



EHESP

MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2016 –

**« LE DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES PSYCHOSOCIALES DANS LES
PROGRAMMES DE PRÉVENTION DES ADDICTIONS
AUPRÈS DES JEUNES »**

– Groupe n° « 27 » -

- | | |
|--------------------------------|---------------------------|
| – BERARD Line | – MELQUIOND Claire |
| – BOUVIER-MULLER Gaëlle | – MICHEL Pauline |
| – GERIN Laurence | – TOUFFET Camille |
| – JOLIVET Géraldine | – VERDIER Aurélie |
| – LEMESLE Ellen | |

Animateur/trice(s)

– **DESCHAMPS**

Jacques

– **KANSKI**

Charlotte

S o m m a i r e

Sommaire

Remerciements

Liste des sigles utilisés

Méthodologie

Introduction.....1

I. Face aux limites de la prévention des addictions et conduites à risque en France, des programmes de développement des compétences psychosociales fondés sur des expériences internationales ont été créés......5

A. De nouvelles approches internationales se sont développées dans les champs académique et pratique......5

1. Un cadre éthique international moteur.....5
2. Une remise en cause des actions classiques de prévention des addictions chez les jeunes.....6
3. Des programmes novateurs de développement des CPS à l'étranger.....8

B. En France, pour répondre aux besoins des jeunes, des programmes expérimentaux de développement des compétences psychosociales ont été mis en œuvre......10

1. Un contexte français révélant des besoins nouveaux en termes de prévention....10
2. Des programmes qui dépassent le cadre de la prévention des addictions en travaillant sur le comportement individuel face aux conduites à risque.....11
3. La mise en œuvre du développement des CPS : des expériences pilotes associées à des plans d'action différents.....12

<u>II. La mise en œuvre hétérogène de ces programmes nécessite un investissement global et coordonné par les acteurs nationaux et locaux pour aboutir à une réelle efficacité</u>	17
<u>A. Les difficultés rencontrées ne doivent pas masquer l'intérêt du développement des compétences psychosociales en matière de prévention des conduites à risque et addictions chez les jeunes</u>	17
1. Les atouts des programmes de renforcement des CPS.....	17
2. Des mises en œuvre contrastées.....	18
<u>B. Une politique volontariste à développer au sein de l'éducation nationale et l'ARS, soutenue par une démarche globale d'éducation à la santé et à la citoyenneté</u>	20
1. Vers la mise en place du parcours éducatif de santé pour tous les élèves.....	20
2. Des préconisations stratégiques et opérationnelles afin de favoriser la pérennisation des programmes de développement des CPS.....	21
Conclusion.....	25
Bibliographie.....	26
Liste des annexes.....	29

R e m e r c i e m e n t s

Nous remercions nos animateurs pour leur aide dans la réalisation de ce travail :

- M. Jacques Deschamps, Secrétaire général du comité de Paris de la Ligue contre le cancer ;
- Mme Charlotte KANSKI, Responsable de la prévention au comité de Paris de la Ligue contre le cancer.

Nous remercions les personnes qui ont accepté d'être interviewées :

- M. Jean-Christophe AZORIN, Enseignant-Formation Education pour la Santé à Montpellier ;
- Mme BIZET, Infirmière scolaire au collège Mendès France à Paris 20 ;
- Mme Catherine BURGAZZI, Médecin conseiller technique au service médical académique à Rennes ;
- M. Éric BRETON, Enseignant-chercheur, titulaire de la Chaire INPES « Promotion de la Santé » à l'EHESP ;
- Mme Lydie CARDUNER, Coordinatrice du Comité des Côtes d'Armor de la Ligue contre le cancer ;
- Mme Julie CARRUELLE, Chargée de mission au service formation et prévention de l'association méditerranéenne de prévention et de traitement des addictions ;
- Mme Isabelle CHAUVET-LE MARCHAND, Infirmière conseiller technique du recteur de Rennes ;
- Mme Hélène DAVID, Directrice adjointe de l'association Charonne, coordonnatrice du programme Primavera à Paris ;
- M. René DEMEULEMEESTER, Médecin inspecteur de santé publique – chef de bureau promotion / prospective au ministère de la santé ;
- Mme Tiphaine DONIAS, Formatrice au sein de l'ANPAA du Morbihan à Vannes ;
- Mme Danielle FORGEOT, Infirmière rédactrice à la Direction de la Protection judiciaire de la jeunesse ;
- M. Tim GREACEN, Directeur du laboratoire de recherche de l'EPSM Maison Blanche à Paris ;
- Mme Frédérique GUILLAUME, Médecin conseiller technique du recteur de Paris ;
- M. Nicolas GUIGUENNO, Infirmier scolaire au collège Châteaubriant à Saint-Malo ;

- Mme Fatima JAPPONT, Coordinatrice de la mission prévention à la Direction départementale de la cohésion sociale de Paris ;
- M. JARDIN, Professeur des écoles, école polyvalente 10 rue le Vau à Paris 20 ;
- Mme Béatrice LAMBOY, Directrice des programmes de prévention à l'INPES ;
- Mme Valérie LEMONNIER, Chargée de projets et d'ingénierie à l'IREPS de Bretagne ;
- Mme Pascale MONOT, Directrice de l'école polyvalente 10 rue le Vau à Paris 20 ;
- M. Alain MOREL, Psychiatre et directeur général de l'association OPPELIA ;
- M. Philippe PEISTEIL, Coordinateur des Réseaux d'éducation prioritaire à Marseille ;
- Mme Nicole RIEU, Infirmière Conseillère au Rectorat de Paris ;
- Mme Magali SEGRETAIN, Directrice de programme à l'IREPS Pays de Loire et chargée de mission au CREDES;
- Mme Aurélie TARDY, coordinatrice du programme PRODAS au mouvement français pour le planning familial à Marseille ;
- Mme Raphaëlle VERDIER, Coordinatrice de l'Atelier Santé Ville à Marseille centre pour le contrat de ville ;
- M. Adrien WALLET, professeur des écoles qui anime des séances du projet PRIMAVERA.

Liste des sigles utilisés

AIDS : Acquired immune deficiency syndrome
ANPAA : Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie
ANSP : Agence nationale de santé publique
APHM : Assistance publique des hôpitaux de Marseille
ARS : Agence régionale de santé
CESC : Comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté
CJC : Consultations jeunes consommateurs
COFIL : Comité de pilotage
CPE : Conseiller principal d'éducation
CPS : Compétences psychosociales
CRIJ : Centre régional information jeunesse
EN : Education Nationale
EPI : Enseignement pratique interdisciplinaire
EPSM : Etablissement public de santé mentale
ESENESR : Ecole supérieure de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche
ESPACE : Education sensibilisation et prévention alcool au collège avec appui de l'environnement
INPES : Institut national de prévention et d'éducation à la santé
INSERM : Institut national de la santé et de la recherche médicale
IREPS : Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé
LCC : Ligue contre le cancer
LST : Life skills training
MECS : Maison de l'enfance à caractère social
MFPPF : Mouvement français du planning familial
MFR : Maison familiale rurale
MILDECA : Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives
MILDT : Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie
OMS : Organisation mondiale de la santé
ORS : Observatoire régional de santé
PAF : Plan académique de formation
PJJ : Protection judiciaire de la jeunesse
PRODAS : Programme de développement affectif et social
PRS : Programme régional de santé
UE : Unité d'enseignement
ZEP : Zone d'éducation prioritaire

Méthodologie

Nous nous sommes rencontrées en amont du module pour échanger sur nos parcours personnels et professionnels et sur les motivations nous ayant conduites à choisir ce sujet. Ce temps d'échanges a été suivi de la lecture du dossier documentaire fourni par nos animateurs.

Nous avons rencontré nos animateurs au début des trois semaines dédiées au module interprofessionnel. La première matinée a été consacrée à la présentation de leur structure (la Ligue contre le cancer) et du sujet proposé.

Puis, au sein du groupe, nous avons délimité le sujet afin de construire la problématique avec l'aide de nos animateurs. La création d'une messagerie commune a été bénéfique pour la collecte et la mise en commun des informations.

Durant la seconde journée, nous avons essentiellement travaillé sur la prise de contact avec les professionnels intervenant dans le secteur de nos recherches. D'une part, nos animateurs ont contacté leurs interlocuteurs de la région parisienne. D'autre part, les membres du groupe ont recherché et contacté des acteurs supplémentaires dans d'autres régions (Bretagne, Pays de la Loire et Provence-Alpes-Côte d'Azur). Nous avons également construit un questionnaire type (cf. annexe 8) destiné à servir de base aux différents entretiens téléphoniques et physiques, ainsi qu'une grille d'analyse commune.

Dès la troisième journée, le groupe a réalisé les premiers entretiens téléphoniques. Par la suite, nous nous sommes divisées en sous-groupes afin de réaliser les entretiens prévus dans les trois régions choisies. Ces entretiens ont été préparés et réalisés en binôme pour la plupart. Le questionnaire établi en groupe a été adapté aux profils des différents interlocuteurs (experts, acteurs de terrain, acteurs institutionnels, etc.). Chaque entretien a été synthétisé grâce à la grille d'analyse et partagé sur la messagerie commune.

En fin de deuxième semaine, l'ensemble des entretiens ayant été mené, un plan a été construit en commun. Ce dernier a été proposé et retravaillé avec les deux animateurs dans les locaux de la Ligue contre le cancer. Une fois validé, nous nous sommes réparties la

rédaction. Nous avons été confrontées à une difficulté particulière, celle d'objectiver et de généraliser des idées développées au cours d'entretiens concernant des programmes spécifiques. Cependant, grâce à la cohésion du groupe, les idées principales ont pu être extraites de nos recherches pour construire le corps du rapport.

La dernière semaine a été consacrée à la mise en commun des rédactions et à la relecture globale. Cette dernière nous a permis de faciliter les échanges de points de vue et de trouver des compromis pour retranscrire les éléments essentiels de notre travail. Ensuite, une première version a été soumise aux animateurs pour avis et compléments. Des modifications ont été apportées suite aux différentes remarques constructives.

Des points positifs sont à souligner. Malgré le temps contraint, la grande majorité des interlocuteurs contactés ont répondu favorablement à nos demandes. Et l'ensemble des acteurs sollicités nous a demandé la transmission du rapport final, ce qui a rendu notre travail encore plus stimulant.

Introduction

“L’addiction. Derrière le plaisir, une douleur se construit”. A travers cette citation, F.Nietzsche montre à quel point la notion d’addiction est ambivalente et complexe.

La conduite addictive est définie par le Larousse comme un comportement répétitif plus ou moins incoercible et nuisible à la santé. L’OMS, quant à elle, appréhende le syndrome de dépendance comme un ensemble de phénomènes comportementaux, cognitifs et physiologiques dans lesquels l’utilisation d’une substance psychoactive spécifique ou d’une catégorie de substances entraîne un désinvestissement progressif des autres activités. Evoquer les addictions conduit ainsi à s’interroger sur la consommation de substances psychoactives, en raison notamment de ses conséquences sur la santé et la vie sociale. Au-delà de ces formes classiques tournées vers les substances psychoactives, un nouveau domaine est concerné, celui de la dépendance comportementale (écrans, jeux..).

La consommation (ou utilisation) ne doit pas se confondre avec l’addiction, même si la frontière entre ces deux attitudes est délicate à tracer car variable en fonction des substances.

En matière de conduites addictives, les jeunes sont particulièrement vulnérables et les effets sont d’autant plus délétères que l’entrée dans la consommation est précoce.

En 2011, grâce à plusieurs études¹, le rapport d’expertise de l’INSERM² met en évidence (cf annexe 1) :

- pour le tabac : la France se situe parmi les pays européens où la prévalence chez les jeunes âgés de 16 ans est la plus élevée. A 17 ans, 30% des filles et 33% des garçons sont des fumeurs quotidiens et plus de deux jeunes sur trois ont expérimenté le tabac.
- pour l’alcool : à la fin de l’adolescence, 91% des filles et garçons l’ont déjà expérimenté.
- pour le cannabis : 42 % des adolescents de 17 ans en ont déjà fumé au moins une fois, et environ 5 % des adolescents de 17 ans présentent un risque élevé d’usage

¹ Les usages de produits psychoactifs en population adolescente sont documentés en France depuis la fin des années 1990 à l’aide de trois enquêtes : Espad (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs) et Escapad (Enquête sur la santé et les consommations réalisée lors de la Journée Défense et Citoyenneté) permettant un recueil couvrant l’ensemble de la période 11-17 ans et HBSC (Health Behaviour in School-aged Children).

²INSTITUT NATIONAL DE LA SANTE ET DE LA RECHERCHE MEDICALE. Conduites addictives chez les adolescents – Usage, prévention et accompagnement. Salle de presse de l’INSERM[En ligne]. Les éditions INSERM 2014 [Consulté le 10/05/2016]. Disponible sur <http://presse.inserm.fr/>

problématique (7 % des garçons et 3 % des filles), voire de dépendance au cannabis.

Ces chiffres montrent qu'en France, les niveaux de consommation de certaines substances psychoactives, en particulier l'alcool, le tabac et le cannabis, demeurent élevés chez les adolescents, en dépit des évolutions de la réglementation visant à limiter l'accès à ces produits et des campagnes de prévention répétées. Une autre particularité relevée par le rapport d'expertise concerne la modification des usages et des modes de consommation, comme par exemple l'alcoolisation ponctuelle importante qui tend à se développer chez les jeunes.

L'ensemble de ces constats a conduit le plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017 à afficher comme priorité la prise en compte des populations les plus exposées pour réduire les risques et les dommages sanitaires et sociaux en empêchant, retardant et limitant les consommations des jeunes. L'enjeu est de prévenir ou de retarder l'entrée dans les conduites addictives.

