**Chapitre 13 :**

# Prévention et promotion de la santé mentale chez les enfants par le développement de la pleine conscience et des compétences psychosociales

Lamboy Béatrice (1), Shankland Rébecca (2), Cardoso Thierry (3)[1]

(1) Docteur en psychologie, Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES) ; Chercheure associée, Laboratoire Interuniversaitaire de Psychologie (LIP)-université de Savoie

(2) Maître de Conférences en Psychologie; Université Grenoble Alpes
Laboratoire Interuniversitaire de Psychologie (LIP): Personnalité, Cognition et Changement Social

(3) MD, PhD, Médecin de santé publique à l'Institut de Veille Sanitaire (INVS)

[1] Nous tenons à remercier Manon Jeuland, documentaliste à l'INPES, pour la recherche documentaire réalisée.

La notion de compétences psychosociales (CPS) a été introduite par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) au début des années 90 dans un document qui soulignait l'importance de promouvoir cette capacité afin de favoriser la santé globale positive (physique, psychique et sociale) (OMS, 1997). Aujourd'hui, les CPS sont largement reconnues comme un déterminant majeur de la santé et du bien-être. Elles se situent à l'interface entre la santé mentale et la santé physique, à la jonction entre le champ de la promotion de la santé et celui de la prévention des problèmes de santé et à la croisée de différentes disciplines (psychologie, santé publique, éducation). Ainsi, même si ce concept a d'abord vu le jour au sein de la santé publique et de l'éducation pour la santé, il intéresse aujourd'hui de nombreux professionnels issus d'horizons divers, qui s'accordent tous pour reconnaître son importance et la nécessité de poursuivre les travaux dans ce domaine. La pertinence d'articuler les CPS avec la pleine conscience (PCs) est aussi mis en exergue par de nombreux professionnels, qui soulignent la possibilité d'une complémentarité entre ces deux approches pour en mutualiser les effets. Au cours de ces dernières années, les études et les interventions visant à rapprocher ces deux domaines ont commencé à voir le jour. Ce chapitre se propose de faire un état de ces avancées.

Après un rappel des principales définitions dans le domaine, une synthèse des connaissances scientifiques sur les interventions efficaces en prévention et promotion de la santé auprès des enfants et des jeunes (et de leur entourage) est proposée. Ce bilan des connaissances s'organise autour de trois parties : une synthèse des interventions visant à développer les CPS chez les enfants et les parents, une synthèse des interventions visant à développer la PCs chez les enfants et en dernière partie, une revue des interventions visant à développer à la fois les deux approches chez les enfants et leur entourage. Ce chapitre se termine par une brève présentation des travaux actuellement menés dans ce domaine, ainsi qu'une présentation de leurs principaux enjeux, que ce soit dans le domaine de la recherche ou celui des pratiques professionnelles. Enfin, afin de synthétiser les enjeux d'une telle mutualisation, nous proposons une modélisation de l'intégration des deux approches.

## 1. Définition des notions clés

### La prévention et la promotion de la santé mentale

L'OMS propose de distinguer la promotion de la santé mentale qui « vise à agir sur les déterminants de la santé mentale afin d'accroître la santé mentale positive » (OMS, 2004) et la prévention des troubles mentaux qui « vise à réduire l'incidence, la prévalence et la récurrence des troubles mentaux » (Mrazek et Haggerty, 1994 in OMS 2004). Ainsi, la promotion de la santé mentale est orientée vers une approche positive de la santé mentale. Elle est plus large que le champ de la prévention des troubles mentaux qu'elle englobe. Dans les faits, les actions de prévention des troubles mentaux et les actions de promotion de la santé mentale ont tendance à se confondre. C'est pourquoi nous avons recours aux deux termes accolés pour faire référence au même champ d'intervention. Il est important de se rappeler que le champ de la prévention/promotion de la santé mentale ne doit

pas être confondu avec celui du repérage et du dépistage des troubles mentaux, ni avec celui des interventions précoces, qui relèvent davantage d'une prise en charge curative. Les interventions en prévention/promotion de la santé mentale ont lieu en amont des troubles mentaux, avant l'apparition des problèmes de santé mentale.

**Les compétences psychosociales**

Dans son premier travail fondateur sur les compétences psychosociales et l'éducation pour la santé réalisé en 1993, l'OMS fait référence à une compétence psychosociale générale définie comme « la capacité d'une personne à répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne » (OMS, 1986). C'est la capacité d'une personne à maintenir un état de bien-être subjectif qui lui permet d'adopter un comportement approprié et positif dans ses interactions avec les autres. La compétence psychosociale joue un rôle important dans la promotion de la santé dans son acception large renvoyant au « bien-être physique, psychique et social » (OMS, 1997). L'épanouissement de cette capacité globale de nature psychosociale (« *psychosocial competence* ») s'appuie sur le développement d'une diversité de compétences individuelles indispensables à la vie (« *life skills* », OMS, 1997). Ces diverses compétences, également nommées habiletés ou aptitudes psychosociales, sont nécessaires au développement de la compétence psychosociale de la personne. Dans ce premier document de l'OMS, elles sont présentées, sous forme de 5 binômes : (1) savoir résoudre des problèmes / savoir prendre des décisions ; (2) avoir une pensée créative / avoir une pensée critique ; (3) savoir communiquer efficacement / être habile dans les relations interpersonnelles ; (4) avoir conscience de soi / avoir de l'empathie ; (5) savoir réguler ses émotions / savoir gérer son stress. Dans ses documents suivants, l'OMS affine le périmètre et la définition de ces compétences psychosociales et propose de regrouper les nombreuses CPS identifiées en trois grandes catégories (OMS, 2001, 2003, 2009): les compétences sociales, les compétences émotionnelles et les compétences cognitives (voir tableau 1).

