

**Implanter des interventions fondées sur les données probantes pour développer les compétences psychosociales des enfants et des parents : enjeux et méthodes**

**Implementing evidence-based programs to develop the social and emotional (life) skills of children and parents: issues and methods.**

Béatrice Lamboy, *PhD*

Laboratoire Interuniversitaire de Psychologie (EA 4145)

Université Savoie Mont Blanc

BP 1104 - 73011 CHAMBERY – France

[lamboybea@hotmail.com](mailto:lamboybea@hotmail.com)

reçu décembre 2016, révisé et accepté avril 2017.

Abbréviations : EBM : evidence based medicine ; CPS : compétences psychosociales ;

PPS : prévention et promotion de la santé ; ANSP : agence national de santé publique ;  
INSERM : institut national de santé et de la recherche médicale ; OMS Organisation  
Mondiale de la santé ;<sup>1</sup> CASEL : Collaborative for Academic, Social and Emotional Learning.

**Résumé :** Les interventions visant à développer les compétences psychosociales (CPS) des enfants et des parents sont actuellement en plein essor. De plus en plus de professionnels s'intéressent aujourd'hui aux programmes CPS dont l'efficacité a été démontrée. Mais l'accessibilité et l'utilisation de ces programmes efficaces qui ont tous été conçus et validés à l'international posent question. Comme pour beaucoup de programmes validés en prévention et promotion de la santé (mentale), l'implantation et la transférabilité de ces interventions dans le contexte français représente une problématique majeure. Cet article se situe dans une démarche pragmatique. Il vise à proposer aux professionnels francophones, un éclairage théorique et des repères pratiques pour faciliter l'implantation d'interventions CPS fondées sur les données probantes.

**Mots-clés :** compétences psychosociales, promotion de la santé mentale et prévention, intervention fondée sur les données probantes

**Summary : Implementing evidence-based programs to develop the social and emotional (life) skills of children and parents : issues and methods.**

Social Emotional Program (SEP) for children and parents are now thriving. More and more professionals are interested in proven SEP programs. But the accessibility and use of these effective programs that have been designed and validated in the English-speaking countries raise questions. Like many validated programs in prevention and (mental) health promotion, the implementation and the transferability of these interventions in the French context is a major problem. This article proposes a pragmatic approach. It aims to provide professional French-speaking, a theoretical framework and practical guidance to facilitate the implementation of evidence-based SEP.

**Keywords :** psychosocial (life) skills, mental health promotion and prevention, evidence based intervention.

## **I. Introduction**

Les interventions visant à développer les CPS des enfants et des parents sont actuellement en plein essor. En effet, les données scientifiques accumulées ces dernières années ont permis d'identifier les CPS comme un déterminant majeur de la santé, du bien-être et de la réussite éducative. De nombreux programmes, dont plusieurs interventions précoces, ont démontré qu'il était possible d'agir efficacement sur ce déterminant pour prévenir les comportements à risque et éviter à termes, différentes pathologies. 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 pour en faire une stratégie d'intervention incontournable dans le champ sanitaire et socio-éducatif. De nombreux professionnels français s'interrogent maintenant sur la mise en œuvre et les modalités pratiques de telles interventions, encore perçues comme des innovations.

Les données de la littérature font état de programmes conçus et validés à l'international dont très peu sont en langue française. L'accessibilité à ces interventions efficaces ainsi que leur utilisation par les professionnels français posent question. Comme pour beaucoup de programmes validés en prévention et promotion de la santé (mentale), l'enjeu majeur se situe aujourd'hui autour de l'implantation et de la transférabilité de ces interventions dans le contexte français (Cambon et al., 2014). Même si ces interrogations sur l'utilisation de ces programmes sont particulièrement saillantes en France de par l'origine étrangère de ces interventions, les problèmes de validité externe, de généralisation et d'implantation intéressent de plus en plus les chercheurs et acteurs internationaux. Le débat entre chercheurs et professionnels sur la fidélité aux programmes validés *versus* l'adaptation des interventions en fonction du contexte local reste vif (Moore, 2013).

