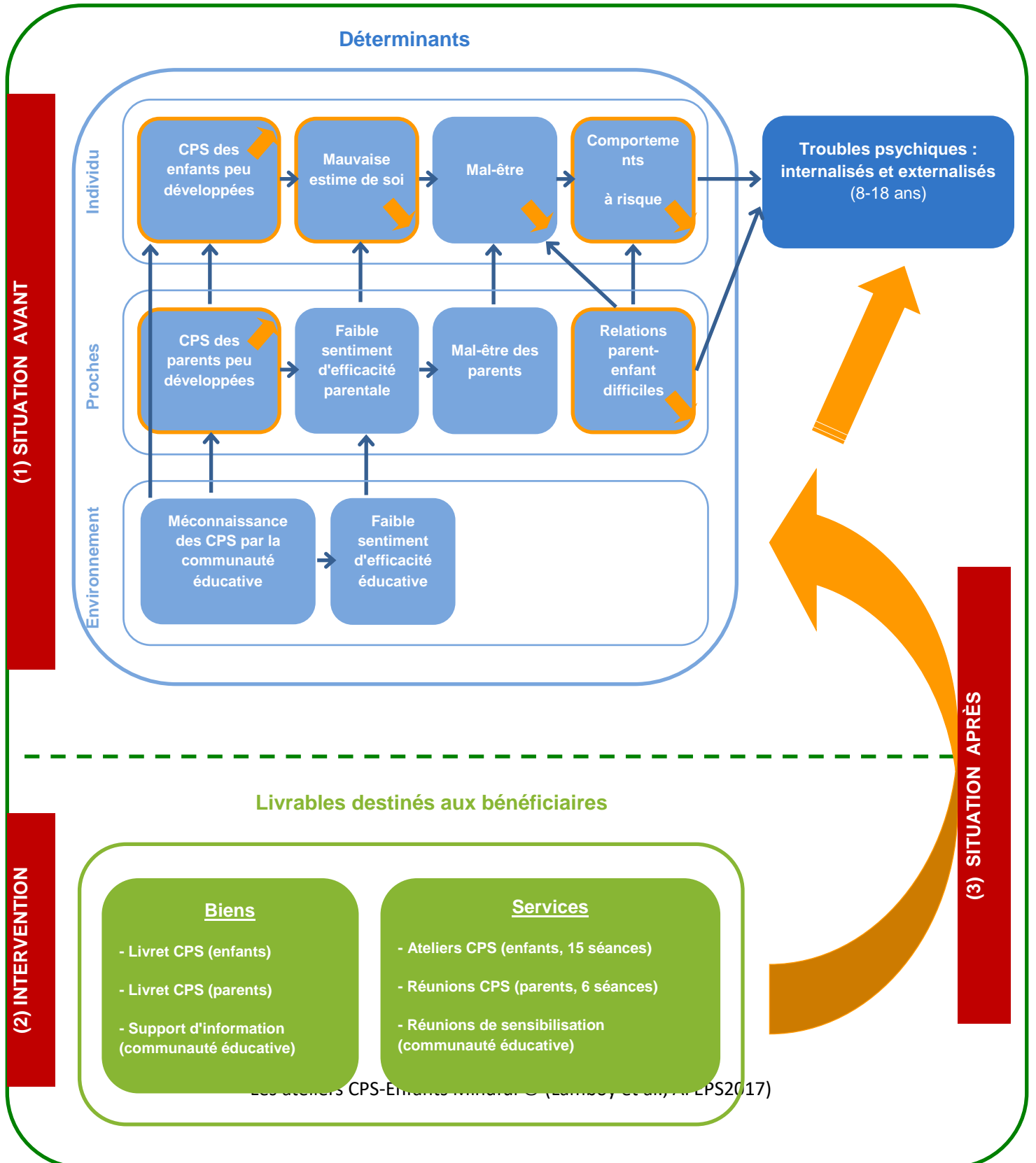
Weich S, Patterson J, Shaw R, Stewart-Brown. Family relationships in childhood and common psychiatric disorders in later life: systematic review of prospective studies. *Br J Psychiatry* 2009; 194(5):392-398.

Webster-Stratton C, Taylor. *The Incredible Years: Parents, teachers, and children training series*. *Residential Treatment for Children and Youth* 2001;18:31-45.

Wilquin J-L, Clément J, Lamboy B. Interventions validées ou prometteuses en prévention du tabagisme chez les jeunes : synthèse de la littérature. *Santé publique*, 2013, N°1 suppl., 65-74.

Annexes

Annexe 1 : représentation schématique d'une intervention CPS sous forme de modélisation



**Annexe 2 : Représentation schématique de la démarche intégrative selon le paradigme de l'Evidence-Based**