**Les interventions de développement des CPS**

Les interventions CPS sont des ateliers de nature psycho-éducative en groupe qui permettent aux participants d'explorer et d'accroître leurs propres compétences sociales, cognitives et émotionnelles. Ces ateliers sont généralement hebdomadaires, d'une durée d'une ou deux heures et proposés pendant plusieurs semaines (une dizaine au minimum). Ils sont bien structurés et proposent d'approfondir une ou deux CPS par séance, à travers des échanges, un partage d'expériences, des mises en situation, des jeux de rôles et des exercices pratiques à réaliser au quotidien. Des supports (e.g., livrets éducatifs) peuvent être donnés aux participants afin de faciliter la compréhension et le développement de ces CPS. Les programmes CPS s'adressent aux enfants, mais aussi aux parents ainsi qu'aux autres « éducateurs » de l'enfant (e.g., enseignants…). Ces cycles d'ateliers CPS sont dénommés *programs* en langue anglaise. Depuis plusieurs années, ils sont connus sous les termes de *Social Emotional Program* (SEP) ou *Social Emotional Learning (SEL)*. L'organisme

américain CASEL[2] se consacre ainsi, depuis plus de 20 ans, à la promotion des SEP auprès des enfants, des familles et des communautés, via le transfert de connaissances, le développement de la recherche et un plaidoyer auprès des politiques.

## 2. Présentation des interventions d'origine : les interventions CPS et les interventions PCs

### ▪ Les interventions CPS *(pour une présentation détaillée voir Lamboy et Guillemont, 2014)*

Un grand nombre de programmes visant à développer les CPS ont montré des résultats positifs dans divers domaines. Dans le champ de la santé mentale, il a été démontré que les interventions de développement des compétences sociales, cognitives et émotionnelles des enfants et/ou des parents permettaient de prévenir les troubles affectifs et de réduire les problèmes de comportements (Lamboy , Clément , Saïas & Guillemont , 2011). Au niveau de la consommation de substances, ce type d'intervention permet de retarder et de réduire la consommation de tabac, de prévenir la consommation de cannabis et de drogues illicites, de réduire la consommation excessive d'alcool et de prévenir les ivresses (Hawkins, Catalano & Miller, 1992, Du Roscoät , Clément & Lamboy, 2013, Guillemont, Clément & Lamboy, 2013, Wilquin, Clément & Lamboy, 2013). Ces interventions ont aussi un impact dans le domaine de la santé sexuelle. Elles permettent d'augmenter l'utilisation efficace du préservatif et de réduire les grossesses précoces et les comportements sexuels à risque. (Kersaudy-Rahib, Lydié, Clément &Lamboy, 2013).
En adéquation avec les données de littérature sur les déterminants de ces problèmes de santé, les programmes CPS agissent sur un certain nombre de facteurs intermédiaires : diminution du niveau d'anxiété et de dépression des parents, diminution des pratiques parentales problématiques (e.g., discipline coercitive, relations conflictuelles), augmentation du niveau d'estime de soi des parents et du sentiment d'efficacité parentale, amélioration des relations parent-enfant et des résultats scolaires (Barlow, Smailagic &JonesBarry, 2010 ; Sanders & Wooley, 2005 ; Kaminski & Valle, 2008).

### ▪ Les interventions PCs

Une récente méta-analyse, portant sur 20 interventions de PCs auprès de près de 2000 jeunes (Zoogman, Goldberg, Hoyt, & Miller, 2014), a mis en évidence des bénéfices pour un éventail de compétences émotionnelles et relationnelles. Une seconde méta-analyse (Waters, Barsky, Ridd, & Allen, 2015), portant sur 15 études réalisées uniquement dans des établissements scolaires (au total 1797 élèves), a mis en évidence des effets des pratiques de méditation (dont la PCs) sur plusieurs dimensions ayant un impact sur le bien-être à l'école : le fonctionnement cognitif permettant d'améliorer les performances scolaires, l'engagement et la satisfaction

[2] Collaborative for Academic, Social, and Emotional Learning : http://www.casel.org/about

scolaire, la régulation des émotions et les compétences relationnelles qui favorisent un bien-être stable et durable.

Au-delà des effets sur les performances, l'entraînement à la PCs favorise une meilleure régulation des émotions et améliore les compétences relationnelles, ce qui entraîne également un engagement accru dans le domaine scolaire et de meilleures performances. En effet, les aptitudes socio-émotionnelles jouent un rôle fondamental dans la réalisation des objectifs académiques. Ces aptitudes comprennent la capacité à canaliser son attention sur des tâches productives, à rester motivé lorsque la charge de travail devient importante et à maitriser les frustrations engendrées par le partage et l'apprentissage au sein d'un groupe de travail. Toutes ces aptitudes sont dépendantes de la capacité à réguler ses émotions qui est favorisée par les pratiques de PCs[3] (e.g., Dekeyser, Raes, Leijssen, Leysen, & Dewulf, 2008). De plus, les pratiques de PCs réduisent la tendance à l'évitement expérientiel (i.e., fuir des émotions ou des situations désagréables), qui est généralement caractérisé par un recours aux stratégies d'adaptation dysfonctionnelles telles que les consommations de substances psychoactives[4] (e.g., Machell, Goodman, & Kashdan, 2015). Ainsi, développer la PCs conscience a un impact en termes de prévention des conduites à risque ainsi qu'en termes de promotion de la santé mentale.

Parmi les programmes de PCs ayant été développés dans les écoles, il existe notamment *Inner Kids* (Kaiser Greenland, 2010), *Learning to Breathe* (Broderick, 2013), *The Still Quiet Place* (Saltzman, 2014), *Mindfulness Matters* (Snel, 2013, 2015), et *Mindfulness in Schools Project* (Burnett, 2013, développé en Angleterre et déjà mis en œuvre dans plus de 300 classes). Ce dernier programme vient d'être traduit en langue française. Le programme se nomme aujourd'hui « *.b* » (prononcé *dot.be* en Anglais pour « *Stop, Breathe and Be* »). Il est composé de 8 séances, à raison d'une par semaine, animées par les enseignants formés.

## 3. Les interventions intégratives CPS & PCs : une synthèse de littérature

Une recherche documentaire a été menée afin d'identifier les interventions efficaces de promotion de la santé qui développent les CPS et la PCs pour améliorer la santé mentale et le bien-être des enfants. Plusieurs bases de données de références bibliographiques ont été consultées : Pubmed, PsycInfo, Scopus et Base de Données en Santé Publique, en anglais ou en français, en limitant la recherche à des articles scientifiques ou des thèses et sur une population allant de 0 à 25 ans, tout en excluant les références qui concernent les interventions thérapeutiques. Au total, 152 références ont été identifiées comme potentiellement pertinentes.