Cet article se situe dans une démarche pragmatique. Il vise à proposer aux professionnels francophones, un éclairage théorique et des repères pratiques pour faciliter l'implantation d'interventions CPS fondées sur les données probantes. En analysant les principaux enjeux, en présentant les derniers travaux autour de l'implantation de programmes CPS et en présentant un exemple français de projet CPS fondé sur les données probantes, ce travail cherche à se placer en deçà des oppositions conceptuelles et à répondre au mieux aux préoccupations opérationnelles des professionnels.

## **II. Enjeux concernant les interventions CPS fondées sur les données probantes**

### ***II.1 Enjeu 1 : mobiliser davantage les connaissances scientifiques pour accroître l'efficacité des interventions CPS***

En nous rappelant que les connaissances scientifiques accumulées ces dernières décennies nous permettent de savoir comment prévenir les principaux problèmes de santé publique, la *Society for Prevention Research* met en exergue le fait que l'enjeu actuel de la prévention se situe davantage au niveau de la mobilisation des connaissances scientifiques qu'au niveau de la production de nouvelles connaissances (Flay et al., 2005). En effet, la recherche en prévention et promotion de la santé (PPS) s'est rapidement et considérablement développée au cours des dernières années. Les résultats de recherche, notamment les études évaluatives, ont permis de démonstrées l'efficacité et l'utilité à long terme de nombreuses formes d'intervention, dans divers milieux, auprès de différentes populations. Parmi ces programmes de prévention validés, nombreux s'appuient en totalité ou en partie sur le développement des CPS, notamment chez les enfants et les parents (Lambooy et al., 2011 ; Du Roscoät et al., 2013 ; Kersaudy-Rahib et al., 2013 ; Guillemont et al., 2013 ; Wilquin et al., 2013).

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>1</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 la PPS. 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 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>2</sup> et l'INSERM<sup>3</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. 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.

---

<sup>1</sup> Cet écart est connu en anglais sous le nom de "*knowledge gap*"

<sup>2</sup> <http://inpes.santepubliquefrance.fr/evaluation/connaissances-interventions.asp>

<sup>3</sup> <http://www.inserm.fr/thematiques/sante-publique/expertises-collectives>

## ***II.2 Enjeu 2 : mieux comprendre la notion « d'intervention fondée sur les 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'implantation.

- **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**

---

<sup>4</sup> Les anglo-saxons utilisent généralement les termes d'*Evidence based programs* pour qualifier les interventions validées ; les termes suivant 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

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 probantes qui correspond à une véritable démarche d'intervention prenant ses racines dans la médecine fondée sur les données probantes<sup>6</sup> (ou Evidence Based Medicine). 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 1*). 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

---

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

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

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 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 ».

### *II.3 Enjeu 3 : prendre en compte les facteurs d'implantation et les facteurs associés à l'efficacité des interventions CPS validées*

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

Des centaines d'évaluation de programmes et plusieurs méta-analyses ont permis de démontrer des effets positifs à court et long termes (Durlak et al., 2011 ; Lamboy et al., 2014 ; Sandler et al., 2014 ; Wanless et al., 2015). Les principaux effets finaux des programmes CPS validés se situent dans le champ de la santé mentale (moins de problèmes anxio-dépressifs et de comportement, un meilleur développement psychologique, plus de bien-être et une santé mentale positive), des addictions (moins de consommation de tabac, d'alcool, de drogues), de la violence (moins d'agressivité, moins de comportements délinquants, moins de harcèlement scolaire), des comportements sexuels à risque (moins de grossesses non désirées, davantage d'usage du préservatif) et de la réussite éducative (meilleurs résultats, moins d'échec scolaire, meilleurs diplômes, meilleure insertion). D'importants effets intermédiaires ont pu être démontrés sur les déterminants de la santé et de la réussite éducative : davantage de compétences émotionnelles, sociales et cognitives, une meilleure estime de soi, des relations parent/enfant positives et un meilleur rapport à l'école.

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 (Jones et al., 2012 ; CASEL, 2013 ; Wanless et al., 2015 ; Weissberg 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) : 1/ 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) 2/ la qualité : la manière dont les intervenants réalisent les interventions 3/ 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>8</sup>, même s'il est nécessaire de s'appuyer sur un programme validé pour 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.