Cependant, les jeunes rejettent généralement les explications expertes et manifestent des attentes et des motivations très variées, le plus souvent en fonction du genre et socialement différenciées. Ils se révèlent peu sensibles aux risques sanitaires à long terme (notamment les risques de maladies chroniques liées au tabagisme et à l'alcoolisation), dans la mesure où ils ne se sentent pas vraiment concernés.

Cet aspect met en lumière toute la difficulté à mettre en place des actions de prévention efficaces pour les jeunes, et ce, d'autant plus que les représentations des produits addictifs licites (tabac, alcool, jeux dans leur globalité) sont influencées par les outils marketing déployés par les industriels pour inciter à leur consommation.

Le rapport de l'INSERM révèle que les programmes considérés comme efficaces sont majoritairement ceux fondés sur le développement des compétences psychosociales (CPS) des adolescents. Ces dernières semblent constituer un axe central des programmes ayant fait preuve d'efficacité dans le champ de la prévention de l'usage des substances psychoactives chez les jeunes.

En France, le concept s'est développé dans les années 1990 mais dès 1966, Jérôme Seymour Bruner, psychologue américain, affirmait que "les compétences se réfèrent à l'intelligence du "savoir comment" plutôt que du "savoir que". Ainsi, il ne s'agit plus, pour les jeunes, de lutter contre les addictions, mais d'agir pour développer leurs facultés à se protéger.

L'OMS définit les CPS comme la « *capacité d'une personne à répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne. C'est l'aptitude d'une personne à maintenir un état de bien-être mental, en adoptant un comportement approprié et positif à l'occasion des relations entretenues avec les autres, sa propre culture et son environnement* »³. Elles couvrent donc un champ bien plus vaste que la simple lutte contre les addictions.

Initialement dix compétences étaient identifiées et classées en couples⁴ :

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

Au vu de l'augmentation récente du nombre de compétences, elles sont actuellement classées en trois grandes catégories⁵ (cf. annexe 2) :

- les compétences sociales qui regroupent les compétences de communication et d'habileté dans les relations interpersonnelles
- les compétences cognitives qui impliquent une analyse de l'environnement, la résolution de problèmes
- les compétences émotionnelles qui rassemblent toutes les compétences d'autorégulation, de pensée critique

Dès 1986, dans la charte d'Ottawa, l'OMS mentionne le rôle bénéfique que peut avoir l'acquisition d'aptitudes individuelles dans une démarche de promotion de la santé. Mais la véritable impulsion viendra en 1993 lorsqu'elle évoque la notion de "compétences psychosociales" ("Life skills" en anglais). Il s'agit de responsabiliser l'individu face à sa santé en favorisant le développement de comportements de nature à le protéger. Un document entier, publié en 1997, y est consacré⁶.

Il semble donc pertinent d'étudier la question de la prévention sous l'angle social et psychologique. L'intérêt est de pouvoir mener une étude à la fois documentée et empirique

³ World Health Organization (WHO), *Life skills education in schools*, Geneva, WHO, 1997, p.1.

⁴ World Health Organization (WHO), *Life skills education in schools*, Geneva, WHO, 1997, p.1 et 2.

⁵ World Health Organization (WHO). *Skills for health: Skills-based health education including life skills: An important component of a child-friendly/ health-promoting school*, Geneva, WHO, 2003, p.9 et suiv.

⁶ *Ibid.*

sur le développement des CPS au sein des programmes de prévention des addictions chez les jeunes et d'en identifier les apports et les limites.

Le plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies coordonné par la MILDECA place l'école comme un acteur de premier plan dans la politique de prévention des conduites addictives, ce qui nécessite une approche transdisciplinaire : plusieurs professionnels et structures devront travailler ensemble.

La question qui se pose alors est celle de savoir si l'intégration du développement des CPS dans les programmes de lutte contre les addictions auprès des jeunes permet d'améliorer la prévention et la promotion de la santé.

Si les limites des actions traditionnelles de prévention ont conduit au développement des compétences psychosociales dans les programmes de lutte contre les addictions chez les jeunes (I), il n'en demeure pas moins que leur mise en œuvre nécessite une action globale et coordonnées par tous les acteurs (II).

I. **Face aux limites de la prévention des addictions et conduites à risque en France, des programmes de développement des compétences psychosociales fondés sur des expériences internationales ont été créés.**

La France, consciente de la moindre efficacité de ses programmes de prévention des addictions, s'est appuyée sur les nombreux programmes de développement des CPS mis en place à l'international (A). De nouveaux besoins, en termes de prévention des conduites addictives, ont conduit à l'élaboration de programmes expérimentaux liés au développement des CPS (B).

A. De nouvelles approches internationales se sont développées dans les champs académique et pratique

1. Un cadre éthique international moteur

Tout d'abord, au niveau international, le cadre éthique et d'action pour promouvoir les CPS est la Convention internationale des droits de l'enfant adoptée en 1989⁷. Cette convention est un instrument juridiquement contraignant, permettant de garantir et protéger les Droits des enfants dans le monde et imposant aux États engagés un certain nombre d'obligations. L'encadrement du développement des CPS par cette convention permet de faire de la promotion de la santé un droit de l'enfant, notamment au sein de l'article 24⁸ ; En outre, les articles 29⁹ et 33¹⁰ renforcent le fondement même du développement des CPS.

En 1996-1997, des documents définissant des pistes de recherche dans le champ du développement des CPS ont été établis et des stratégies pour introduire les CPS dans les milieux scolaires ont été définies. A partir de 1998, une stratégie d'introduction des CPS dans les différents programmes onusiens a été mise en place.

⁷ INPES, *Promouvoir les compétences psychosociales chez les enfants et chez les jeunes*, compte-rendu des 9èmes journées de la prévention, 3 juin 2014, [en ligne] <http://inpes.santepubliquefrance.fr/jp/cr/2014/s2.asp>.

⁸ « Les États reconnaissent le droit de l'enfant de jouir du meilleur état de santé possible et de bénéficier de services médicaux et de rééducation. Ils s'efforcent de garantir qu'aucun enfant ne soit privé du droit d'avoir accès à ces services. Les États parties s'efforcent d'assurer la réalisation intégrale du droit susmentionné et, en particulier, prennent les mesures appropriées pour [...] développer les soins de santé préventifs, les conseils aux parents et l'éducation et les services en matière de planification familiale. »

⁹ « Les États parties conviennent que l'éducation de l'enfant doit viser à favoriser l'épanouissement de la personnalité de l'enfant et le développement de ses dons et de ses aptitudes mentales et physiques dans toute la mesure de ses potentialités »

¹⁰ « Les États parties prennent toutes les mesures appropriées, y compris des mesures législatives, administratives, sociales et éducatives, pour protéger les enfants contre l'usage illicite de stupéfiants et de substances psychotropes, tels que les définissent les conventions internationales pertinentes, et pour empêcher que des enfants ne soient utilisés pour la production et le trafic illicites de ces substances. »

2. Une remise en cause des actions classiques de prévention des addictions chez les jeunes

En France, dans le champ de la prévention des conduites addictives, il s'agit avant tout de prévenir l'entrée dans la consommation de produits psychoactifs, mais aussi de favoriser la diminution des conduites à risques, voire leur disparition. Seulement, les campagnes de prévention sont souvent universelles (basées sur une information générale), ponctuelles et axées sur la peur ou la persuasion. Or, « *les interventions qui se révèlent efficaces accordent une place privilégiée aux méthodes qui sollicitent la participation active et interactive des élèves et ne se réduisent pas à une transmission d'information* »¹¹. Elles doivent également s'inscrire dans la durée.

Ainsi, les faibles résultats de ces programmes de prévention rendent indispensable le développement d'une nouvelle stratégie. Ce point a été régulièrement cité par les personnes vues en entretien. Alain Morel analyse deux stratégies de prévention distinctes, mais complémentaires¹². Il s'agit de la stratégie structurelle et de la stratégie éducative. La première est relativement bien développée en France. Elle regroupe entre autres les campagnes médias, mais aussi la limitation de l'accès aux produits (application des lois et réglementations). Elle consiste à établir un contrôle social adapté (stratégies répressives, dissuasives, ou encore contraignantes). Seulement, ces stratégies n'ont pas vraiment d'effets sur les changements de comportement. Aujourd'hui, il s'avère donc nécessaire de développer la stratégie éducative, qui se fonde sur l'intervention précoce et l'éducation préventive. L'intervention précoce a pour objectif de « *raccourcir le délai entre l'apparition des premiers signes d'une pathologie et la mise en œuvre de réponses adaptées* ». Il s'agit d'aller à la rencontre des personnes et de développer un « *environnement favorable à la santé et à la conscience collective* ». Quant à l'éducation préventive, elle consiste à « *redonner à chacun ses compétences à percevoir, mesurer et anticiper* ». Il s'agit de favoriser le développement des CPS chez l'enfant comme « *base du contrôle de son comportement et de ses relations aux autres* ».

3. Une efficacité prouvée des CPS dans la prévention des addictions chez les jeunes

Il existe peu de littérature francophone au sujet du développement des CPS. Les références scientifiques et épidémiologiques proviennent historiquement des Etats-Unis. Outre les travaux d'Albert Bandura et de Watzlawick, Gilbert Botvin avait lancé les premiers programmes de prévention de la toxicomanie au travers d'une approche en termes de *life skills*, d'aptitudes à la vie quotidienne. L'objectif premier était d'identifier des compétences transversales utiles à un

¹¹ BANTUELLE.M, DEMEULEMEESTER.R. Comportements à risque et santé : agir en milieu scolaire. Référentiel de bonnes pratiques. Editions INPES, 2008, 134 p.

¹² MOREL.A. Les conditions d'efficacité de la prévention des addictions Actions Santé, la revue de la santé à l'école. Jeunes et addictions privilégions une approche globale - n° 188- juillet 2015.

adolescent pour faire face aux situations du quotidien, indépendamment de sa culture, de sa religion et de son système politique.

Selon Pierre Arwidson¹³, les programmes d'éducation pour la santé fondés sur les CPS présupposent que les individus en situation de précarité ont un défaut d'estime d'eux-mêmes. Leur objectif premier est alors de renforcer cette estime personnelle. Dès 1954, Janis, Rogers et Dymond établissent une relation entre le manque d'estime de soi et la capacité à résister aux pressions extérieures notamment.

En France, de nombreux experts se penchent également sur la relation entre le développement des CPS et la prévention des conduites addictives. Ainsi, plusieurs d'entre eux¹⁴ ont établi des facteurs dits de protection¹⁵ (d'ordre psychoaffectif et psychosocial), ainsi que des facteurs dits de vulnérabilité¹⁶. Enfin, une initiation précoce et des pairs consommateurs constituent également des facteurs de vulnérabilité forts.

Cependant, il n'existe pas de lien de causalité absolue identifié. En effet, il est possible d'influer sur ces différents facteurs en développant les CPS des enfants / adolescents et de leurs parents. Ainsi, dans les travaux de Béatrice Lamboy¹⁷, les CPS des enfants et des parents sont considérées comme des déterminants clés de la santé et du bien-être, sur lesquelles il est possible d'agir (cf. annexe 3). D'une part, elles contribuent à diminuer les comportements défavorables à la santé, tels que la prise de substances psychoactives, les comportements violents et / ou antisociaux et les comportements sexuels à risques, qui sont eux-mêmes des déterminants de problèmes de santé. Il s'agit notamment de troubles psychiques (dépression, anxiété, addiction) ou physiques (obésité, accidents, infections sexuellement transmissibles, grossesse précoce, etc). On parle ainsi de déterminants de déterminants : « causes of causes ». D'autre part, elles permettent l'établissement de relations positives entre parents et enfants : attachement, liens de qualité, affects positifs, absence

¹³ ARWIDSON, P. *Le programme de développement des compétences psychosociales* (En ligne). Canopé Edition 2016 (Consulté le 10/05/2016). Disponible sur <http://crdp-pupitre.ac-clermont.fr/>

¹⁴ E.BAUCHET, F.BECK, J-P COUTERON "*Jeunes et addictions*", *La santé en action* n°429 - septembre 2014 ; Alain MOREL "*Les conditions d'efficacité de la prévention des addictions*" ; Martine BANTUELLE, et René DEMEULEMEESTER (dir.) « *Comportements à risque et santé : agir en milieu scolaire. Référentiel de bonnes pratiques* », Editions INPES, 2008, 134 p.

¹⁵ Cohésion et soutien familial, scolarité satisfaisante, capacité à s'affirmer, à s'adapter et à gérer ses émotions, ou estime de soi.

¹⁶ Les facteurs endogènes sont individuels : genre, âge, caractéristiques génétiques et neurobiologiques, fonctionnement psychologique présentant une faible conscience du risque occasionné, personnalité. Les facteurs exogènes sont composés de facteurs d'ordre socioculturels (marginalisation, précarité, isolement social) et / ou familiaux (manque de repères et de communication, attitude parentale positive à l'égard des substances psychoactives ou troubles psychologiques ou psychiatriques parentaux).

¹⁷ LAMBOY.B, FORTIN.J, AZORIN.JC, NAKAA.M. *Développer les compétences psychosociales chez les enfants et les jeunes*. La santé en action, mars 2015, n° 431, p10-40.

d'hostilité, de rejet, ou encore d'abus. La théorie de l'attachement est reprise par Elisabeth Rossé¹⁸. Selon elle, un attachement insécurisant induit un réel risque d'addiction à l'adolescence, temps de la construction identitaire.

Par ailleurs, l'IREPS de Haute-Normandie¹⁹ a élaboré un tableau de concordance entre le développement des CPS et le développement de capacités individuelles en lien avec la prévention des addictions (cf. annexe 4).