L'analyse de ces documents montre que les recherches interventionnelles traitant conjointement des CPS et de la PCs s'intéressent majoritairement aux CPS en tant qu'effet des interventions PCs au même titre que l'amélioration du bien-être subjectif et la réduction des troubles psychopathologiques. Quelques recherches (deux portant sur les enfants et les

[3] Pour plus d'informations sur le lien entre la pleine conscience et la gestion des émotions, vous pouvez vous référer au chapitre 1 portant sur les troubles anxio-dépressifs.

[4] Pour plus d'informations sur le lien entre la pleine conscience et les addictions, vous pouvez vous référer au chapitre 2.

jeunes) mettent en comparaison les interventions CPS et les interventions PCs. Seulement cinq interventions intégrant à la fois des activités CPS et des activités PCs ont pu être identifiées dans la littérature scientifique. Ces travaux sont récents, puisque la majorité des études d'efficacité associées à ces interventions a été publiée en 2015 (trois études sur cinq), la première étude publiée datant de 2010. Parmi ces cinq interventions CPS et PCs, trois s'adressent aux enfants (une intervention est à destination des enfants et deux à destination de pré-adolescents) ; une intervention vise les familles (parents et enfants) et la dernière cible les enseignants.

L'analyse de ces 5 programmes nous a permis d'identifier 3 formes d'intervention CPS et PCs : 1/ les interventions CPS qui ajoute quelques activités de PCs, dénommées par la suite « intervention CPS (PCs) » 2/ les interventions PCs dont quelques activités sont orientées vers le développement de certaines CPS, dénommées « intervention PCs (CPS) » 3/ les interventions qui proposent, de façon équivalente, des activités CPS et des activités PCs, dénommées « intervention CPS & PCs ».

Ces cinq interventions CPS et PCs sont ainsi regroupées en trois catégories et les résultats d'efficacité sont présentés en détail dans cette partie du chapitre.

- **Les interventions CPS (PCs)**

Une seule intervention CPS ayant ajouté quelques exercices PCS a été identifiée dans la littérature. Il s'agit d'un programme destiné aux familles construit à partir d'un des programmes parentaux validés les plus connus, le *Strengthening Families Program* (SFP, version 10-14 ans pour les enfants) et d'un modèle théorique sur la parentalité et la pleine conscience : le modèle de parentalité en pleine conscience (Ducan, Coastsworth et Greenberg, 2009).

Le *Mindfulness-Enhanced Strengthening Families Program* (MSFP) conserve le même format et les mêmes contenus que le programme SFP 10-14. Seules quelques activités ont été raccourcies ou déplacées afin de proposer un programme de même durée et en cohérence avec les exercices PCs ajoutés (Coatsworth, Duncan, Berrena, Bamberger, Loeschinger, Greenberg, & al., 2014, Coatsworth, Duncan, Nix, Greenberg, Gayles, Bamberger, & al., 2015). Comme SFP 10-14, l'intervention est constituée de 7 séances hebdomadaires de 2 heures. Chaque séance est consacrée au développement d'une CPS (e.g., savoir communiquer avec empathie, savoir dire « non »…). La première heure, les parents et les enfants sont répartis dans deux groupes différents et dans la seconde heure, ils sont réunis pour pratiquer ensemble. Plusieurs types d'activités PCS destinés aux parents ont été ajoutés au programme SFP 10-14. On trouve notamment des enseignements avec une présentation du modèle de parentalité en pleine conscience visant à expliquer les mécanismes et l'intérêt de la pleine conscience pour les parents, et sur les stratégies pour connaître, identifier et nommer les émotions Ensuite, des exercices pratiques sont proposés pendant les séances. Il s'agit d'une part d'exercices de respiration consciente et profonde (i.e., 5 minutes au début et à la fin de chaque séance consacrées à la pratique de la pleine conscience) et d'autre part de formulation d'intentions pour la séance ou la semaine à venir, ainsi que des exercices visant à développer une attitude d'acceptation et de non jugement vis-à-vis de soi et de son enfant, afin d'accroître l'empathie et la compassion. Enfin, les séances se terminent par des échanges et une réflexion

sur la bienveillance pour promouvoir la compassion et la capacité à prendre soin (*caring*) de son enfant et de soi en tant que parents. Entre les séances, il est proposé des exercices pratiques à la maison avec des supports fournis, dont un aimant à coller sur son réfrigérateur « *Pause, Calme, Présence* ».

L'étude d'efficacité du programme MSFP a été réalisée auprès de 432 familles sous la forme d'un essai clinique adapté aux innovations (Coatsworth et al., 2015). Trois groupes ont été mis en comparaison : un groupe bénéficiant de SFP, un groupe bénéficiant du nouveau programme MSFP et un groupe contrôle recevant deux documents d'information (l'un consacré aux changements émotionnels et sociaux à l'adolescence et l'autre portant sur la vie de famille avec un adolescent). Les parents ont été répartis de façon aléatoire au sein de ces 3 groupes. Trois temps de mesure ont été réalisés (avant l'intervention, juste après l'intervention et 1 an après). Tous les intervenants des groupes SFP et MSFP ont bénéficié d'une formation de 3 jours. Les intervenants du programme MSFP devaient, en plus, avoir été formés et avoir une pratique personnelle de la pleine conscience.

De façon générale, le programme MSFP est aussi efficace que le programme SFP 10-14 et permet d'améliorer significativement les compétences parentales (e.g., compétences relationnelles, gestion des comportements de l'enfant, relation parent-enfant). Même si les résultats de cette première étude d'efficacité ne vont pas tous dans le même sens, il semble que le programme MSFP soit en mesure de renforcer certains effets du programme classique SFP (e.g., capacité à réguler les comportements de son enfant, qualité relationnelle parent-enfant, bien-être parental). Les résultats de cette étude sont particulièrement probants pour les pères.