### **III. Méthodes pour implanter des interventions CPS fondées sur les données probantes**

#### ***III. 1 Trois étapes pour implanter des programmes CPS validés dans sa pratique professionnelle***

L'utilisation de programme CPS validé dans sa pratique professionnelle implique 3 étapes distinctes :

1/ Identifier des programmes CPS validés dans la littérature scientifique (en fonction de la problématique et de la population) ;

2/ Choisir un ou des programme(s) CPS validé(s) ;

3/ Mettre en œuvre l'intervention CPS fondée sur les données probantes.

- ***Etape 1 : Identifier des programmes CPS validés dans la littérature scientifique***

---

<sup>8</sup> CASEL : Collaborative for Academic, Social and Emotional Learning (<http://www.casel.org/>)

Pour effectuer un état des lieux scientifique, il est important de distinguer les deux grandes catégories de connaissances scientifiques (INSPQ, 2009) :

*-les connaissances observationnelles* qui portent sur l'état de santé (problèmes de santé ou bien-être) et ses déterminants ;

*-les connaissances interventionnelles* qui portent sur les interventions (développement, implantation, déploiement, efficacité, efficience, rentabilité...). Dans notre cas, nous nous intéressons donc aux connaissances scientifiques interventionnelles portant sur les programmes CPS.

Pour faire ce bilan des connaissances interventionnelles CPS, il est aussi important de distinguer les 2 niveaux de données scientifiques (Graham et al., 2013) :

*-Niveau 1 : les données primaires* qui correspondent à la présentation brute d'une recherche scientifique ;

*- Niveau 2 : les données secondaires* qui sont produites à partir de la compilation de données primaires (sous forme de synthèse de littérature ou de méta-analyse).

Le professionnel qui cherche à identifier les programmes CPS validés pour utiliser dans sa pratique n'a pas besoin de mobiliser l'exhaustivité des données interventionnelles CPS mais peut se focaliser sur les données les plus pertinentes. Il peut s'appuyer sur les synthèses de littérature les plus récentes et les plus rigoureuses. En utilisant 3 à 5 synthèses actuelles et fiables, le professionnel pourra avoir une vision précise de l'existant et sera à même de déterminer les interventions CPS validées les plus pertinentes. Deux formes de synthèses fiables peuvent être utilisées dans le cadre de cette recherche documentaire :

- les rapports de synthèse produits par les organismes de santé publique nationaux (Inserm, INPES-ANSP, ...) et internationaux (OMS, INSPQ, NICE, NIMH, NIDA...)

- les articles de synthèse référencés dans les bases de données classiques (Pubmed, PsycINFO...) et la Cochrane.

Le professionnel pourra aussi limiter sa recherche documentaire aux synthèses portant spécifiquement sur son champ d'intervention : sa problématique (Ex. amélioration du bien-être, amélioration des interactions parent-enfant, prévention des addictions...), sa population (Ex. population générale/population à risque ; jeunes enfants/enfants/adolescents/parents).

- ***Etape 2 : choisir un/des programme(s) CPS validé(s)***

Le choix d'un ou de plusieurs programmes CPS validés se fait en fonction de 2 principaux types de critères : 1/ les critères scientifiques 2/ les critères opérationnels. En effet, le professionnel devra, en premier lieu, choisir le programme validé en fonction des recherches évaluatives réalisées. Il prendra ainsi en compte la nature et la qualité des études évaluatives (ou niveau de preuve de l'évaluation) et l'ampleur des effets démontrés (ou niveau d'efficacité du programme). Ces informations sont contenues dans les synthèses de littérature scientifiques (voir paragraphe précédent).

Ces connaissances scientifiques doivent ensuite être complétées par des informations pratiques sur le programme validé et sur le contexte d'implantation. Les articles scientifiques sur les programmes validés sont généralement centrés sur les questions de recherche et ne présentent que brièvement l'intervention. Pour connaître le contenu, le format et les conditions d'utilisation du programme, il est nécessaire de mobiliser d'autres sources de connaissances. Les bases de données sur les programmes validés telles que la base NREPP<sup>9</sup> (SAMHSA) donnent des informations précises et concrètes sur les interventions. De

---

<sup>9</sup> <http://nrepp.samhsa.gov/AdvancedSearch.aspx>

nombreux programmes validés possèdent aussi leur propre site Internet qui permet d'accéder à toutes les informations relatives au programme.