4. Des programmes novateurs de développement des CPS à l'étranger

Parallèlement à ces travaux de recherche, des expériences étrangères viennent confirmer l'existence d'un lien entre le développement des CPS et la prévention des addictions. Il est à noter que les protagonistes de ces programmes sont bien souvent les chercheurs experts dans ce domaine, ce qui témoigne d'une continuité entre théorie et pratique.

Les premiers Etats à avoir intégré de tels programmes au sein du parcours scolaire sont l'Afrique du Sud et la Colombie sous la dénomination de *Life Orientation* ou d'*Integral Education*²⁰. Dans les Etats nord-américains, la mise en place de ces programmes a été réalisée en trois étapes : tout d'abord, un constat d'échec des programmes reposant sur la peur dans les années 1970, puis l'élaboration de programmes de renforcement des compétences des adolescents, enfin la généralisation des programmes²¹. Nous allons nous intéresser plus en détail à deux programmes emblématiques : le *Life Skills Training* (LST) et *Les amis de Zippy*.

Le *Life Skills Training* est un programme développé aux Etats-Unis depuis le début des années 1990 par le Dr Botvin, Professeur de santé publique et de psychiatrie, dont les premiers travaux de recherche sur les CPS et les addictions remontent à 1980²². Un site internet est entièrement dédié à ce programme²³. Le LST a pour objet d'enseigner aux élèves les compétences pour résister à la pression de leurs pairs en matière de tabac, alcool et usage de drogues, de les aider à développer une meilleure estime de soi et une meilleure confiance en soi, de mieux gérer leur

¹⁸ ROSSE.E, FOLKMANN.M. *L'addiction, fatale rencontre d'un produit, d'une personnalité et d'un moment socio culturel*. Actions Santé, la revue de la santé à l'école. Jeunes et addictions privilégions une approche globale - n° 188-juillet 2015.

¹⁹ IREPS – Haute Normandie. *Pour une prévention des Conduites addictives – Référentiel à l'usage des professionnels dans et hors milieu scolaire*. Février 2016.

²⁰ INPES, *Promouvoir les compétences psychosociales chez les enfants et chez les jeunes*, Compte-rendu des 9èmes journées de la prévention, 3 juin 2014, [en ligne] <http://inpes.santepubliquefrance.fr/jp/ct/2014/s2.asp>.

²¹ ARWIDSON Pierre, *Les programmes de développement des compétences psychosociales*, [en ligne] in CRDP Clermont Ferrand. Plusieurs exemples peuvent être cités : *The Incredible Years Series* conçu par Carolyn Webster-Stratton appliqué dans de nombreux pays, ou encore le *Passeport : s'équiper pour la vie* développé au Canada.

²² G. J. BOTVIN, A ENG, C. L. WILLIAMS, « Preventing the onset of cigarette smoking through life skills training », *Preventive Medicine*, 1980, n°9, p.135-143, G. J. BOTVIN, A Eng, « The efficacy of a multicomponent approach to the prevention of cigarette smoking », *Preventive Medicine*, 1982, n°11, p.199-211.

²³ <https://www.lifeskillstraining.com>.

stress, d'augmenter leurs connaissances relatives aux conséquences de la consommation abusive de substances psychoactives, et de renforcer leurs compétences cognitives et comportementales afin de réduire et prévenir les comportements à risque. Certains programmes sont spécifiques à l'école primaire²⁴, tandis que d'autres sont destinés aux élèves du secondaire ou aux étudiants²⁵. Un programme a également été élaboré à l'attention des parents. Ce très célèbre programme a reçu le label d' « intervention validée » (« *evidence based program* »), c'est-à-dire que son efficacité a été démontrée scientifiquement²⁶. Le LST affiche ainsi une grande réussite en termes de prévention des addictions chez les jeunes : dans les classes ayant été évaluées, la consommation de tabac est réduite de 87 %, la consommation d'alcool de 60 % et la consommation de cannabis de 75 %. Il s'agit ainsi du programme le plus réputé en matière de développement des CPS (cf. annexe 5).

Le programme *Les amis de Zippy*²⁷, destiné aux enfants de 4 à 11 ans et mis en œuvre dans une trentaine de pays, vise à améliorer leurs stratégies d'adaptation. La lecture d'une histoire est suivie d'activités qui vont permettre aux enfants d'explorer les solutions possibles et de penser par eux-mêmes. Ce programme a fait l'objet d'une évaluation en Lituanie et au Danemark qui a mis en avant l'existence d'effets bénéfiques à court terme, tels que l'augmentation des niveaux de coopération, le contrôle de soi et la diminution de la violence. Une évaluation de la mise en œuvre de ce programme sur une quinzaine d'années est actuellement en cours en Norvège. Il a été évoqué lors des 9èmes journées de la prévention de l'INPES²⁸.

²⁴ Huit sessions annuelles de 30 à 45 minutes chacune pendant trois ans.

²⁵ Pour les collégiens : quinze, puis dix, puis cinq sessions annuelles de 30 à 45 minutes chaque année. Pour les lycéens, dix sessions de 40 à 45 minutes sont organisées.

²⁶ Une évaluation de résultats doit être effectuée à l'aide d'un protocole rigoureux (plan expérimental comparant un groupe de personnes ayant participé à l'intervention à un groupe contrôle n'ayant pas suivi le programme, contrôle des événements collatéraux, taux d'abandon faible, instruments de mesures fidèles et valides, mesures (avant/après) portant sur les variables de résultats (la consommation de substances), les variables médiatrices (facteurs de risque et de protection pouvant être modifiées par l'intervention) et les variables modératrices qui influencent l'impact de l'intervention, analyses statistiques appropriées. v. M. BANTUELLE, R. DEMEULEMEESTER, *Comportements à risque et santé : agir en milieu scolaire*. Référentiel de bonnes pratiques. Editions INPES, 2008, p.68. Sur les interventions validées, v. également J.L WILQUIN., J. CLEMENT.J, B. LAMBOY, « *Interventions validées ou prometteuses en prévention du tabagisme chez les jeunes : synthèse de la littérature* », *Santé publique*, 2013 vol.25, p.65-74.

²⁷ Ce programme se compose de six modules portant sur les sentiments, l'expression et l'écoute, les relations et les résolutions des conflits, les changements et les pertes (divorce, mort) et les stratégies d'adaptation.

²⁸ INPES, *Promouvoir les compétences psychosociales chez les enfants et chez les jeunes*, Compte-rendu des 9èmes journées de la prévention, 3 juin 2014, [en ligne] <http://inpes.santepubliquefrance.fr/jp/cr/2014/s2.asp>.

B. En France, pour répondre aux besoins des jeunes, des programmes expérimentaux de développement des compétences psychosociales ont été mis en œuvre.

1. Un contexte français révélant des besoins nouveaux en termes de prévention

La France est considérée par la majeure partie des personnes qui ont répondu à nos questions comme en retard sur cette thématique. Pourtant elle reste fortement concernée par la question des conduites addictives chez les jeunes. L'environnement dans lequel évoluent les jeunes est en effet dénoncé par les experts comme étant propice au développement de conduites addictives. Certains parlent en effet de « *l'avènement d'une culture addictogène* »²⁹, alimentée par le culte de la performance, de l'intensité et par les déséquilibres économiques. Les jeunes français sont particulièrement vulnérables durant leur adolescence, période au cours de laquelle ils peuvent être séduits par des « *expériences sensorielles et transgressives* »³⁰.

Face à un tel constat, la France est conduite à revoir ses politiques et, à l'instar d'autres pays pionniers dans ce secteur, à adopter une approche différente de la prévention des addictions. La question du développement des CPS tend donc à émerger dans la sphère publique et associative. En effet, le plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017 adopté lors d'un comité interministériel du 19 septembre 2003 évoque le renforcement des CPS des enfants et parents »³¹. En 2014, la MILDT devient MILDECA, ce qui traduit un élargissement de ses missions. Celle-ci crée alors une commission interministérielle de prévention des conduites addictives chargée de faire connaître les programmes de prévention des conduites addictives privilégiant le renforcement des CPS³². Une dynamique nouvelle est ainsi née et va se déployer auprès des jeunes, grâce notamment à des interventions dans le milieu scolaire.

Le début de la promotion de la santé au sein des milieux scolaires peut être daté de la fin du 19^{ième} siècle, alors que l'école de Jules Ferry apprend aux élèves les règles d'hygiène afin d'éviter la propagation des épidémies. Mais une conception plus globale de promotion de la santé tend à se développer à partir des années 1970³³. La loi d'orientation de 1989, puis la circulaire du 18 mai 1989 relative à la prévention du Sida tentent de faire des équipes éducatives les véritables promoteurs de la santé au sein de l'école. Mais en raison de l'isolement des thématiques et de

²⁹ E.BAUCHET, F.BECK, J.P.COUTERON, « *Jeunes et addictions* », *La santé en action*, 2014, n°429, p.18.

³⁰ *Ibid.*

³¹ PLAN GOUVERNEMENTAL DE LUTTE CONTRE LES DROGUES ET LES CONDUITES ADDICTIVES: 2013-2017 « *Les experts confirment en effet l'intérêt des interventions visant à développer les compétences à la fois des parents et des adolescents pour prévenir leur entrée en consommation et limiter les conduites addictives* », p.22

³² IDRAC.S., « *Conduites addictives des jeunes : après un an la MILDECA dresse le premier bilan du plan gouvernemental* », *La santé en action*, septembre 2014, n° 429, p47-48.

³³ La circulaire Fontanet de 1973 relative à l'information et l'éducation sexuelle marque un véritable tournant. V. Guide MILDT

l'absence de coordination, la promotion d'une approche globale de la santé reste limitée. C'est surtout à la fin des années 1990 qu'elle pourra émerger avec notamment la création des CESC³⁴. Ainsi, en 2005, la MILDT et le ministère de l'éducation nationale ont publié un guide d'intervention en milieu scolaire pour la prévention des conduites addictives³⁵. Par ailleurs, le développement de CPS peut s'intégrer au socle commun de connaissances et de compétences issu de l'article 9 de la loi du 23 avril 2005 d'orientation et de programme pour l'avenir de l'école et publié par un décret du 11 juillet 2006. En effet, les piliers 6 et 7 s'intitulent respectivement « compétences sociales et civiques » et « autonomie et initiative ». Les programmes de développement des CPS doivent ainsi pouvoir s'appuyer sur ce socle³⁶, qui est actuellement en cours de refonte, ce qui devrait soutenir le développement des CPS en milieu scolaire.

Les programmes de développement des CPS connaissent aujourd'hui un certain succès parce qu'ils répondent également à un besoin et à une demande au niveau local. Les établissements parties prenantes font le plus souvent face à des problématiques de violence, de délinquance et à des tensions diverses. Les acteurs de terrain rencontrés ont souvent souligné une volonté d'apaisement du climat scolaire. Par ailleurs, les programmes de développement des CPS sont souvent les héritiers de programmes antérieurs. C'est le cas par exemple de *Primavera* qui fait suite au programme *Prev'addict* à Paris, lequel s'appuyait sur la formation des personnels éducatifs à la prévention des addictions³⁷.

2. Des programmes qui dépassent le cadre de la prévention des addictions en travaillant sur le comportement individuel face aux conduites à risque

Il existe de nombreux plans d'action à dimension locale dont les objectifs peuvent sembler différents mais qui ont tous pour point commun le développement des CPS des jeunes. Le plus souvent, les programmes privilégient la prévention des conduites à risque davantage que des addictions. Ainsi, le développement des CPS n'est pas ciblé sur les addictions ce qui rend difficile la mesure de l'évolution des comportements addictifs.

³⁴ Circulaire n° 98-237 du 24 novembre 1998 Orientations pour l'éducation à la santé à l'école et au collège

³⁵ MILDT, DGESCO, *Prévention des conduites addictives. Guide d'intervention en milieu scolaire*, Sept. 2010.

³⁶ Celui-ci prévoit notamment qu'il « forme le jugement et l'esprit critique », « favorise un développement de la personne en interaction avec le monde qui l'entoure », « développe les capacités de compréhension et de création, les capacités d'imagination et d'action », « accompagne et favorise le développement physique, cognitif et sensible des élèves », ou encore « donne aux élèves les moyens de s'engager dans les activités scolaires, d'agir, d'échanger avec autrui, de conquérir leur autonomie ».

³⁷ L'objectif pour chaque établissement était de renforcer la cohérence éducative, la synergie et l'efficacité des actions générales de prévention des conduites à risque, et notamment celles relatives aux conduites addictives.

Exemples :

- Les programmes mis en œuvre dans les Pays de la Loire sont des programmes de santé publique qui ont pour objectif le développement des CPS et non la lutte contre les addictions à proprement parler.
- Le programme Primavera à Paris est destiné à prévenir les conduites à risque et les addictions. Cependant, les acteurs de terrain dans les établissements scolaires où le programme est déployé reconnaissent que ce dernier est plus utilisé pour prévenir les comportements violents que pour prévenir les addictions ; les établissements concernés n'étant que très peu touchés par les addictions.

Il ne s'agit pas pour autant d'un échec de ces programmes. En effet, ces programmes ont pour but de renforcer des compétences individuelles qui auront indirectement un impact sur l'entrée dans la consommation (estime de soi, confiance en soi, résistance aux pressions, prise de décisions éclairées...).