- **Les interventions PCs (CPS)**

Deux interventions PCs comprenant des activités de développement des CPS à l'aide d'activités de pleine conscience ont été identifiées dans la littérature. Il s'agit de l'intervention « *Kindness Curriculum (KC)* », destinée aux jeunes enfants de 4 à 5 ans, et du programme « *Mindfulness Education (ME)* », qui s'adresse aux jeunes de 9 à 14 ans.

**Le *Kindness Curriculum (KC)*** est une intervention qui se déroule sur 12 semaines et s'organise autour de 2 séances hebdomadaires de 20 à 30 minutes totalement intégrées à la classe. Le programme d'une durée approximative de 10 heures d'intervention est animé par des intervenants expérimentés dans le domaine de la PCs. Les activités de PCs cherchent à développer les capacités d'attention et de régulation émotionnelle ainsi que les comportements prosociaux (e.g., empathie, partage, bienveillance). La littérature jeunesse, la musique et les activités corporelles servent de support. Une première étude d'efficacité du KC a été réalisée à l'aide d'un essai contrôlé randomisé auprès de 68 enfants âgés de 4-5 ans (Flook, Goldberg, Pinger & Davidson, 2015). Un groupe de 30 enfants (issus de 3 classes) bénéficiant du programme KC de 12 semaines a été comparé à un groupe de 36 enfants (issus de 4 classes) ne recevant pas d'intervention au moment de l'étude (liste d'attente). L'analyse des différentes mesures, recueillies avant et après l'intervention sur les deux groupes, montre que les enfants ayant participé au programme KC présentent de meilleurs résultats académiques sur 3 des 5 dimensions étudiées (i.e., apprentissage, développement social et émotionnel, santé et développement physique) et des compétences sociales plus élevées.

Quelques effets ont été mis en évidence concernant la flexibilité cognitive et la capacité de régulation émotionnelle. Ces premiers résultats prometteurs, obtenus auprès d'un petit nombre d'enfants, sont donc très encourageants et invitent à poursuivre l'expérimentation de ce programme ainsi que son évaluation.

**Le programme *Mindfulness Education (ME)*** est une intervention en classe qui se déroule sur 10 semaines et s'appuie sur 3 modalités d'action (i.e., des séances thématiques définies par un manuel d'intervention d'une durée approximative de 45 minutes, des exercices réalisés au cours de la journée d'école et des activités à faire en dehors de l'école). Il est mis en œuvre par des enseignants qui s'appuient sur un manuel d'intervention et bénéficient d'une journée de formation et de 2 supervisions par semaine. Ce programme de prévention universelle, construit à partir des connaissances théoriques et scientifiques sur la PCS et la psychologie positive, permet de travailler 3 principales dimensions psychologiques qui sont l'attention, la gestion des émotions et des pensées négatives, la considération de soi et d'autrui.
Chacune des 10 semaines d'intervention est consacrée à une thématique particulière (e.g., un corps en santé, les relations interpersonnelles et comment se faire des amis, la résolution de problèmes).
La première étude de type expérimentale a été réalisée auprès de 246 jeunes âgés de 9 à 13 ans (du grade 4 au grade 7, soit du CM1 à la 5e). Un groupe bénéficiant du programme ME (139 enfants) a été comparé à un groupe ne bénéficiant pas d'intervention durant l'étude (107 jeunes sur liste d'attente). Les résultats par comparaison de mesures avant/après intervention ont mis en évidence que le programme ME permettait d'obtenir des effets positifs sur les compétences sociales, l'optimisme et la conscience de soi (Schonert-Reichl et al., 2010).

- **Les interventions CPS & PCs**

Deux interventions proposant de façon conjointe et équivalente des activités de PCs et de développement des CPS ont été identifiées dans la littérature. Il s'agit du programme « *MindUP* » destiné aux enfants de 9-11 ans et du programme « *CARE* » qui s'adresse aux enseignants.

**Le programme *MindUP*** est présenté comme une intervention de développement des CPS ayant intégré des activités de PCs. Il a été élaboré à partir des théories et données issues de la psychologie( dont la psychologie positive), des neurosciences développementales, des recherches sur la pleine conscience et sur les interventions de développement des CPS (Schonert-Reichl, Oberle, Lawlor, Abbott, Thomson, Oberlander & Diamond, 2015). Il est composé principalement de 12 séances d'environ 45 minutes, complétées par des activités en classe, dans l'enceinte de l'école et à l'extérieur de l'école. Plusieurs compétences sont travaillées dans le cadre de cette intervention comme les compétences relationnelles (e.g., bienveillance, gratitude), les émotions et attitudes positives, la régulation cognitive et le développement de l'attention (e.g., respiration consciente, dégustation).
Une première étude d'efficacité du programme MindUP a été réalisée à l'aide d'un essai contrôlé randomisé auprès de 100 élèves issus de quatre classes de CM1 et CM2 (soit des enfants de 9-10 ans) provenant de quatre écoles différentes (Schonert-Reichl et al., 2015).

Deux classes, choisies aléatoirement, ont bénéficié du programme MindUp et ont été comparées à deux classes recevant une intervention courante de développement du sens de la responsabilité. Ces programmes ont été intégrés à la pratique courante des enseignements au cours d'une période de quatre mois. La comparaison des résultats avant et après intervention auprès des deux groupes montre que les enfants ayant bénéficié du programme MindUP présentent de meilleurs résultats en termes de compétences sociales (empathie, comportements prosociaux, moindre agressivité), compétences émotionnelles (gestion des émotions, optimisme, bien-être), gestion du stress, contrôle cognitif, capacité de pleine conscience, rapport à l'école et apprentissage (mathématiques). Ces résultats prometteurs, obtenus auprès d'un petit échantillon d'élèves, invitent à poursuivre le développement et l'évaluation du programme MindUP.