Au-delà des caractéristiques propres du programme validé, il est aussi important de bien articuler le programme validé avec les pratiques en cours dans le milieu d'implantation en s'appuyant sur les supports d'intervention existants, la littérature grise et les échanges formels et informels avec l'ensemble des parties prenantes.

Un programme CPS validé sera donc sélectionné en fonction de sa qualité scientifique (niveau de preuve et d'efficacité) et de sa faisabilité (accès au programme validé, utilisation et mise en œuvre dans le contexte d'implantation).

### ***Étape 3 : utiliser une intervention CPS validée***

L'utilisation des programmes validés dans sa pratique professionnelle peut prendre différentes formes. Trois grandes approches peuvent être distinguées (voir paragraphe ci-dessous pour une présentation détaillée) : 1/ l'implantation « clé en main » de programme CPS validé, 2/ la construction d'une nouvelle intervention CPS selon le paradigme des données probantes (connaissances scientifiques et connaissances expérientielles du terrain) 3/ l'optimisation de sa pratique professionnelle par les connaissances scientifiques.

### ***III. 2 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>10</sup>. La seconde se réfère au paradigme des données probantes<sup>11</sup> et s'appuie sur trois types de connaissances (scientifiques, professionnelles, bénéficiaires) pour construire une nouvelle intervention CPS.

### ***III. 3 Exemple de projet d'intervention CPS selon le paradigme des données probantes : Les outils CPS Mindful***

#### **▪ *Contexte du projet***

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

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

---

<sup>10</sup> Evidence based program

<sup>11</sup> Evidence based Prevention, Evidence based Health Promotion

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.

- ***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.

- ***Description des supports d'intervention CPS (en libre accès sous : <https://afeps.org/lesoutilsccpsmindful/>)***

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 4 ans), des enfants (6 à 11 ans) et des parents (ayant des enfants âgés de 2 à 11 ans).

Ces supports d'intervention sont structurés en deux parties. Une première partie théorique et scientifique présente les connaissances essentielles sur les CPS, les programmes CPS validés et la mise en œuvre d'interventions CPS fondés sur les données probantes (gestion du projet, préparation des ateliers, animation des groupes...). Une seconde partie pratique est structurée autour de plusieurs « fiches-CPS » qui servent de support pour réaliser les ateliers CPS.

Les « fiches CPS » (voir tableau 1) ont été définies et développées à l'aide de la littérature sur les programmes CPS (OMS 1997, OMS 2003, OMS 2009, CASEL 2013 ; Durlak, 2015), les interventions Mindfulness destinées aux enfants et aux parents (Lambooy et al., 2016 ; Lahaye et al., 2013) ainsi que les dernières recherches sur les émotions (intelligence, compétences, régulation, développement, intervention...) (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. Dans les programmes CPS validés, 3 à 4 CPS sont généralement abordées pour chacune de ces 3 catégories de CPS (soit environ 9 à 12 CPS traités par l'ensemble du programme CPS). Pour chaque groupe de bénéficiaires (jeunes enfants/enfants/parents), une dizaine de fiches CPS est ainsi réalisée dans le cadre de notre projet.

Ces fiches-CPS sont structurées de façon identique : 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 bénéficiaires, aux objectifs du projet et aux formats des supports.

Deux types de supports sont en développement : des « supports intervenants » pour les professionnels qui réalisent des interventions CPS auprès d’enfants (en groupe), des « livrets pour les bénéficiaires » qui proposent des activités pour les parents et les enfants.

Tous ces supports CPS fondés sur les données probantes visent à faciliter la mise en œuvre d’intervention CPS auprès d’enfants et de parents. Le professionnel pourra ainsi enrichir sa pratique par des savoirs et savoir-faire issus de la littérature ; réciproquement, chacune des fiches-CPS pourra, à termes, être complétée et enrichie, par des activités et exemples issus de l’expérience des professionnels.