3. La mise en œuvre du développement des CPS : des expériences pilotes associées à des plans d'action différents

Tous les programmes n'ont pas pu faire l'objet d'une étude, la liste n'est donc pas exhaustive :

- Le programme « **Couleur-Santé** » a été développé par la Ligue contre le cancer en Bretagne et mis en œuvre de 2003 à 2005. Le **programme « Réso-lution »** l'a remplacé et fonctionne depuis dix ans dans les Côtes d'Armor mais n'a pas été déployé dans les autres départements bretons.
- Le programme **Primavera** à Paris s'inspire du programme Primavera dans la Somme. Il est expérimenté dans 5 établissements scolaires du 20^{ème} arrondissement et sera déployé dans des établissements du 13^{ème} arrondissement à compter de la prochaine rentrée scolaire.
- Le programme « **Prodas** » à Marseille a été conçu par le planning familial pour aborder la violence à l'école, en se fondant sur le développement des CPS. Il est actuellement déployé dans une dizaine d'établissements scolaires à Marseille.
- Le programme « **mieux vivre ensemble** » ;
- Le programme « **éducation par les pairs** » développé par l'IREPS Bretagne pour la MFR de Goven ;
- Le service de formation et de prévention de l'association Addiction-Méditerranée a mis en place des actions de prévention des addictions (**Approche**) ;
- Le programme « **Calypso** » à Rennes développé par l'ANPAA de Bretagne avait pour objectif de développer les CPS, afin de diminuer les conduites à risque et de prévenir les addictions.

- Le « **cartable des CPS** » en Pays de la Loire n'est pas un programme mais un outil de renforcement des CPS. Il n'a pas pour objectif de prévenir les addictions (cf. annexe 6).

Le tableau suivant récapitule certains programmes et outils, en cours d'utilisation sur le territoire.

	Primavera (Paris)	PRODAS (Marseille)	La prévention par les pairs à la MFR de Goven (Ile et Vilaine)	Approche (Marseille)	Le cartable CPS (Pays de la Loire)
Objectifs	Développer les CPS pour diminuer les conduites à risque et prévenir les addictions.	Il s'agit d'un programme de développement affectif et social à destination des enfants. Il n'est pas spécifiquement destiné à prévenir les addictions.	Développer, chez les élèves volontaires d'une MFR, les connaissances et les attitudes leur permettant d'intervenir, auprès de leurs pairs(es), en prévention et pour la réduction des risques liés aux conduites addictives.	Développer les CPS pour prévenir les addictions et retarder l'âge des premières expériences.	Il s'agit d'un outil pédagogique qui vise à renforcer les comportements psychosociaux et non à prévenir les addictions.
Méthodologie	Programme de 4 années, du CM1 à la 5ème. 3 séances de 2 heures par année scolaire en demi groupe.	Programme de 15 séances avec la mise en place d'un « cercle » de parole animé par un intervenant du planning familial.	3 demi-journées de formation pour « outiller » les jeunes pair(e)s et rencontre hebdomadaire des groupes de pair(e)s pour maintenir la motivation de ceux-ci.	En primaire, 5 séances de 1h par groupe. Au collège, 2 à 3 séances par an en demi-groupe (6h par classe et 4h par élève).	18 à 25 heures de travail réparties sur deux années scolaires.
Concepteur(s)	Association pour la recherche et la promotion des approches expérientielles (OPPELIA)	Le mouvement français pour le planning familial à Marseille.	IREPS	Le service de prévention de l'association Addiction-Méditerranée.	IREPS
Acteurs de terrain	Des professionnels de l'Education Nationale : enseignants, CPE, infirmière scolaire ; Le référent Education Ville ; L'association Charonne.	Les professionnels de l'éducation nationale ; Le planning familial ;	L'équipe éducative de la MFR ; Des élèves volontaires pour devenir « pairs » ; L'IREPS.	Les professionnels de l'Education Nationale ; L'association Addiction-Méditerranée.	Académie de Nantes ARS IREPS COPIL santé publique
Financement	La MILDECA : 60 000 €	L'ARS ; Le contrat de ville ; La ville de Marseille.	Conseil Général de la Bretagne ; La MILDECA	L'ARS, la MILDECA, la ville pour les actions en primaire, le Conseil	L'ARS

				Départemental pour les actions en collège et le conseil Régional pour les actions en Lycée.	
Durée de vie du programme.	Depuis la rentrée 2015. Programme prévue pour une durée de 4 années.	Depuis 11 ans (2005).	Programme sur trois années scolaires : 2013 / 2014 ; 2014 / 2015 ; 2015 / 2016.	Depuis 2005 en secondaire ; Depuis 2009 en primaire.	Depuis 15 ans.
Inclusion des parents	Les parents d'élèves n'ont pas été officiellement informés du programme. Ils ont la possibilité de participer à des ateliers mais cela reste exceptionnel.	Pas d'inclusion des parents.	Les parents ne sont pas officiellement informés de l'implication de leur enfant dans le programme.	Pas de communication avec les parents en primaire. Au collège, il est prévu une communication sur le programme au cours des cafés des parents.	Animation d'ateliers pour les parents sur quelques sites. Des rencontres ont parfois lieu mais c'est très peu développé.
Formation préalable	Formation d'une durée de 3 jours de l'ensemble des animateurs.	Formation des enseignants d'une durée de 4,5 jours réduite à 3 jours en 2015 et accompagnement de ceux-ci pendant 15 séances s'ils le souhaitent.	Formation d'une durée de 2 demi-journées des 6 animateurs.	Les enseignants sont formés durant 1 demi-journée à une journée.	Aucune, mais accompagnement par des intervenants de l'IREPS.
Modalités d'évaluation	Des fiches d'évaluation à remplir par les enseignants en fin d'année scolaire.	Une évaluation a été menée par la cellule de santé publique de l'APHM auprès des enseignants et des élèves. Des bilans annuels.	Des enquêtes de satisfaction ont été effectuées à destination des pair(e)s et de l'ensemble des élèves de la MFR.	Des bilans annuels réalisés par l'association auprès des enseignants et des jeunes.	Enquêtes de satisfaction
Partenaires institutionnels	La MILDECA ; L'INPES ; Le Rectorat ; La Ligue contre le cancer – comité de Paris.	L'ARS ; Le contrat de ville ; La ville de Marseille ; L'académie EN.	IREPS ; Rectorat ; ARS.	La MILDECA ; ARS ; Ville de Marseille.	IREPS ; ARS ; Rectorat.

II. La mise en œuvre hétérogène de ces programmes nécessite un investissement global et coordonné par les acteurs nationaux et locaux pour aboutir à une réelle efficacité

Si l'intérêt du développement des CPS n'est plus à démontrer, force est de constater que la mise en œuvre de programmes et leur généralisation se heurtent à certaines difficultés (A). Il semble alors nécessaire de développer une politique volontariste au sein des différentes institutions concernées afin d'atteindre l'objectif de pérennisation de ces programmes et par là même d'obtenir une diminution des addictions chez les jeunes (B).

A. Les difficultés rencontrées ne doivent pas masquer l'intérêt du développement des compétences psychosociales en matière de prévention des conduites à risque et addictions chez les jeunes.

1. Les atouts des programmes de renforcement des CPS

Tout d'abord, les activités proposées dans le cadre du programme sont appréciées par les élèves et le climat scolaire dans les écoles et les collèges s'améliore suite à la mise en œuvre des programmes. Les élèves apprécient l'apprentissage d'une autre forme d'expression, et la valorisation d'autres compétences que celles développées dans le cadre strict de l'école. Les élèves sont également sensibles à l'autonomie que les programmes leur permettent de développer dans la gestion de conflit. Ils apprécient enfin de bénéficier d'une intervention extérieure quand il s'agit d'évoquer des questions intimes.³⁸ De plus, les différents programmes montrent unanimement un résultat similaire : l'amélioration du climat scolaire au sein des établissements. Cependant, ce résultat, fondé sur un ressenti plus que sur des données quantitatives, ne peut pas être directement corrélé à la mise en œuvre de ces programmes.

Par ailleurs, cette nouvelle approche est perçue par les professeurs comme complémentaire à leur formation et leur permet de nouer une relation différente avec les élèves. En effet, l'approche « expérientielle » permet de développer de nouvelles façons d'enseigner, tout en promouvant l'éducation à la santé. Tim Greacen, docteur en psychologie et directeur du laboratoire de recherche de l'EPSM Maison Blanche à Paris, établit un parallèle entre le développement des CPS en France et l'éducation à la santé réalisée en Australie à partir de cinq ans par les enseignants. Le décroisement réalisé en Australie permet de promouvoir la « bonne santé » chez les plus jeunes et jusqu'à l'âge adulte. Cela participe à l'objectif de démocratie sanitaire.

³⁸ Entretien avec la coordinatrice du programme « Primavera » (Paris, 20^{ème} arrondissement)

Enfin, en matière de prévention des addictions, un coordinateur des politiques éducatives de l'inspection académique souligne qu'il faut s'intéresser au type de sociabilité spécifique à chaque addiction. En effet, l'addiction à l'alcool ou au cannabis permet au jeune de s'inscrire dans un groupe alors que l'addiction liée aux écrans isole. Dans les deux cas, le travail de développement des CPS est opportun.

2. Des mises en œuvre contrastées.

Ce bilan globalement positif ne doit pas occulter une mise en œuvre demeurant perfectible.

En premier lieu, l'évaluation est complexe car les résultats observables sont des changements de comportements ou des ressentis.

Les effets sont, entre autres, l'amélioration du climat scolaire, la baisse du sentiment d'insécurité ou l'intégration dans une classe. Or, il est difficile de savoir quels sont les facteurs modifiant un comportement ou un ressenti. L'ensemble des programmes ne dispose pas de critères objectifs d'évaluation : selon une des personnes interrogée : « [...] il va falloir chercher des indicateurs concrets, visibles qu'il va falloir quantifier et qui vont permettre d'évaluer de manière fine, c'est très, très compliqué ».

L'évaluation de tels programmes est fondée sur des indicateurs souvent guidés exclusivement par les financeurs : nombres de séances prévues et réalisées, nombres d'élèves présents. Ainsi, selon l'association Addiction Méditerranée : « On a les outils de suivi et de rendu de l'activité, mais pas d'outil pour évaluer l'impact ».

Par ailleurs les attentes des financeurs diffèrent selon leurs objectifs internes. Ainsi, l'Inspection Académique de l'Education Nationale aura pour principal objectif l'amélioration du climat social de l'école, en vue de permettre de meilleures conditions d'éducation. La MILDECA ne financera un programme que s'il a pour objectif la prévention des addictions. Enfin, l'ARS est intéressée par le développement des CPS en tant que moyen de promotion de la santé. Ainsi la pérennité du financement n'est pas assurée en cas de non atteinte des objectifs. En outre, il ressort un manque de moyens nécessaires à la bonne mise en œuvre de leurs projets. Le programme Primavera bénéficie d'une enveloppe de 60 000 euros pour mettre en œuvre le programme dans quatre écoles et un collège par le biais de sept associations différentes. Les moyens financiers manqueraient notamment pour assurer une bonne évaluation des données de suivi.

En outre, le caractère expérimental de ces programmes entraîne des disparités locales d'implication, de développement et de suivi. En effet, il apparaît parfois difficile de mobiliser des professeurs sur le long terme, du fait d'un turn-over important dans les quartiers choisis pour réaliser le programme, cumulant souvent les difficultés. Dès lors, on peut s'interroger sur la formation à offrir aux enseignants. Certains visent principalement à former les enseignants et leur

donner les outils pour leur permettre de travailler en continu les CPS. C'est le cas des programmes développés sur Rennes par l'IREPS et par la LCC des Côtes d'Armor. D'autres programmes en revanche, comme « Le cartable » en Pays de Loire, visent à assurer des interventions régulières dans les classes par des intervenants extérieurs. Enfin, des programmes sont mixtes et prévoient trois à quatre interventions extérieures, entrecoupées d'activités réalisées par l'enseignant lui-même. Par ailleurs, les enfants ayant bénéficié du programme seraient destinés à devenir des « tuteurs des CPS ». Il paraît bon de se demander si, dans la pratique, les quelques enfants capables de transmettre ces compétences suffisent à étendre les bienfaits des programmes mis en œuvre.

De surcroît, la bonne mise en œuvre des projets dépend fortement de la volonté d'implication de l'équipe éducative. Plusieurs programmes ne se poursuivent pas ou disparaissent avec le départ de la personne responsable. Par exemple, dans le cadre du programme « Couleur-santé », lorsque le médecin qui portait le projet s'est retiré, le programme a disparu. Une volonté institutionnelle est alors primordiale afin de pérenniser les actions. Par exemple, une classe de 6ème a bénéficié du développement des compétences psychosociales ce qui lui a permis de s'inscrire dans une démarche participative. Souhaitant garder le même groupe lors du passage en 5ème, les élèves ont rencontré le directeur afin d'exposer leurs arguments. La demande a été acceptée. Cependant, l'année suivante, les enseignants n'étant pas préparés se sont sentis démunis face à une classe où le dialogue était très présent et dans laquelle chacun pouvait s'exprimer, donner son avis, s'impliquer. Par ailleurs, les programmes sont souvent imposés de manière descendante : les établissements et les enseignants sont parfois contraints d'adhérer au programme sans réelle volonté, ce qui peut avoir un impact sur la réussite du projet. En outre, certains enseignants peuvent ne pas se sentir légitimes à exercer un rôle de référent sur les CPS.

Enfin, l'attribution des rôles au sein de l'équipe éducative peut paraître floue. Le rôle des chefs d'établissement est de coordonner les actions mises en œuvre par le biais des CESC qui ne sont toutefois pas mis en place dans tous les établissements.

D'un autre côté, la réussite des programmes nécessite plus d'implication des parents. A la différence des expérimentations mises en œuvre au Canada, le contexte français ne laisse que très peu de place à la participation des parents dans le milieu scolaire. Parfois, les craintes sont liées à un contexte social difficile. Dans le cadre du programme « Primavera », l'équipe éducative a émis quelques craintes quant à l'implication des familles dans les programmes suite à des violences exercées par un membre d'une famille envers un professeur.

Enfin, une bonne coordination entre les différents partenaires est indispensable. Les programmes de développement des CPS doivent nécessairement s'inscrire dans une logique de réseau territorial. Les acteurs en jeu sont nombreux et ont des approches professionnelles différentes.