**Le programme CARE (*Cultivating Awareness and Resilience in Education for Teachers*)** est une intervention construite à partir d'un modèle sur le bien-être et les compétences psychosociales des enseignants qui s'adresse à tous les enseignants de l'éducation nationale de la maternelle au lycée (Jennings et Greenberg, 2009, in Jennings, Frank, Snowberg, Coccia & Greenberg, 2013). Il s'agit d'une formation d'environ 30 heures, soit 4 journées d'enseignement et 1 journée de rappel, étalées sur 4 à 6 semaines. Diverses modalités pédagogiques sont utilisées : enseignements magistraux, exercices pratiques, travaux écrits, échanges et discussion en groupe, travaux à la maison et supervision entre les sessions de formation. Plusieurs supports sont aussi utilisés pour faciliter les apprentissages (manuel de formation pour les formateurs, livret et CD pour les étudiants). En termes de contenu, le programme CARE aborde 3 principales dimensions, qui sont les compétences émotionnelles, la gestion du stress, la compassion envers soi et les autres, et propose de les cultiver à partir de diverses pratiques de pleine conscience.
Une première étude d'efficacité a été réalisée à l'aide d'un essai contrôlé randomisé et d'une étude de faisabilité auprès de 50 enseignants de l'éducation nationale (Jennings & al., 2013). Comparativement aux enseignants du groupe sur liste d'attente, les enseignants ayant bénéficié du programme CARE présentaient de meilleurs résultats en termes de capacité de PCs, de bien-être, de sentiment d'efficacité professionnelle, de réduction du stress et d'épuisement professionnel. Le programme CARE est perçu positivement par les enseignants aussi bien concernant sa faisabilité que son efficacité à réduire le stress et accroître les compétences professionnelles.

## 4. Projets CPS & PCs en cours

Au regard de l'importance des connaissances disponibles sur les CPS et la PCs, tant au niveau de la compréhension des phénomènes que des interventions efficaces, nos projets portent essentiellement autour des questions de transfert de connaissances et de pratiques (de la communauté scientifiques vers les professionnels de terrain). L'enjeu majeur est que les professionnels francophones puissent bénéficier au mieux de ces données afin d'interroger et d'enrichir leurs activités dans une démarche de réflexivité et d'amélioration continue des

pratiques professionnelles. Ainsi, il s'agit, non seulement de diffuser ces connaissances scientifiques, mais aussi de développer et de co-construire, avec les professionnels de terrain, des supports qui soient ajustés à leurs besoins et à leurs modalités d'intervention.

- **Des référentiels d'intervention**

Ce projet vise à mettre à la disposition des acteurs francophones les savoirs et savoir-faire contenus dans les principaux programmes CPS validés en articulation avec les pratiques professionnelles actuelles. Un référentiel d'intervention CPS-parents (regroupant un ouvrage théorique et un guide pratique) et un référentiel d'intervention CPS-enfants sont ainsi en cours de finalisation. Ces référentiels sont constitués d'une partie théorique et d'une partie pratique. La partie théorique présente les principales données scientifiques et les principes des ateliers CPS. La partie pratique propose des fiches-pratiques pour développer les principales CPS communes aux programmes efficaces. Ce format en fiche-pratique se veut à la fois rigoureux et souple, adapté aux besoins et aux pratiques des professionnels. Ainsi, tout en respectant le contenu des interventions efficaces, ces référentiels devraient permettre aux professionnels francophones de s'approprier les principales connaissances nécessaires à la pratique des CPS et de construire des ateliers-CPS© en fonction de leur contexte d'intervention. Ils représentent ainsi une alternative flexible et réflexive par rapport au format classique des « programmes anglo-saxons» clés en main. Au regard de la synthèse de littérature réalisée dans le cadre de ce chapitre, il pourrait être pertinent d'enrichir ces référentiels CPS par de nouvelles fiches-activités proposant des exercices de PCs.

- **Une modélisation d'intervention CPS & PCs**

Afin de bien appréhender les effets attendus d'une intervention et de formaliser la chaîne causale des déterminants du problème ou de l'état de santé visé, il est aujourd'hui recommandé de s'appuyer sur un outil largement utilisé au niveau international : la modélisation d'action ou modèle logique. La modélisation est une représentation schématique de l'intervention qui permet d'expliciter les différentes composantes de l'intervention et de préciser la logique de l'action, ou comment les activités mises en œuvre sont susceptibles d'avoir de l'impact sur le problème de santé visé. Une modélisation adaptée aux interventions de promotion de la santé et de prévention primaire a ainsi été développée (démarche méthodologique DEVA©, Lamboy & Le-Barbenchon, 2015). Elle permet de distinguer 3 composantes d'une intervention de « Prévention, Promotion de la Santé » : 1/ le problème de santé à prévenir (prévention primaire) ou l'état de santé positif à développer (promotion de la santé) et la population ciblée 2/ les déterminants 3/ les livrables proposés aux bénéficiaires (sous forme de biens et/ou de services).
Plusieurs modélisations d'intervention CPS ont ainsi déjà été réalisées à l'INPES. Il semble aujourd'hui pertinent de rapprocher les modèles PCs existant (e.g., Duncan, Coatsworth & Greenberg, 2009) de nos modélisations d'intervention CPS. Dans cette perspective, une première modélisation « générique » d'une intervention intégrative PCs et CPS est proposée (voir schéma 1).

Cette modélisation intégrative met en avant les trois grandes formes d'activités que l'on retrouve habituellement dans les programmes de prévention et promotion de la santé basés sur la PCs et les CPS à destination des parents et/ou des enfants: 1/ des activités « classiques » de développement des CPS contenues dans les programmes validés (SEP) ; 2/ des activités qui cherchent à développer les CPS en s'appuyant sur des exercices de psychologie positive ; 3/ des exercices « classiques » de PCS centrés sur la respiration consciente et l'attention au moment présent. Les activités de PCs visent à favoriser un état d'esprit calme et ouvert, en développant les capacités de conscience (de soi et de son environnement) et d'attention à l'instant présent. Les activités « classiques » CPS et les activités de psychologie positive cherchent à développer les compétences émotionnelles, cognitives et sociales. Ces dernières étant favorisées par la présence d'un état d'esprit calme et ouvert, les activités CPS et PCs devraient s'enrichir mutuellement. Les savoir-faire mobilisés dans les cadre des CPS sont ainsi dépendants des capacités d'attention, de calme et d'ouverture.