#### **IV. Conclusion**

Les interventions CPS sont reconnues comme une des stratégies d’intervention majeures dans le champ de l’éducation et de la PPS. Cependant, l’analyse de la littérature scientifique et l’observation des interventions françaises montrent qu’il existe un écart important entre les données scientifiques et les pratiques professionnelles. Les synthèses de littérature sur les interventions validées en PPS réalisées ces dernières années ont permis aux acteurs de prendre conscience de la masse de données disponibles et de questionner leurs modalités d’intervention. Aujourd’hui de plus en plus de professionnels aspirent à enrichir leurs pratiques à partir de ces données scientifiques et des programmes efficaces. Cependant ces interventions élaborées et validées à l’international posent la question de leur transférabilité et

de leur implantation dans le contexte français. Plusieurs pistes, orientations et exemples pratiques ont été proposés dans cet article afin de dépasser les postures manichéennes entre science et pratique et de favoriser l'implantation d'interventions CPS fondées sur les données probantes.

En premier lieu, la littérature scientifique actuelle met en exergue l'efficacité et l'utilité des programmes CPS validés scientifiquement mais pointe aussi leurs limites. L'importance des facteurs d'implantation et des facteurs associés montrent que le recours à un programme CPS validé n'est pas une condition suffisante pour garantir l'efficacité de l'intervention. Il est donc essentiel de croiser et développer une synergie entre les données scientifiques et les savoirs et savoir-faire du terrain.

En second, les articles scientifiques sur les programmes CPS se focalisent sur les données d'étude et les résultats d'efficacité ; l'intervention est très brièvement décrite. Les professionnels doivent donc, par leurs propres moyens, accéder aux modalités pratiques des programmes validés. Il s'agit d'une démarche relativement longue et complexe qui nécessite souvent d'être accompagnée.

Enfin, il est possible de distinguer les programmes CPS validés, des interventions CPS s'inscrivant dans le paradigme des données probantes. Ainsi en fonction du contexte d'implantation et des ressources disponibles, les professionnels français peuvent soit utiliser des programmes CPS validés « clés en main » ou bien s'appuyer sur les programmes CPS validés pour construire une nouvelle intervention CPS intégrant les données scientifiques, l'expertise professionnelle et les besoins du public. Cette dernière approche qui implique une phase importante de développement et d'innovation nécessite que cette nouvelle intervention CPS puisse être mise à l'épreuve des faits (étude pré-test, évaluation d'implantation et d'efficacité) avant d'être déployée à grande échelle.

*Points à retenir*

*A l'international, de nombreux programmes de développement des compétences psychosociales (CPS) ont été développés et validés. Cependant, leur accessibilité et leur implantation posent questions aux professionnels francophones. Afin de faciliter leur utilisation cet article met en avant :*

*-l'importance des connaissances scientifiques tout en faisant la différence entre « programmes CPS validés clé en main » et « programmes CPS fondés sur les données probantes »*

*-la nécessité de prendre en compte les facteurs d'efficacité et les facteurs liés à l'implantation*

*-l'intérêt d'utiliser une intervention CPS fondée, flexible et adaptable au contexte telle que « Les outils CPS-Mindful »*