La bonne mise en œuvre des programmes dépend également de l'implication de l'ensemble des acteurs du territoire. Lors des entretiens, il a été régulièrement reproché l'insuffisance de temps accordé aux programmes dans la scolarité des enfants et le manque d'acteurs volontaires. L'investissement de l'ensemble des acteurs est primordial à la bonne conduite de ces projets qu'ils soient des acteurs de terrain, des acteurs institutionnels ou politiques. Ainsi l'implication des financeurs est tout aussi importante qu'une volonté politique.

B. Une politique volontariste à développer au sein de l'éducation nationale et l'ARS, soutenue par une démarche globale d'éducation à la santé et à la citoyenneté

1. Vers la mise en place du parcours éducatif de santé pour tous les élèves

Les axes de la politique de prévention des conduites addictives en milieu scolaire ont pour objectif d'apporter aux élèves :

- des connaissances sur la santé et le bien-être, notamment dans le domaine des addictions
- des connaissances sur les produits psychoactifs, leurs effets et la législation en vigueur
- une mise à distance des stéréotypes et des pressions sociales poussant à la consommation
- les moyens donnés aux élèves pour demander de l'aide dans et hors établissements

Créé par la circulaire du 26 janvier 2016, le parcours éducatif de santé vient enrichir les axes de la politique de prévention des conduites addictives. Ce parcours vise à structurer la présentation des dispositifs qui concernent à la fois la protection de la santé des élèves, les activités éducatives liées à la prévention des conduites à risques et les activités pédagogiques mises en place dans les enseignements en référence aux programmes scolaires. Il s'inscrit dans le cadre du projet d'école ou d'établissement et constitue l'un des axes du projet du CESC. Le parcours éducatif de santé est organisé autour de trois axes, en lien avec le médecin traitant : l'éducation à la santé³⁹, la prévention de la santé⁴⁰, la protection de la santé, nommée « parcours de santé » dans la loi de modernisation du système de santé.

La mise en œuvre du parcours éducatif de santé s'appuie sur des partenariats nationaux⁴¹ et académiques. La cellule académique, chargée de l'accompagnement opérationnel des

³⁹ Basée sur le socle commun de connaissances, de compétences et de culture et les programmes scolaires, cet axe d'éducation à la santé décrit les compétences à acquérir à chacune des étapes de la scolarité afin de permettre à chaque futur citoyen de faire des choix éclairés en matière de santé.

⁴⁰ Par exemple centrée sur les conduites addictives.

⁴¹ Notamment avec le ministère chargé de la santé représenté par la direction générale de la santé et avec l'agence nationale de santé publique (ANSP) dans le cadre des conventions qui les lient à la direction générale de l'enseignement scolaire.

établissements, des circonscriptions et des écoles⁴², a notamment vocation à mettre en place des partenariats associant les écoles supérieures du professorat et de l'éducation, les ARS et les collectivités territoriales.

La circulaire de 2016 prévoit en outre la mise en place d'un dispositif de formation initiale et continue à l'échelon académique afin de développer une culture commune aux personnels enseignants, d'éducation et de santé. Cette formation s'inscrirait dans le cadre des PAF. Elle permettrait de renforcer les compétences des personnels tant en ce qui concerne l'éducation à la santé que le repérage des difficultés de santé. La formation concerne également des personnels de direction et d'inspection à l'ESENESR et au sein des académies.

Analyse des apports de la circulaire pour le développement des CPS en milieu scolaire :

Il apparaît ainsi que la circulaire crée de véritables opportunités pour la question qui nous intéresse. En effet, elle libère un espace dans lequel va pouvoir se déployer la prévention des addictions. Le parcours éducatif de santé, doté d'un fondement normatif, identifie des acteurs et instances compétents et inscrit la démarche d'éducation à la santé dans la formation des professionnels de l'éducation nationale. Pour autant, il n'existe aucune certitude quant à l'intégration de programmes de développement des CPS au sein du parcours éducatif de santé dans la mesure où la circulaire et le socle commun des connaissances, compétences et culture n'évoquent pas explicitement la question des CPS. L'éducation à la santé va-t-elle rester fondée sur l'information relative aux addictions ou se tourner vers le développement des CPS ? Il est difficile d'apporter une réponse ferme à cette question, mais la dynamique que connaissent aujourd'hui les programmes de développement des CPS permet d'être optimiste.

2. Des préconisations stratégiques et opérationnelles afin de favoriser la pérennisation des programmes de développement des CPS

Nos recommandations s'articulent autour de trois axes stratégiques :

- Mettre en place une politique nationale innovante relative à l'éducation et la prévention de la santé qui s'appuie sur le développement des CPS.
- Organiser la transférabilité en France des programmes de développement des CPS expérimentés et validés à l'étranger. A titre d'exemple : les programmes de soutien à la parentalité développés aux Etats-Unis et en Australie.
- Favoriser la transversalité inter institutionnelle de la promotion de la santé fondée sur une conception partagée du développement des CPS.

⁴² Circulaire n° 2014-068 du 20 mai 2014.

Afin de mettre en œuvre opérationnellement ces axes stratégiques, le tableau ci-dessous récapitule un ensemble de préconisations par thématiques. Ces préconisations ont été identifiées dans le cadre des entretiens menés sur les différents territoires de notre étude.

Thématique n°1 : Acculturation
<p><u>Objectif :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Réduire le temps de l'expérimentation et favoriser le déploiement des programmes en relation avec les institutions. - Favoriser l'appropriation culturelle des CPS dans chaque institution, en s'appuyant sur les nouvelles réglementations. - Créer les conditions permettant de porter le projet au sein d'un établissement (scolaire, MECS, établissement de la PJJ). - Faire évoluer les pratiques et postures professionnelles des enseignants afin de sortir d'un système principalement « descendant ». <p><u>Moyens :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - S'appuyer sur les EPI afin de dépasser le cloisonnement disciplinaire. - En phase expérimentale, identifier les membres de l'équipe éducative volontaires et motivés pour porter le projet. - Intégrer le développement des CPS dans le projet d'établissement mobilisant l'ensemble de l'équipe éducative. Le but est de fédérer l'équipe afin que la démarche devienne institutionnelle et non plus individuelle ou limitée. Selon un médecin inspecteur de santé publique, « <i>La conviction des acteurs conduira à l'efficacité de ces programmes. La dynamique est lancée.</i> » <p><u>Bonne pratique identifiée :</u> Le programme "Résolution" (Côtes d'Armor) est inscrit dans le projet de l'école et prend donc part à une démarche institutionnelle.</p>
Thématique n°2 : Coordination
<p><u>Objectif :</u> Coordonner les acteurs de terrain, institutionnels et politiques autour d'un projet commun.</p> <p><u>Moyen :</u> Favoriser des espaces de débats collectifs sur le sens des CPS pour les différents acteurs impliqués.</p> <p><u>Bonnes pratiques identifiées :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Le programme « Le Cartable » (IREPS Pays de Loire), a fait l'objet d'une convention pluriannuelle tripartite entre l'Inspection académique, l'ARS et l'IREPS. Cela permet une réflexion continue sur les pratiques, une organisation mettant en place des dispositifs pour que les intervenants se rencontrent et discutent ensemble de leurs pratiques. Le partenariat avec l'académie est également déterminant. Sans lui, le risque est que les enseignants, notamment du premier degré, ne puissent pas partir en formation, n'étant pas remplacés. Le dispositif perd alors tout son sens. - Dans le cadre du programme « Résolution », un réseau de partenaires s'était mis en place afin d'apporter des conseils méthodologiques et une formation sur la question des CPS : ANPAA, IREPS, CRIJ, LCC, Mutualité française, AIDS. Par ailleurs, afin de faciliter le partenariat entre institutions, s'est développé un COPIL inter-régional piloté et animé par l'animatrice territoriale de santé. Ce COPIL regroupe l'IREPS 44, l'IREPS 35, les acteurs du contrat local de santé et l'Inspection Académique de l'Education Nationale.

- Dans le cadre de la mise en place d'un volet régionalisation du programme impulsé par l'ARS PACA, le MFPP des Bouches du Rhône va devenir pôle de compétences et envisage de former de nouvelles associations à ce programme en 2016 (le comité départemental d'éducation pour la santé, CODES 06, le MFPP 84).

Thématique n°3 : Formation

Objectif :

- Concevoir un contenu de formation relative au développement des CPS par un groupe d'experts pluri institutionnels.
- Encourager la mise en place d'appels à projets permettant la labellisation des structures porteuses de programmes de développement des CPS.

Moyens :

- Inscrire la question des CPS dans le PAF en se servant des expériences déjà mises œuvre localement.
- Prévoir un budget de remplacement des enseignants lors des formations.

Bonnes pratiques identifiées :

Le PRODAS comprend un programme de formation destiné aux enseignants et inscrit dans le plan académique de formation continue du territoire des Bouches du Rhône. Des contacts ont été pris par le planning familial auprès de l'inspection d'académie pour faire figurer le PRODAS dans la formation initiale des enseignants.

Thématique n°4 : Inclusion des parents

Objectif : Inclure les parents dans le développement des CPS.

Moyen : Faire participer les parents aux programmes de façon directe ou indirecte.

Bonnes pratiques identifiées :

- Convier les parents à une exposition des travaux réalisés par des enfants.
- Proposer aux parents d'être référents d'une action menée au sein du programme (mis en œuvre à Amiens).
- L'association méditerranéenne de prévention et de traitement des addictions prévoit une communication sur le programme au cours de « cafés des parents ».

Thématique n°5 : Financement

Objectifs :

- Optimiser l'ensemble des financements pour permettre une continuité des actions tout au long du parcours de l'enfant en milieu scolaire et extra-scolaire.
- Organiser la coordination des multiples financeurs.

Moyens :

- Clarifier les objectifs à chaque étape du parcours de l'enfant.
- Affecter les financements de chaque institution en fonction de ses objectifs.

Thématique n°6 : Mise en œuvre de l'évaluation

Objectif : Définir deux composantes de l'évaluation : l'acquisition des CPS et l'impact des programmes sur les comportements à risque et addictions par type de public (primaire et secondaire).

Moyens :

- Définir pour chaque changement de comportement ou de ressenti identifié, un ou plusieurs indicateurs quantitatifs permettant de mesurer les effets des programmes à moyen et long terme. Exemple d'indicateur quantitatif : en ce qui concerne la baisse du sentiment d'insécurité ressentie par les élèves, l'indicateur quantitatif choisi peut être le nombre

d'incidents violents déclaré ou constaté au cours de l'année.

- Prévoir une évaluation mettant en jeu plusieurs paires d'établissements comparables, afin de créer des « groupes expérimentaux » et des « groupes contrôle ».

- Constituer une cohorte d'élèves intégrée au programme et suivre leur évolution jusqu'à leur sortie du système scolaire.

Conclusion

En France, le niveau de consommation de substances psychoactives reste préoccupant chez les jeunes en dépit de la mise en place de programmes de prévention des addictions depuis de nombreuses années. Cet échec a conduit la MILDT (devenue aujourd'hui MILDECA) à se tourner vers de nouveaux programmes s'appuyant sur le développement des CPS. Ces derniers sont mis en œuvre à l'étranger depuis 1970 et se fondent sur des travaux scientifiques probants.

Depuis plus de dix ans des programmes expérimentaux ont été mis en œuvre sans parvenir toutefois à être généralisés. En effet, développer les CPS nécessite de faire évoluer les mentalités et « bouger les axes institutionnel »⁴³ ce qui constitue un véritable frein à leur généralisation malgré les intérêts démontrés au niveau international et la satisfaction⁴⁴ des acteurs locaux. D'autre part, l'efficacité de ces programmes est complexe à mesurer car il est « impossible d'évaluer un comportement qui aurait pu potentiellement être »⁴⁵. Aucun des programmes étudiés n'a pu procéder à une évaluation à long terme de leurs bénéfices sur la santé. Ce manque représente un obstacle pour impulser une véritable politique nationale et faire émerger une démarche institutionnelle continue. Enfin, l'absence de coordination des acteurs intervenant dans la mise en œuvre des programmes de prévention vient s'ajouter à ces difficultés. C'est pourquoi il conviendrait de repenser la stratégie et les modalités de mise en œuvre.

Plusieurs pistes peuvent être envisagées afin de remédier à ces problèmes. Tout d'abord, impulser une politique nationale permettrait d'harmoniser sur le territoire le déploiement de ces programmes. Cela apporterait les financements nécessaires à leur développement et à la mise en œuvre d'un dispositif national d'évaluation des effets à long terme des programmes. Par ailleurs, il est nécessaire d'organiser la coordination des acteurs à travers la mise en place d'instances de pilotage. D'un point de vue opérationnel, il est opportun d'inscrire les CPS dans le PAF afin de faire évoluer les pratiques et postures professionnelles. Ensuite, il semble indispensable d'intégrer le développement des CPS dans le projet d'établissement afin de mobiliser l'ensemble de l'équipe éducative. Enfin, favoriser des espaces de débats collectifs sur le sens des CPS permettrait aux différents acteurs de s'approprier la démarche.

Il n'en demeure pas moins que la question du développement des CPS s'inscrit dans une approche de l'addiction centrée sur la personne. Celle-ci n'est toutefois pas exclusive d'une analyse sociale qui s'attache aux facteurs environnementaux. Il s'agit de développer une approche collective des CPS afin de créer un environnement favorable à la réduction des conduites addictives.

⁴³ Entretien IREPS de Bretagne

⁴⁴ Résultats enquêtes de satisfaction réalisées par les différents acteurs rencontrés auprès des élèves et des enseignants

⁴⁵ Entretien Médecin inspecteur de santé publique

Bibliographie

Ouvrages

FORTIN Jacques. *Mieux vivre ensemble dès l'école maternelle*, Hachette éducation, 2008

FORTIN Jacques, *Les compétences psychosociales chez l'enfant* in J. Lecomte (dir.) *Introduction à la psychologie positive*, Paris, Dunod, 2009 .