Le développement de ces savoir-être (attitude d'ouverture et d'attention à l'instant présent) et de ces savoir-faire (compétences émotionnelles, cognitives et sociales) favorise les expériences positives et les interactions constructives entre l'enfant et le parent. Il permet ainsi d'accroître le bien-être de l'enfant et du parent. Un état de bien-être facilite les apprentissages, la réussite éducative, ainsi que les comportements favorables à la santé. Il permet également de réduire les comportements à risque, ce qui à termes, contribue à prévenir les problèmes de santé (mentale et physique).

Le modèle proposé s'apparente à un modèle de type « biopsychosocial » (Borrell-Carrio, Suchman & Epstein, 2004). Le principe est donc de cultiver un savoir-être à soi et à son environnement en tant que condition favorable, voire nécessaire, au bon développement d'un savoir-faire. Ce savoir-être inclut les dimensions corporelles et cognitives de conscience de soi et des autres. Il s'agit d'abord de cultiver le calme pour entraîner l'esprit et développer l'attention. Ceci peut donc entraîner des comportements bénéfiques, notamment pour la santé. Une étude qualitative récente chez des adolescents a montré des résultats encourageants en ce sens (Monshat, Khong, Hassed, Vella-Brodrick, Norrish, Burns, & Herrman, 2013). Ce modèle intégrateur, basé sur la PCs pour développer les CPS, les états et les comportements favorables à la santé, comprend les étapes du processus de PCs afin de permettre une plus grande liberté de décision pour soi. En portant son attention de façon délibérée sur la respiration, les sensations physiques, les sons, les pensées, les émotions, et en cultivant les qualités inhérentes à la pratique de la pleine conscience, le non-jugement, la bienveillance envers soi-même et envers les autres, les enfants vont accroître leur estime de soi et leur attention aux autres, avec une meilleure autorégulation des comportements, ainsi que de plus grandes capacités de socialisation et de coopération. Les effets sur l'amélioration du climat en classe ont été étudiés, notamment dans des contextes sociaux défavorisés après une pratique relativement brève (une demi-heure de pratique deux fois par semaine pendant 8 semaines) (Black & Fernando, 2013 ; Wisner, 2014).

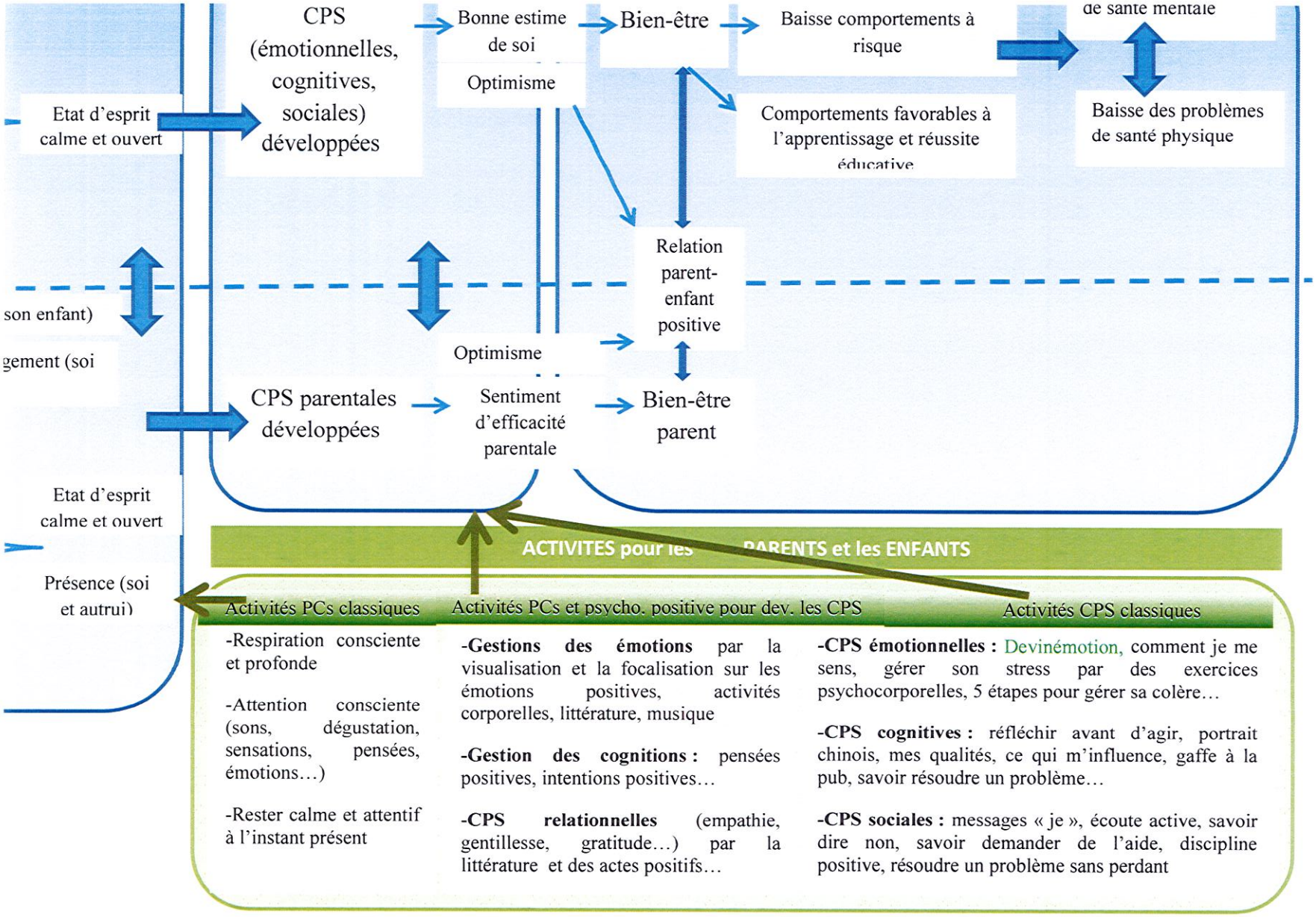
Les bénéfices attendus de la pratique de la PCs chez les enfants pour un meilleur savoir-faire ont fait l'objet d'évaluations prometteuses. Notamment, l'entraînement à