## Références

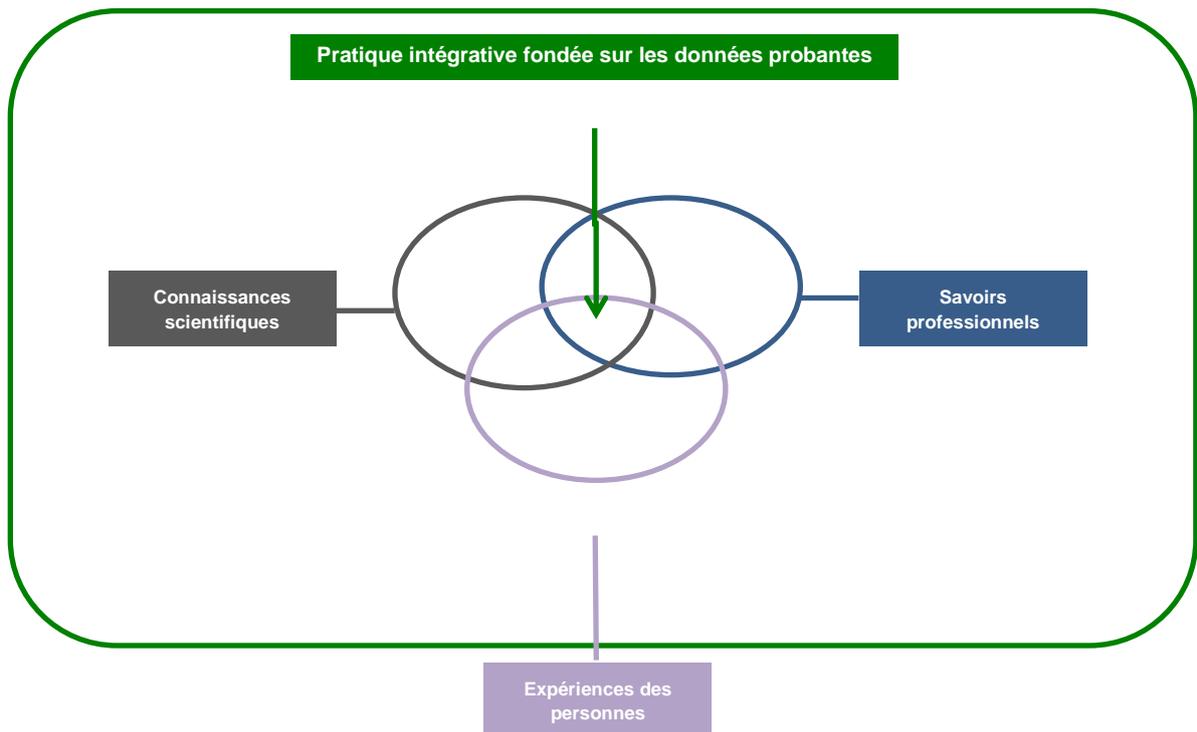
1. BEAULIEU MD., BATTISTA R., BLAIS R. : « A propos de l' « Evidence-based medicine », *Ruptures*, 2001 ; 7(2) : 120-134.
2. CAMBON L., MINARY L., RIDDE V., ALLA F. : « Un outil pour accompagner la transférabilité des interventions en promotion de la santé : ASTAIRE », *Santé publique*, 2014 ; 6(26) : 783-786.
3. CASEL (Collaborative for Academic, Social, and Emotional Learning) : 2013 CASEL guide: Effective social and emotional learning programs - Preschool and elementary school edition. Chicago, 2012.
4. CHOI BC., PANG T., LIN V., PUSKA P., SHERMAN G., GODDARD M., ACKLAND MJ., SAINSBURY P., STACHENKO S., MORRISON H., CLOTTEY C. : “Can scientists and policy makers work together ?”, *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2005 ; 59(8) : 632-637.
5. DURLAK JA., WEISSBERG RP., DYMNIKI 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.
6. DURLAK JA. : “Studying program implementation is not easy but it is essential”, *Prevention Science*, 2015 ; 16(8):1123-1127.
7. DU ROSCOËT E., CLEMENT J., LAMBOY B. : « Interventions validées ou prometteuses en prévention de la consommation de substances illicites chez les jeunes : synthèse de la littérature », *Santé publique*, 2013; 1 suppl.: 47-56.
8. FLAY BR., PHIL D.: “Efficacy and effectiveness trials (and other phases of research) in the development of health promotion programs”, *Preventive Medicine*, 1986 ; 15(5) : 451-474.
9. FLAY BR., BIGLAN A., BORUCH RF., GONZALEZ CASTRO F., GOTTFREDSON D., KELLAM S., MOSCICKI EK., SCHINKE S., VALENTINE JC.: “Standard of evidence : criteria for efficacy, effectiveness, and dissemination”, *Prevention Science*, 2005 ; 1-25.  
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.
10. GOLEMAN D. : L'intelligence émotionnelle : intégrale. Traduction T. Piélat, D. Roche, J'ai Lu, Paris, 2014.
11. GRAHAM I., STRAU S., TETROE J. *Knowledge Translation in Health Care: Moving from Evidence to Practice 2 Ed.*, BMJ Books? 2013.
12. GUILLEMONT J., CLEMENT J., LAMBOY B. : « Interventions validées ou prometteuses en prévention de la consommation d'alcool chez les jeunes : synthèse de la littérature », *Santé Publique*, 2013 ; 1 suppl. : 37-45.
13. HAS : *Niveau de preuve scientifique et gradation des recommandations de bonne pratique : état des lieux*, Haute Autorité de Santé, Saint Denis, 2013.
14. INSPQ : *Animer un processus de transfert des connaissances. Bilan des connaissances et outil d'animation*. Gouvernement du Québec, Québec, 2009.
15. JONES SM., BOUFFARD SM. : “Social and emotional Learning in schools from programs to strategies” , *Social Policy Report*, 2012 ; 26(4).