Articles

ARWIDSON, P. « Le programme de développement des compétences psychosociales » [En ligne]. Canopé Edition 2016 [Consulté le 10/05/2016], Disponible sur <http://crdp-pupitre.ac-clermont.fr/>

ARWIDSON. P et al. « Compte-rendu de la session Promouvoir les compétences psychosociales chez les enfants et chez les jeunes », *9èmes Journées de la prévention - Paris - 3, 4 et 5 juin 2014, Rapport 2014.*

BAUCHET.E, BECK.F, COUTERON.JP. « Jeunes et addictions », *La santé en action*, septembre 2014, n° 429, p21-29.

BANTUELLE.M, DEMEULEMEESTER.R. « Comportements à risque et santé : agir en milieu scolaire. Référentiel de bonnes pratiques », *Editions INPES*, 2008, 134 p.

BOTVIN G. J, A Eng, « The efficacy of a multicomponent approach to the prevention of cigarette smoking », *Preventive Medicine*, 1982, n°11, p.199-211.

BOTVIN G. J., BAKER Eli, DUSENBURY Linda, BOTVIN Elizabeth M., DIAZ Tracy, “Long-term Follow-up Results of a Randomized Drug Abuse Prevention Trial in a White Middle-class Population”, *JAMA*, n°273, p.1106-1112.

BOTVIN G. J., ENG A , WILLIAMS C. L., « Preventing the onset of cigarette smoking through life skills training », *Preventive Medicine*, 1980, n°9, p.135-143.

BROUSSOULOUX.S, BERGER.D, HOUZELLE.N, MICHARD.JL. « Education pour la santé à l'école : quelles compétences pour les professionnels ? », *La santé de l'homme*, n°407,Mai-juin 2010, p17-36.

BUHLER Anneke, SCHRODER Elke Schro¨ , SILBEREISEN Rainer K., “The role of life skills promotion in substance abuse prevention: a mediation analysis”, *Health education research*, 2008, n°23, p.621-632.

IDRAC.S. « Conduites addictives des jeunes : après un an la MILDECA dresse le premier bilan du plan gouvernemental », *La santé en action*, septembre 2014, n° 429, p47-48.

LAMBOY.B, FORTIN.J, AZORIN.JC, NAKAA.M. « Développer les compétences psychosociales chez les enfants et les jeunes », *La santé en action*, mars 2015, n° 431, p10-40.

MOREL.A. « Les conditions d'efficacité de la prévention des addictions » *Actions Santé, la revue de la santé à l'école*, n° 188, juillet 2015.

PHAN.O, FOLKMANN.M. « Les consultations jeunes consommateurs, agir contre les addictions implique plus de moyens thérapeutiques », *Actions Santé, la revue de la santé à l'école*, n° 188, juillet 2015.

ROSSE.E, FOLKMANN.M. « L'addiction, fatale rencontre d'un produit, d'une personnalité et d'un moment socio culturel. », *Actions Santé, la revue de la santé à l'école*, n° 188, juillet 2015.

SPILKA.S, LE NEZET.O, BECK.F. « Estimation 2014 des consommations de produits psychoactifs à 17 ans », Enquête ESCAPAD 2014 [*En ligne*]. Observatoire français des drogues et toxicomanie [Consulté le 10/05/2016], Disponible sur <http://www.ofdt.fr/>

WILLIAMSON.MO, SEGRÉTAİN.M. « Le cartable des compétences psychosociales » [*En ligne*]. IREPS- Pays de la Loire [Consulté le 09/05/2016], Disponible sur <http://www.cartablecps.org/>

WILQUIN.JL, CLEMETN.J, LAMBOY.B. « Interventions validées ou prometteuses en prévention du tabagisme chez les jeunes : synthèse de la littérature » *Santé publique*, 2013 volume 25 supplément n°1, p65-74.

Rapports publics

IREPS – Haute Normandie, *Pour une prévention des Conduites addictives – Référentiel à l'usage des professionnels dans et hors milieu scolaire*, Février 2016.

IREPS - Pays de la Loire. *Compétences psychosociales : catalogue des outils de prévention*, 2014.

IREPS - Pays de la Loire, *Évaluation à distance auprès de professionnels ayant participé au Programme ligérien de prévention primaire des conduites addictives en milieu scolaire par le renforcement des compétences psychosociales chez les enfants de 7 à 12 ans*.

INPES, *Compte-rendu de la session : Promouvoir les compétences psychosociales chez les enfants et chez les jeunes*.

INPES, *Promouvoir les compétences psychosociales chez les enfants et chez les jeunes*, compte-rendu des 9èmes journées de la prévention, 3 juin 2014, [en ligne] <http://inpes.santepubliquefrance.fr/jp/cr/2014/s2.asp>.

INSERM, *Conduites addictives chez les adolescents – Usage, prévention et accompagnement*, Salle de presse de l'INSERM [En ligne], Les éditions INSERM 2014 [Consulté le 10/05/2016], Disponible sur <http://presse.inserm.fr/>

MILDT, DGESCO, *Prévention des conduites addictives. Guide d'intervention en milieu scolaire*, septembre 2010.

World Health Organization (WHO), *Life skills education in schools*, Geneva, WHO, 1997, 48p.

World Health Organization (WHO). *Skills for health: Skills-based health education including life skills: An important component of a child-friendly/ health-promoting school.*, Geneva, WHO, 2003 : 88 p.

Liste des annexes

Annexe 1 : Enquête ESCAPAD 2014.

Annexe 2 : Les compétences sociales, cognitives et émotionnelles, La santé en action, n° 431 mars 2015.

Annexe 3 : Schéma des compétences psychosociales, Béatrice LAMBOY, Développer les compétences psychosociales des enfants et des parents : pourquoi et comment ? Devenir, 2014/4, vol. 26.

Annexe 4 : Tableau de concordance entre CPS et prévention des addictions : IREPS – Haute Normandie. Pour une prévention des Conduites addictives – Référentiel à l’usage des professionnels dans et hors milieu scolaire. Février 2016.

Annexe 5 : Résultats de l’évaluation du programme Life Skills Training (mis en œuvre pendant une période de 30 ans) sur les conduites addictives.

Annexe 6 : Parcours « pression » - IREPS Pays de la Loire – Le cartable des CPS.

Annexe 7 : Lien entre les CPS et les matières enseignées – 9^{ème} journée de prévention de l’INPES - « Promouvoir les compétences psychosociales chez les enfants et les jeunes ».

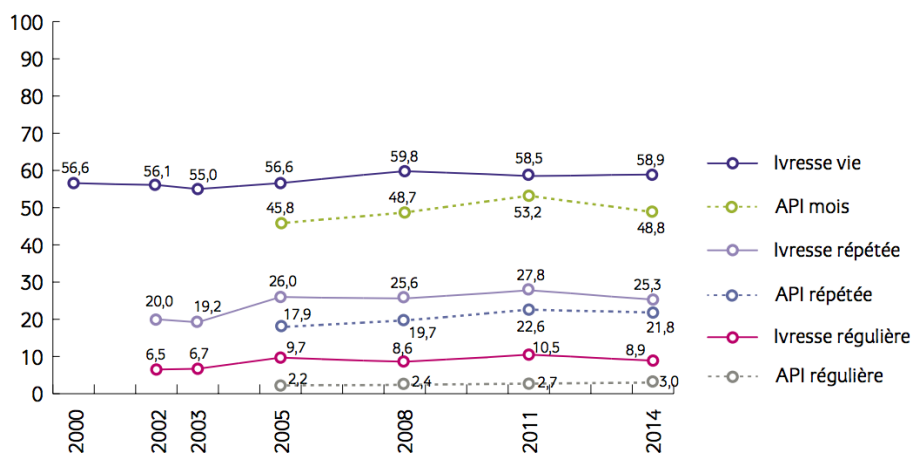
Annexe 8 : Questionnaire adressé à l’ensemble des acteurs interviewés.

Annexe 9 : Planning et répartition des entretiens.

Annexe 11 : Primavera, évaluation de l’impact sur le groupe.

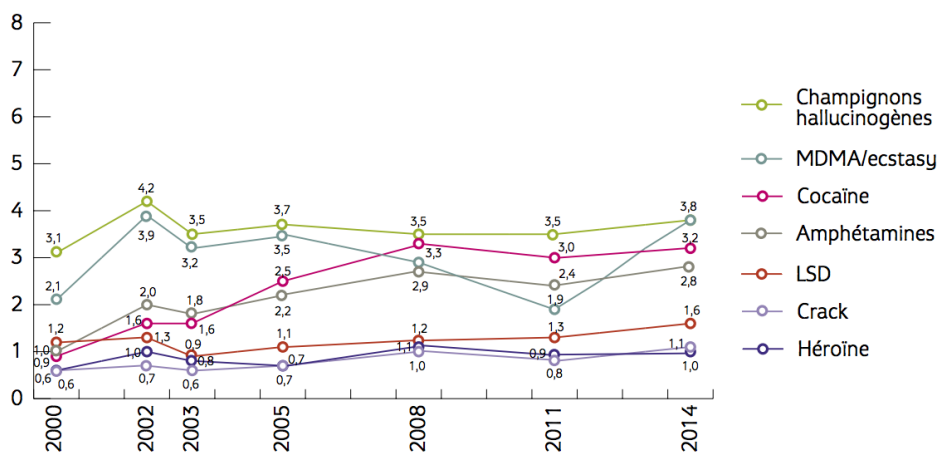
Annexe 1 : enquête ESCAPAD, 2014

Figure 2 - Évolutions des ivresses alcooliques et des API à 17 ans, en métropole depuis 2000 (en %)



Source : enquêtes ESCAPAD, OFDT.

Figure 3 - Évolutions des expérimentations des principales drogues illicites autres que le cannabis à 17 ans, en métropole, depuis 2000 (en %)



Source : enquêtes ESCAPAD, OFDT.

Tableau 1 - Évolutions 2011-2014 du niveau d'usage des substances psychoactives par sexe à 17 ans, en métropole (% en ligne)

		Garçons 2011	Garçons 2014	Filles 2011	Filles 2014	Sex ratio 2014	Ensemble 2011	Ensemble 2014	Évolutions 2011-2014
Tabac	Expérimentation	66,9	66,8 (↔)	69,9	70,1 (↔)	0,95*	68,4	68,4	→
	Dans le mois	42,4	43,2 (↔)	41,6	44,4 (↗)	0,97	42,0	43,8	↗
	Dans le mois : <1 cig/jour (occasionnel)	9,6	10,2 (↔)	11,5	12,6 (↗)	0,81*	10,5	11,3	↗
	Quotidien	32,7	33,0 (↔)	30,2	31,9 (↗)	1,04	31,5	32,4	↗
	Intensif	9,6	9,3 (↔)	5,8	6,1 (↔)	1,53*	7,7	7,7	→
Alcool	Expérimentation	91,8	90,2 (↘)	90,1	88,3 (↘)	1,02*	91,0	89,3	↘
	Dans le mois : ≥1 usage	79,7	76,2 (↘)	74,2	67,6 (↘)	1,13*	77,0	72,0	↘
	Dans le mois : ≥10 usages (régulier)	15,2	17,5 (↗)	5,6	6,8 (↗)	2,58*	10,5	12,3	↗
	Dans le mois : ≥30 ou quotidien	1,6	2,9 (↗)	0,3	0,6 (↗)	4,82*	0,9	1,8	↗
Ivresse alcoolique	Expérimentation	63,5	63,8 (↔)	53,3	53,8 (↔)	1,18*	58,5	58,9	→
	Dans l'année : ≥1	56,4	55,2 (↔)	44,1	42,7 (↘)	1,29*	50,5	49,0	↘
	Dans l'année : ≥3 (répétée)	34,0	32,1 (↘)	21,3	18,3 (↘)	1,75*	27,8	25,3	↘
	Dans l'année : ≥10 (régulière)	15,0	13,0 (↘)	5,7	4,7 (↘)	2,79*	10,5	8,9	↘
Alcoolisation ponctuelle importante (au moins 5 verres en une occasion)	Dans le mois : ≥1 fois	59,7	54,6 (↘)	46,5	42,9 (↘)	1,27*	53,2	48,8	↘
	Dans le mois : ≥3 fois (répétée)	29,0	28,3 (↔)	15,9	15,2 (↔)	1,86*	22,6	21,8	↘
	Dans le mois : ≥10 fois (régulière)	4,2	4,7 (↔)	1,2	1,3 (↔)	3,66*	2,7	3,0	→
Cannabis	Expérimentation	44,0	49,8 (↗)	38,9	45,8 (↗)	1,09*	41,5	47,8	↗
	Dans l'année : ≥1 usage	37,8	41,1 (↗)	31,2	35,3 (↗)	1,17*	34,6	38,2	↗
	Dans le mois : ≥1 usage	26,3	29,1 (↗)	18,5	21,9 (↗)	1,33*	22,4	25,5	↗
	Dans le mois : ≥10 usages (régulier)	9,5	12,5 (↗)	3,4	5,8 (↗)	2,16*	6,5	9,2	↗
	Dans le mois : ≥30 ou quotidien	4,5	5,6 (↗)	1,4	2,3 (↗)	2,47*	3,0	4,0	↗
Poppers	Expérimentation	9,2	5,7 (↘)	8,8	5,2 (↘)	1,10	9,0	5,4	↘
Produits à inhaler	Expérimentation	5,4	4,2 (↘)	5,6	4,3 (↘)	0,97	5,5	4,3	↘
Champignons hallucinogènes	Expérimentation	4,8	5,0 (↔)	2,1	2,7 (↗)	1,85*	3,5	3,8	→
Cocaïne	Expérimentation	3,3	3,2 (↔)	2,7	3,3 (↗)	0,96	3,0	3,2	→
Ecstasy	Expérimentation	2,2	4,2 (↗)	1,6	3,5 (↗)	1,20*	1,9	3,8	↗
Amphétamines	Expérimentation	2,9	3,2 (↔)	2,0	2,3 (↔)	1,38*	2,4	2,8	↗
LSD	Expérimentation	1,7	1,9 (↔)	0,9	1,3 (↗)	1,48*	1,3	1,6	↗
Héroïne	Expérimentation	1,0	1,0 (↔)	0,8	1,0 (↔)	1,02	0,9	1,0	→
Crack	Expérimentation	0,9	1,0 (↔)	0,7	1,1 (↗)	0,95	0,8	1,1	↗

(↔), (↗), (↘) : signalent des variations statistiquement significatives entre les niveaux 2011 et 2014.