l'attention aux sensations tend à réduire l'hyperactivité[5], à améliorer les capacités de concentration et d'apprentissage (Klatt, Harpster, White & Case-Smith, 2013), ainsi que la santé mentale et la réussite scolaire (Kuyken, Weare, Ukoumunne, Lewis, Motton, Burnett & al., 2013). Il semble aujourd'hui important de mettre à l'épreuve ce modèle intégrateur afin de pouvoir préciser en quoi les qualités développées en cultivant la PCs permettent aux enfants d'accroître leurs CPS et faciliter les processus d'apprentissages dans le milieu familial (Duncan et al., 2009) ou scolaire (Schonert-Reichl et al., 2015) et ainsi, à terme, prévenir les principaux problèmes de santé physique et psychique. A ce jour, si les résultats des premières études menées dans ce champ sont encourageants et prometteurs, les évaluations sont encore inégales et insuffisantes. De nouvelles recherches sont ainsi nécessaires afin de mieux documenter l'efficacité et l'apport de ces interventions CPS et PCs pour les enfants et leur entourage (Black & Fernando, 2009).

[5] Pour plus d'informations, vous pouvez vous référer au chapitre 3, portant sur les effets de la pleine conscience chez les enfants présentant un trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité.

**Tableau 1 : présentation des CPS**

| Compétences sociales | Compétences émotionnelles | Compétences cognitives |
|---|---|---|
| **Communication verbale et non verbale** : écoute active, expression des émotions, capacité à donner et recevoir des feedback, empathie… | **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 | **Compétences de prise de décision** et de résolution de problème |
| **Capacités relationnelles, de négociation et de résistance à la pression** : gestion des conflits, capacité d'affirmation, résistance à la pression d'autrui. | **Compétences de gestion du stress** qui impliquent la gestion du temps, la pensée positive et la maîtrise des techniques de relaxation | **La pensée critique et l'auto-évaluation** qui impliquent de pouvoir analyser l'influence des médias et des pairs, d'avoir conscience des valeurs, attitudes, normes, croyances et facteurs qui nous affectent, de pouvoir identifier les (sources d') informations pertinentes |
| **Compétences de coopération** et de collaboration en groupe | **Compétences d'auto-évaluation et d'auto-régulation** qui favorisent la confiance et l'estime de soi | |
| **Compétences de plaidoyer** qui s'appuient sur des compétences de persuasion et d'influence. | | |


de santé mentale
CPS (émotionnelles, cognitives, sociales) développées
Bonne estime de soi
Bien-être
Baisse comportements à risque
Optimisme
Etat d'esprit calme et ouvert
Comportements favorables à l'apprentissage et réussite éducative
Baisse des problèmes de santé physique
Relation parent-enfant positive
son enfant)
gement (soi
Optimisme
CPS parentales développées
Sentiment d'efficacité parentale
Bien-être parent
Etat d'esprit calme et ouvert
Présence (soi et autrui)
ACTIVITES pour les PARENTS et les ENFANTS
Activités PCs classiques
Activités PCs et psycho. positive pour dev. les CPS
Activités CPS classiques
-Respiration consciente et profonde
-Attention consciente (sons, dégustation, sensations, pensées, émotions…)
-Rester calme et attentif à l'instant présent
-Gestions des émotions par la visualisation et la focalisation sur les émotions positives, activités corporelles, littérature, musique
-Gestion des cognitions : pensées positives, intentions positives…
-CPS relationnelles (empathie, gentillesse, gratitude…) par la littérature et des actes positifs…
-CPS émotionnelles : Devinémotion, comment je me sens, gérer son stress par des exercices psychocorporelles, 5 étapes pour gérer sa colère…
-CPS cognitives : réfléchir avant d'agir, portrait chinois, mes qualités, ce qui m'influence, gaffe à la pub, savoir résoudre un problème…
-CPS sociales : messages « je », écoute active, savoir dire non, savoir demander de l'aide, discipline positive, résoudre un problème sans perdant

**Références bibliographiques**

Barlow J., Smailagic N., JonesBarry, M. Group-based parent-training programs for improving emotional and behavioural adjustment in children from birth to three years old. Cochrane Database Syst Rev 2010, Volume 3.

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

Black, D. S. and R. Fernando (2013). "Mindfulness Training and Classroom Behavior Among Lower-Income and Ethnic Minority Elementary School Children." Journal of Child and Family Studies: 1-5.

Black, D. S., et al. (2009). "Sitting-meditation interventions among youth: a review of treatment efficacy." Pediatrics 124(3): e532-541.

Borrell-Carrio, F., Suchman, AL., Epstein RM. (2004). "The biopsychosocial model 25 years later: principles, practice, and scientific inquiry." Ann Fam Med 2(6): 576-582.

Broderick, P. C. (2013). *Learning to Breathe: A Mindfulness Curriculum for Adolescents to Cultivate Emotion Regulation, Attention, and Performance*. Oackland, CA : New Harbinger Publications.

Burnett, R. (2013). Mindfulness in Schools. http://tedxtalks.ted.com/video/Mindfulness-in Schools-Richard

Coatsworth JD, Duncan LG, Berrena E, Bamberger KT, Loeschinger D, Greenberg MT, Nix RL. (2014). "The Mindfulness-enhanced Strengthening Families Program: integrating brief mindfulness activities and parent training within an evidence-based prevention program." New Dir Youth Dev 142: 45-58.

Coatsworth JD, Duncan LG, Nix RL, Greenberg MT, Gayles JG, Bamberger KT, Berrena E, Demi MA. (2015). "Integrating mindfulness with parent training: effects of the Mindfulness-Enhanced Strengthening Families Program." Dev Psychol 51(1): 26-35.

Dekeyser, M., Raes, F., Leijssen, M., Leysen, S., & Dewulf, D. (2008). Mindfulness skillsand interpersonal behaviour. Personality and Individual Differences, 44(5), 1235-1245.