16. KERSAUDY-RAHIB D., LYDIE N., CLEMENT J., LAMBOY B. : « Interventions validées ou prometteuses en prévention des grossesses non prévues : synthèse de la littérature », *Santé Publique*, 2013 ; 1 suppl. : 25-35.
17. LAHAYE M., DEPLUS S., BUSANA, C. La pleine conscience avec les enfants : manuel de l'animateur d'atelier de gestion émotionnelle par la pleine conscience pour les enfants, 2013.
18. LAMBOY B. : « Pour une prévention précoce du trouble des conduites : une revue », *Devenir*, 2005 ; 17, 153-170.
19. LAMBOY B. : « Soutenir la parentalité : pourquoi et comment ? Différentes approches pour un même concept », *Devenir*, 2009 ; 21(1), 31-60.
20. LAMBOY B., CLEMENT J., SAIAS T., GUILLEMONTJ. : « Interventions validées en prévention et promotion de la santé mentale auprès des jeunes : une revue systématique », *Santé Publique*, 2011 ; 33(6) : 113-127.
21. LAMBOY B., GUILLEMONT J. : « Développer les compétences psychosociales des enfants et des parents. Pourquoi et comment ? », *Devenir*, 2014 ; 26, 307-325.
22. LAMBOY B, SHANKLAND R, CARDOSO T. Pleine conscience et compétences psychosociales des enfants et des parents. In Introduction à la pleine conscience sous la direction de Estell Fall. Editions Dunod, Paris, 2016.
23. MIKOLAJCZAK M., QUOIDBACH., KOTSOU I., NELIS D.: Les compétences émotionnelles, Dunod, Paris, 2014.
24. MOORE JE., BUMBARGER BK., COOPER BR. : “Examining adaptations of evidence-based Programs in natural contexts”, *Journal of Primary Prevention*, 2013 ; 34:147-161.
25. NELIS D., QUOIBACH J., MIKOLAJCZAK M., HANSENNE M. : « Increasing emotional intelligence : (How) is it possible ? », *Personality and Individual Differences*, 2009 ; 36-41.
26. OMS : *Life skills education in school*, Organisation Mondiale de la Santé, Genève, 1997.
27. OMS : *Skills for health: Skills-based health education including life skills: An important component of a child-friendly/health-promoting school*, Organisation Mondiale de la Santé, Genève, 2003.
28. OMS : *Violence prevention the evidence. Preventing violence by developing life skills in children and adolescents*, Organisation Mondiale de la Santé, Genève, 2009.
29. 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.
30. REYES 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.
31. 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.
32. SACKETT DL, ROSENBERG WM, GRAY JA, HAYNES RB, RICHARDSON WS. : “Evidence-based medicine : what is it and what it isn't”, *British Medical Journal*, 1996 ; 312 : 71-72.

33. SANDLER I., WOLCHIK SA., CRUDEN., MAHRER NE., AHN S., BRINCKS A., BROWN CH. : “Overview of meta-analyses of the prevention of mental health, substance use, and conduct problems”, *Annual Review of Clinical Psychology*, 2014;10:243-273.
34. SMITH FG., TONG JL., SMITH JE. : “Evidence-based medicine”, *Critical Care & Pain*, 2006 ; 6(4) : 148-151.
35. 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.
36. WEYTENS F., LUMINET O., VERHOFSTADT LL, MIKOLAJCZAK M.: “An Integrative Theory-Driven Positive Emotion Regulation Intervention”, *PLoS ONE*, 2014 ; 9(4): e95677.
37. WILQUIN JL., CLEMENT J., LAMBOY B. : « Interventions validées ou prometteuses en prévention du tabagisme chez les jeunes : synthèse de la littérature », *Santé publique*, 2013, N°1 suppl., 65-67.

## Annexes

Figure 1 : Principe de la démarche intégrative selon l'Evidence-Based Practice



*Tableau I : Présentation des fiches-CPS (voir doc. joint)*