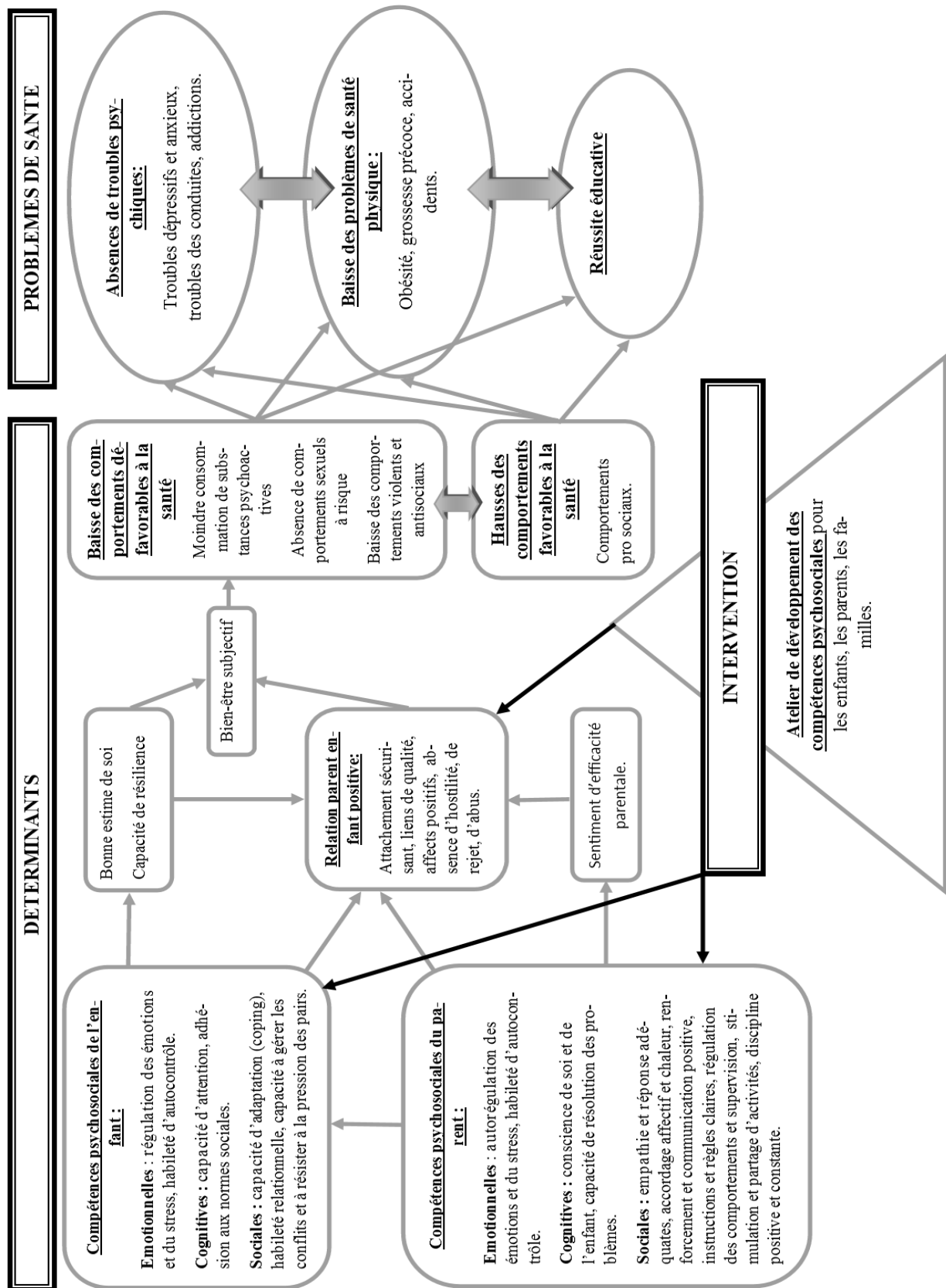
(*) : signalent un sex ratio significativement différent de 1.

Source : ESCAPAD 2011, 2014, OFDT.

Annexe 2 : Les compétences sociales, cognitives et émotionnelles

COMPÉTENCES SOCIALES, COGNITIVES, ÉMOTIONNELLES : DE QUOI PARLE-T-ON ?

Compétences sociales (ou interpersonnelles ou de communication)	Compétences cognitives	Compétences émotionnelles
Compétences de communication verbale et non verbale : écoute active, expression des émotions, capacité à donner et recevoir des <i>feedback</i> .	Compétences de prise de décision et de résolution de problème.	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.
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.	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.	Compétences de gestion du stress qui impliquent la gestion du temps, la pensée positive et la maîtrise des techniques de relaxation.
Capacités de résistance et de négociation : gestion des conflits, capacité d'affirmation, résistance à la pression d'autrui.		Compétences d'auto-évaluation et d'auto-régulation qui favorisent la confiance et l'estime de soi.
Compétences de coopération et de collaboration en groupe.		
Compétences de plaidoyer qui s'appuient sur des compétences de persuasion et d'influence.		

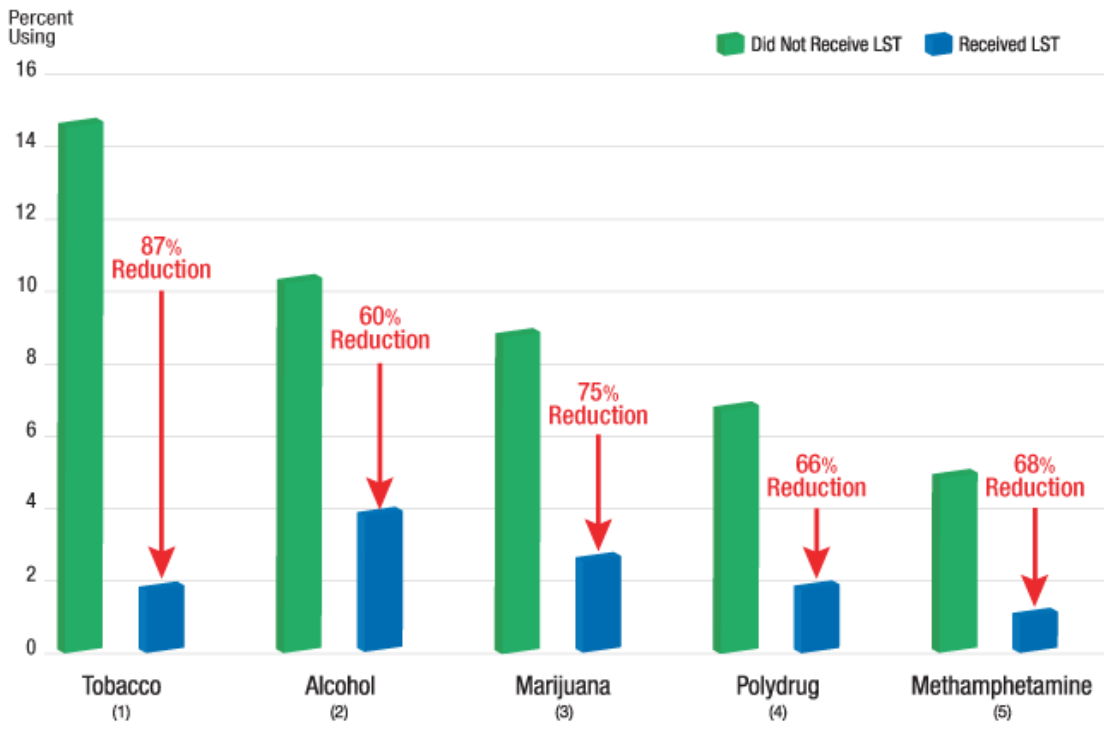


Annexe 4 : Tableau de concordance entre CPS et prévention des addictions : IREPS – Haute Normandie. Pour une prévention des Conduites addictives – Référentiel à l’usage des professionnels dans et hors milieu scolaire. Février 2016.

Compétences psychosociales	Compétences psychosociales en lien avec la prévention des conduites addictives
Savoir résoudre les problèmes / Savoir prendre des décisions	Savoir identifier une difficulté Prendre le temps d’étudier les différents paramètres d’une situation Prendre conscience des réactions physiques et émotionnelles que cette situation suscite Envisager des solutions
Avoir une pensée critique / Avoir une pensée créatrice	Aider l’enfant à penser par soi-même Prendre conscience des idées fausses et des idées reçues qui peuvent circuler au sujet des consommations de produits Se construire une opinion en prenant en compte les éléments analysés
Savoir communiquer efficacement / Etre habile dans les relations interpersonnelles	Savoir exprimer ses désirs, ses craintes et ses questionnements Avoir la capacité d’exprimer ses émotions face à une situation que l’enfant peut rencontrer Etre capable de développer des qualités relationnelles avec ses pairs ou des adultes de son entourage
Avoir conscience de soi / Avoir de l’empathie pour les autres	Apprendre à se connaître Avoir conscience de son caractère, de ses faiblesses et de ses désirs pour faire face aux situations rencontrées Etre capable de négocier un compromis,

	<p>faire preuve de tolérance et d'empathie</p> <p>Découvrir le goût de la persévérance et l'assurance de savoir résister à certaines sollicitations</p>
<p>Savoir gérer son stress / Savoir gérer ses émotions</p>	<p>Résister à la pression du groupe</p> <p>Savoir reconnaître ses sensations et avoir la capacité de les mettre à distance pour aider à garder son autonomie et son pouvoir de décision Avoir la possibilité de maintenir ses choix et trouver de l'aide si besoin</p>

Annexe 5 : Résultats de l'évaluation du programme Life Skills Training (mis en oeuvre pendant une période de 30 ans) sur les conduites addictives.





CPS : Relations

Séance :

Pressions – [séance 1] *Attention ! Pressions*

Niveau : 10-12 ans
Durée : 55 mn

Objectifs :

- Savoir s'affirmer face aux pressions négatives des autres

Objectifs spécifiques

- Identifier différents types de pression que l'on peut subir

Matériel

- Chevalets pour les élèves
- Tableau - fichier personnel
- Panneaux des règles et conséquences
- Scénario des saynètes pour les élèves
- Cartons évaluation

Les grandes étapes

1. Jeu de démarrage « Se lève qui... »
2. Saynètes sur les moyens de pressions courants
3. Rituel de fin et évaluation





Déroulement

Accueil – 10 mn

Bonjour !

Installation : « se mettre en condition » comme poser les sacs à distance, enlever les manteaux, prendre un crayon, poser les chevalets des prénoms... Y-a-t-il des absents ?

Rituel comme par exemple un jeu de démarrage en lien avec le thème de la séance :
« Se lève qui... »

Affichages des règles (travaillées en séance précédente)

Présentation de la séance : Écrire le titre de la séance au tableau.

Étape 1 – 40 mn

Objectif

- Identifier différents types de pressions que l'on peut subir.

Activité : 5 scénarios de saynètes sont proposés.

Chacun présente un mode de pression courant utilisé. Les élèves sont invités à mettre en scène chaque situation et faire deviner le moyen de pression utilisé.

Moyens de pression : minimiser, idéaliser, exclure, menacer, rabaisser

Prise de conscience : Après chaque saynète chaque personnage exprime comment il se sent après avoir vécu cette situation. Le public est invité à repérer le type de pression dont il s'agit.

Élargissement : vous arrive-t-il de vivre ce type de situation, qu'en pensez-vous ?

Clôture de séance – 05 mn

Évaluation de la séance : cartons de couleurs vert, orange, rouge.

« Ce qui fait traces »

Fiche mémoire des activités réalisées.



Pistes pour scénarii « moyens de pressions »

MINIMISER/banaliser : dans votre scénario, un personnage fera pression sur l'autre en cherchant à minimiser. Il devra dire :

« Mais non c'est pas grave, c'est pas un problème... »

IDEALISER : dans votre scénario, un personnage fera pression sur l'autre en cherchant à idéaliser. Il devra dire :

« Mais si, c'est génial, c'est drôlement bien... »

EXCLURE : dans votre scénario, un personnage fera pression sur l'autre en cherchant à EXCLURE l'autre s'il n'accepte pas. Il devra dire :

« Si tu n'acceptes pas, tu ne feras plus partie de notre groupe... »

MENACER : dans votre scénario, un personnage fera pression sur l'autre en le menaçant. Il devra dire :

« Toi, il va t'arriver des problèmes... »

RABAISSE : dans votre scénario, un personnage fera pression sur l'autre en cherchant à le rabaisser. Il devra dire :

« Toi, t'es vraiment trop nul... »

Tu es seul à la maison. Tu as interdiction de sortir. Un ami vient te chercher et insiste pour aller avec toi au supermarché. Il **minimise** ton interdiction, et ce que tu risques en désobéissant à tes parents.

Pour résister à sa pression, voilà quelques pistes à mettre en scène :

Argumenter : « Mets- toi à ma place ! »

« J'ai promis à mes parents ! »

Renvoyer la balle : « Pourquoi faut-il absolument que je t'accompagne ? »

Dire Non ! de manière ferme et non agressive.