Diener, E. (1984). Subjective well-being. Psychological Bulletin, 95, 542-575.

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

Duncan, L. G. and N. Bardacke (2010). "Mindfulness-Based Childbirth and Parenting Education: Promoting Family Mindfulness During the Perinatal Period." J Child Fam Stud 19(2): 190-202.

Duncan, L G., Coatsworth JD, Greenberg, MT. (2009). "A model of mindful parenting: implications for parent-child relationships and prevention research." Clin Child Fam Psychol Rev 12(3): 255-270.

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

Flook F, Goldberg SB, Pinger L, Davidson RJ. (2015). Promoting prosocial behavior and self-regulatory skills in preschool children through a mindfulness-based kindness curriculum. Dev Psychol. 51(1) : 44-51.

Gold, E., et al. (2010). "Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) for Primary School Teachers." Journal of Child and Family Studies 19(2): 184-189.

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

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

Hawkins J, Catalano R, Miller J. Risk and Protective Factors for Alcohol and Other Drug Problems in Adolescence and Early Adulthood: Implications for Substance Abuse Prevention. *Psychol Bull. 1992*; 112(1) : 64-105.Institut National de Santé Publique du Québec (INSPQ). Avis scientifique sur les interventions efficaces en promotion de la santé mentale et en prévention des troubles mentaux. Montréal(QC): INSPQ ; 2008.

Jennings, PA., Frank, JL., Snowberg, KE., Coccia ,MA.,. Greenberg, MT. (2013). Improving classroom learning environments by cultiving awareness and resilience in education (CARE) : results of a randomized controlled trial. School Psychology Quaterly 28(4) : 374-390.

Hughes, A., et al. (2009). "Mindfulness approaches to childbirth and parenting." British journal of midwifery 17(10): 630.

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

Kabat-Zinn, J. (2003). "Mindfulness-based interventions in context: past, present, and future." Clinical psychology: Science and practice 10(2): 144-156.

Kaiser Greenland, S. (2010). The mindful child: How to help your kid manage stress and become happier, kinder, and more compassionate. New York, NY: Free Press.

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

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

Klatt, M., Harpster, K., White, S., Case-Smith, J. (2013). "Feasibility and preliminary outcomes for Move-Into-Learning: An arts-based mindfulness classroom intervention." Journal of Positive Psychology 8(3): 233-241.

Kuyken, W., Weare, K., Ukoumunne, O., Lewis, R., Motton, N., Burnett, R., Cullen, C., Hennelly, S., & Huppert, F. (2013). Effectiveness of the .b Mindfulness in Schools Program: A Non-randomized Controlled Feasibility Study. British Journal of Psychiatry, 203, 126-131.

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

Lamboy B, Guillemont J. Développer les compétences psychosociales des enfants et des parents. pourquoi et comment ? Revue Devenir, 2014; 26 : 307-325.

Lamboy, B., Le-barbenchon, E. (2015). Méthodologie de projet fondée sur les données probantes en prevention et promotion de la santé. Journées de la Prevention et de la santé publique 2015. Paris.

Machell, K. A., Goodman, F. R., & Kashdan, T. B. (2015). Experiential avoidance and wellbeing: A daily diary analysis. Cognition and Emotion, 29, 351-359.

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

Monshat, K., Khong, B., Hassed, C., Vella-Brodrick, D., Norrish, J., Burns, J., & Herrman, H. (2013). ""a conscious control over life and my emotions:" Mindfulness practice and healthy young people. A qualitative study." Journal of Adolescent Health 52(5): 572-577.

Napoli, M., et al. (2005). "Mindfulness Training for Elementary School Students." Journal of Applied School Psychology 21(1): 99-125.

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

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

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

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

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

Ryff, C. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology, 57,* 1069-1081.

Saltzman, A.(2014). A Still Quiet Place. A Mindfulness Program for Teaching Children and Adolescents to Ease Stress and Difficult Emotions. Oakland, CA: New Harbinger.

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

Schoeberlein, D. and T. Koffler (2005). "Garrison Institute report: Contemplation and education: A survey of programs using contemplative techniques in K–12 educational settings: A mapping report." New York, NY: Garrison Institute.

Schonert-Reichl, KA., Oberle, E., Lawlor, MS ., Abbott, D., Thomson, K., Oberlander, TF., Diamond, A. (2015). "Enhancing cognitive and social-emotional development through a simple-to-

administer mindfulness-based school program for elementary school children: a randomized controlled trial." Dev Psychol 51(1): 52-66.

Semple, R. J., & Lee, J. (2011) Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Anxious Children : A Manual for Treating Childhood Anxiety. Oakland, CA: New Harbinger.

Semple, R. J., & Lee, J., adaptation française par Shankland, R. & Strub, L. (2016). La pleine conscience pour les enfants anxieux. Aller mieux en s'amusant grâce au programme MBCT-C. Bruxelles : DeBoeck.

Snel, E. (2015). Breathe through this: Mindfulness for parents of teenagers. Boston, MA:Shambhala Publications, Inc.

Snel, E. (2013). Sitting still like a frog: Mindfulness exercises for kids (and their parents). Boston, MA: Shambhala Publications, Inc.

Waters, L., Barsky, A., Ridd, A. & Allen, K. (2015). Contemplative Education: A Systematic, Evidence-Based Review of the effect of Meditation Interventions in Schools. *Educational Psychology Review, 27(1),* 103-134.

Weare, K. (2013). "Developing mindfulness with children and young people: a review of the evidence and policy context." Journal of Children's Services **8**(2): 141-153.

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

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

Wisner, B. L. (2014). "An Exploratory Study of Mindfulness Meditation for Alternative School Students: Perceived Benefits for Improving School Climate and Student Functioning." Mindfulness **5**(6): 626-638.

Zenner, C., et al. (2014). "Mindfulness-based interventions in schools-a systematic review and meta-analysis." Front Psychol **5**(603).

Zoogman, S., Goldberg, S. B., Hoyt, W. T., & Miller, L. (2014). Mindfulness interventions with youth : A meta-analysis. *Mindfulness*. Online First Publication. DOI 10.1007/s12671-013-0260-4.