Tu es seul à la maison. Tu as interdiction de sortir. Un ami vient te chercher et insiste pour aller avec toi au supermarché. Il te **menace** de ne plus être ton ami.

Pour résister à sa pression, voilà quelques pistes à mettre en scène :

Argumenter : « Ce n'est pas parce que nous sommes amis que je dois faire absolument ce que tu veux ! »

Aborder sa manière de faire : « Tu as vu comment tu me menaces... » »

Un camarade te propose de regarder un film d'horreur alors que tu es seul avec lui dans sa maison. Tu n'aimes pas du tout ce genre de film...

Il insiste en **idéalisant**, en disant que si ça va être super génial.

Pour résister à sa pression, voilà quelques pistes à mettre en scène :

Dire Non ! de manière ferme et non agressive.

Poser tes limites : Dire ce que tu ressens avec ce genre de film, peur en regardant, gêné et après...

« Tu es en vacances. Tu te retrouves seul avec des plus grands que toi. Ils veulent te forcer par exemple à boire de l'alcool... ». Ils insistent en te **rabaisant**. Ils te disent que t'es trop nul, que tu es un gamin...

Pour résister à la pression, voilà quelques pistes à mettre en scène :

Argumenter en disant que pour toi ce n'est pas être nul, que c'est savoir ce qu'on veut.

Dire Non ! de manière ferme et non agressive.

« Tu es en vacances. Tu te retrouves seul avec des plus grands que toi. Ils veulent te forcer par exemple à boire de l'alcool... ». Ils insistent et cherchent à t'**exclure**. Ils te disent que tu ne pourras plus aller avec eux.

Pour résister à la pression, voilà quelques pistes à mettre en scène :

Argumenter en disant que pour toi ce n'est pas ce qui est important pour passer de bons moments ensemble !

Dire Non ! de manière ferme et non agressive.



Évaluation

Évaluation par les enfants

Observations des adultes

Orientations pour la prochaine séance



Annexe 7 : Lien entre les CPS et les matières enseignées – 9^{ème} journée de prévention de l’INPES -
 « Promouvoir les compétences psychosociales chez les enfants et les jeunes ».

CPS ⇒ Domaines ↓	Savoir résoudre les problèmes – savoir prendre les décisions	Savoir communiquer efficacement – être habile dans les relations interpersonnelles	Avoir une pensée créatrice – avoir une pensée critique
Français			
Mathématiques			
Education physique et sportive			
Langue vivante			
Pratiques artistiques et histoire des arts			
Découverte du monde			

Figure 1 - Liens entre CPS et compétences disciplinaires à l'école primaire

I) Origine du projet.

A. Diagnostic : besoins identifiés, public visé.

Qu'est-ce qui vous a amené à mettre en place ce projet ? A qui s'adresse-t-il ?

B. Choix du projet et références à des expériences déjà conduites / comparaisons.

Aviez-vous auparavant déjà mené des actions de prévention des conduites addictives ? Sous quelle forme ? Avec quels résultats et qu'est-ce qui vous a amené à vouloir travailler sur un projet de développement des CPS ?

C. Coordination et pilotage.

Qui pilote ce projet ? Qui le coordonne ?

D. Qui intervient dans le projet ? Quels en sont les partenaires ?

Qui finance le projet ?

E. Quels objectifs ont été fixés dans le cadre de la prévention des addictions ?

II) Mise en œuvre.

A. Les interventions sont-elles confiées à des intervenants extérieurs ou à des membres de l'équipe éducative ?

B. Y a-t-il eu une formation préalable ? A qui s'adressait-elle ? Comment a-t-elle été construite ?

C. Quels sont les outils utilisés ?

D. Durée d'intervention, phasage (fréquence) : quelles sont les modalités d'intervention : taille des groupes ? quelle durée ? quelle fréquence ?

E. Y a-t-il une communication mise en place autour du projet : informer les parents, les associations de quartier, les élus ?

III) Évaluation.

A. Réalisez-vous une évaluation du programme et selon quelles modalités :

1. Choix des indicateurs.

2. Court terme/moyen terme/long terme.

3. Les résultats correspondent-ils aux objectifs fixés initialement ?

4. Avez-vous des retours des jeunes ?

B. Selon vous, quels sont les points les plus positifs de ce projet ?

C. Selon vous, quels sont les points négatifs de ce projet ?

D. Quels ont été les leviers ? Quels ont été les freins ?

E. Avez-vous été amené à adapter ou modifier le projet ?

F. En quoi ce projet apporte une plus-value par rapport à d'autres types d'interventions ?

G. Quelles en sont les perspectives ? Ce projet est-il reproductible ?

H. Selon vous, dans quelle mesure le développement des CPS permet-il de lutter contre les addictions ?

Annexe 9 : Répartition des entretiens.

Fonctions	Date	Heure	Lieu	Qui
Formateur-conseiller pédagogique en éducation pour la santé	4 mai	11h	RDV téléphonique	Tout le monde
Protection judiciaire de la jeunesse	4 mai	14h45	RDV téléphonique	Tout le monde
Fédération Nationale Education Santé	9 mai	9h	RDV téléphonique	Ellen, Pauline, Camille
Infirmière collège Mendès France	9 mai	10h30	Paris	Laurence, Géraldine
Coordinatrice Atelier Santé Ville	9 mai	11h	Marseille	Line
Directrice d'école 20ème Paris	10 mai	10h30	Paris	Claire et Aurélie
Professeur de l'école de Mme Monot	10 mai	11h30	Paris	Claire et Aurélie
INPES - St Denis	10 mai	10h15	Paris	Laurence et Géraldine
Psychiatre, directeur général de l'association OPPELIA, président de l'Association pour la recherche et la promotion des approches expérientielles	10 mai	A partir de 17h	Paris	Claire, Laurence, Géraldine, Aurélie
Coordinateur des Réseau d'éducation prioritaire Marseille /EN	11 mai	11h	Marseille	Line
MILDECA	11 mai	10h	Paris	Claire, Laurence, Aurélie, Géraldine
Rectorat de Paris	11 mai	16h	Paris	Laurence, Aurélie
Coordinatrice Primavera	11 mai	15h30	Paris	Claire, Géraldine
AIDS	11 mai	18h45	RDV téléphonique	Géraldine
Prodas	11 mai	9h	Marseille	Line
AMPTA Marseille	11 mai	13h30	AMPTA 13	Line
IREPS Rennes	11 mai	9h	IREPS Rennes	Camille, Pauline
ANPAA Vannes	11 mai	14h	RDV téléphonique	Ellen
Coordinatrice Comité des Côtes d'Armor - Ligue contre le cancer	12 mai	9h	RDV téléphonique	Camille Pauline
Infirmier au collège Chateaubriant Saint-Malo	12 mai	10h	RDV téléphonique	Gaëlle, Ellen
Enseignant projet PRIMAVERA	12 mai	12h	RDV téléphonique	Gaëlle, Ellen
IREPS Pays de la Loire	12 mai	13h30	RDV téléphonique	Camille Pauline
Enseignant EHESP - INPES	12 mai	14h30	EHESP Max Weber	Camille , Pauline
Médecin conseiller du recteur	12 mai	15h	RDV téléphonique	Gaëlle, Ellen
Infirmière rectorat Rennes	12 mai	Entre 10h et 19h	RDV téléphonique	Gaëlle, Ellen

Savoir résoudre des problèmes						
Savoir prendre des décisions						
	0	0	0	0	0	0

CPS 2 Avoir une pensée critique Avoir une pensée créative	Ici on cherche à évaluer si l'information donnée est analysée, si l'opinion est nuancée, remise en question. Comprendre l'influence du groupe et de la société sur ce que je pense...Prendre conscience des différences de perceptions d'une personne à l'autre... Repérer ce qui influence ces perceptions, prendre conscience des conséquences possible, Identifier différentes sources d'influences (parents, pairs, médias...), prendre conscience des effets de ces influences, Clarifier les informations, interroger la crédibilité des sources.					
	Relevé en octobre 2015		Relevé en février 2016		Relevé en mai 2016	
	Garçons	Filles	Garçons	Filles	Garçons	Filles
	0	0	0	0	0	0

CPS 3	Savoir communiquer efficacement : Ici, on évaluera la capacité à défendre ses idées, ses positions, sans dénigrer ou blesser les autres, savoir refuser une proposition en justifiant son choix, lorsqu'il y a un conflit. Capacité à exprimer ses besoins, ses désirs...
	Etre habile dans les relations interpersonnelles : Lorsqu'il y a un conflit, est-ce qu'il y a un processus d'autorégulation qui se met en place (avec d'autres élèves médiateurs ou un adulte), est ce que les 2 parties peuvent exposer leur point de vue, est-ce que l'agressivité et la colère sont présentes. Capacité de différencier sa propre réaction de celles que d'autres pourraient avoir. Capacité à verbaliser des actions qui font partie de la résolution de conflit, S'entraider et coopérer dans la résolution du conflit, Identifier des personnes ressources qui pourront aider à résoudre le conflit....

	Relevé en octobre 2015		Relevé en février 2016		Relevé en mai 2016	
	Garçons	Filles	Garçons	Filles	Garçons	Filles
Savoir Communiquer efficacement						
Etre habile ds les relations interpersonnelles						
	0	0	0	0	0	0

CPS 4	Relevé en octobre 2015		Relevé en février 2016		Relevé en mai 2016	
	Garçons	Filles	Garçons	Filles	Garçons	Filles
Avoir conscience de soi : C'est à dire pour la forme : être bref et concis, savoir dire "je" de manière spontanée, respecter la parole des autres...Et pour le fond : questionner soi plutôt que l'autre, être dans le thème de la séance, être capable de parler de soi et/ou raconter une histoire sur soi, en s'impliquant, en s'engageant. Avoir de l'empathie pour les autres : Mesurer les attitudes des enfants vis à vis des autres : être capable de reformuler ce que dit quelqu'un, être capable de questionner à des fins de clarification, compréhension, meilleure connaissance de l'autre, être capable d'interroger le ressenti, être dans le non jugement dans l'attitude (non verbal) comme dans ce qui est dit... Capacité à reconnaître un enfant qui est triste et à le consoler...						
Avoir conscience de soi						
Avoir de l'empathie pour les autres						
	0	0	0	0	0	0

CPS 5

Pour les émotions : On va évaluer ici le vocabulaire, le champ lexical de l'expression

du ressenti allant de l'absence d'utilisation ou de sa non maîtrise, passant par un vocabulaire élémentaire (*content, pas content, bien, mal*) à un vocabulaire plus étendu (*agréable désagréable, heureux, joyeux*) à un vocabulaire juste et aisé (« quand je suis heureux, ça me fait ceci ou cela : c'est-à-dire la capacité à expliciter son ressenti en détail, avec nuances... ») **Pour le stress** : On va évaluer ici, si un ou des jeunes en situation de stress ont repéré dans leur environnement ce qui était la source de ce stress, ont-ils été capable de l'exprimer, d'exprimer de l'aide, de mettre en place des solutions par lui-même ou a-t-il suivi des conseils par des pairs ou un adulte (faire du coloriage, dessiner, technique de respiration...)

Relevé en octobre 2015		Relevé en février 2016		Relevé en mai 2016	
Garçons	Filles	Garçons	Filles	Garçons	Filles
0	0	0	0	0	0

Savoir gérer ses émotions

Savoir gérer son stress

Thème n° 27 - Animé par : Deschamps Jacques, Secrétaire général du Comité de Paris de la Ligue contre le cancer Directeur d'hôpital honoraire et Kanski Charlotte, Responsable de la prévention du Comité de Paris de la Ligue contre le cancer

LE DEVELOPPEMENT DES COMPETENCES PSYCHOSOCIALES DANS LES PROGRAMMES DE PREVENTION DES ADDICTIONS CHEZ LES JEUNES

BERARD Line (IASS), BOUVIER-MULLER Gaëlle (DH), GERIN Laurence (DS), JOLIVET Géraldine (DH), LEMESLE Ellen (DESSMS), MELQUIOND Claire (DESSMS), MICHEL Pauline (AAH), TOUFFET Camille (AAH), VERDIER Aurélie (DESSMS)

Résumé :

La consommation de substances psychoactives et plus largement les conduites à risques sont devenues une pratique assez répandue à l'adolescence.

Le constat de l'échec des programmes de prévention primaire reposant sur la peur et la culpabilisation a conduit les professionnels à se tourner vers la psychologie sociale pour tenter de prévenir ces conduites à risque chez les jeunes.

Notamment inspirés de la réflexion menée aux Etats-Unis, des programmes cherchant à renforcer les compétences psychosociales des adolescents ont été élaborés. Ils ont pour objectif de leur permettre d'acquérir les outils nécessaires pour faire face aux difficultés de la vie quotidienne.

La recherche réalisée fait état des programmes mis en œuvre localement et tend à montrer l'intérêt de leur extension à tout le territoire au regard de la plus-value qu'ils présentent par rapport à d'autres types de programmes. Cependant, les difficultés relevées dans leur mise en œuvre témoignent du chemin restant à parcourir.

Dès lors, il est important de promouvoir la démarche auprès des institutions. La pérennisation de ces programmes est en effet un enjeu majeur. Mais elle reste dépendante d'une politique volontariste. Il convient donc de repenser l'école et ses missions autour de la promotion de la santé en parallèle d'autres politiques publiques (sociale, familiale, de santé, de la ville). Cela impliquerait la construction de réels partenariats entre acteurs locaux et acteurs institutionnels.

Mots clés : compétences psychosociales - addictions - conduites à risques - substances psychoactives - jeunes - prévention - promotion de la santé – éducation à la santé - formation – partenariat – coordination – programmes de prévention -

L'École des hautes études en santé publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les rapports : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs