

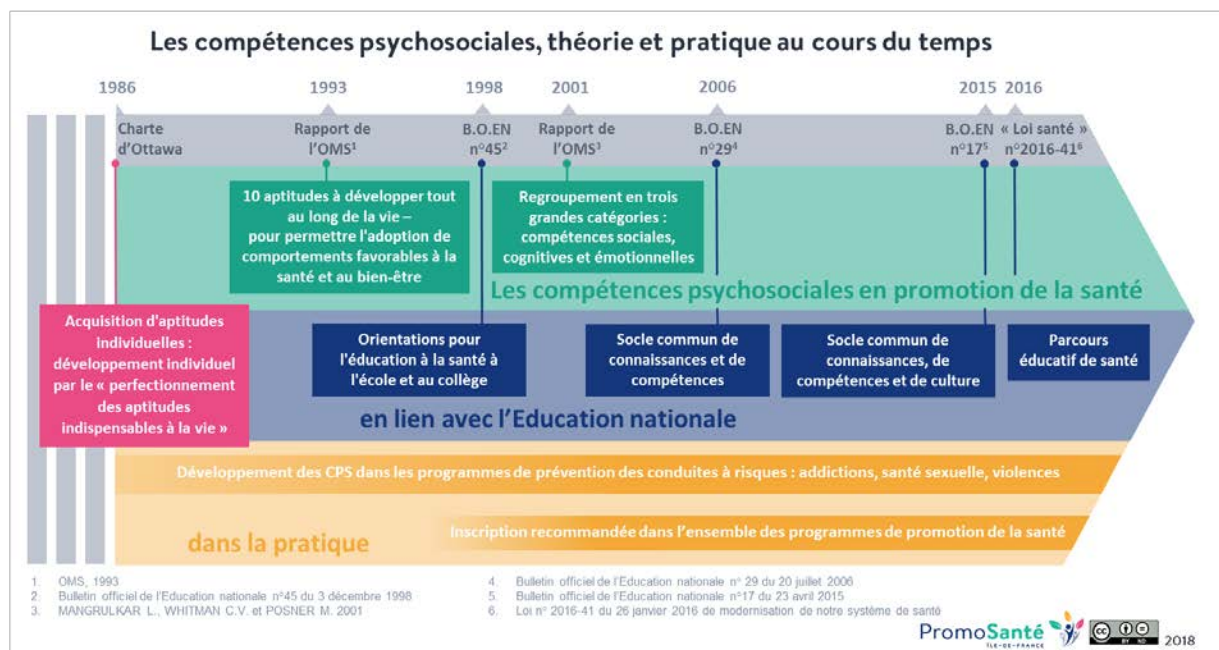
Regards sur l'évolution des compétences psychosociales en France, du concept aux pratiques

- Entretien avec Marie-Odile Williamson -

« Les compétences psychosociales ont dû s'inscrire dans l'environnement français, venant interroger de nombreux sujets dans les champs de la prévention et de la promotion de la santé - mentale en particulier -, de l'éducation et du rôle de l'école. »

Marie-Odile Williamson est Directrice territoriale du Pôle Loire Atlantique de l'Ireps Pays de la Loire. Elle a de multiples expériences dans le champ des CPS : successivement intervenante sur un programme de renforcement des CPS, formatrice, coordonnatrice de programme régional, appui et conseil au programme « En santé à l'école ».

Le concept de compétences psychosociales et sa prise en compte en promotion de la santé a connu de multiples évolutions depuis les années 90. Quelles ont été les évolutions marquantes, et en quoi cela a modifié les pratiques des promoteurs ?



Cette approche historique me semble être un angle de lecture éclairant pour mieux saisir l'actualité de la prise en compte des compétences psychosociales (CPS) en France. Je répondrai à cette question à partir de mon **expérience débutée en 1997**. C'est une contribution au sujet qui mériterait une exploration plus approfondie et qui se limitera au champ de l'enfance et de la jeunesse.

Je qualifierais cette évolution sur 25 années (de 1993 à 2018) de lente et chaotique. Les compétences psychosociales ont dû s'inscrire dans l'environnement français, venant interroger de nombreux sujets dans les champs de la prévention et de la promotion de la santé - mentale en particulier -, de l'éducation et du rôle de l'école.

- Pour le mieux, elles ont été bien accueillies comme **venant répondre à un véritable enjeu éducatif, citoyen, de réduction des inégalités de santé**, grâce au développement des facteurs de protection individuels en écho aux facteurs psychosociaux des comportements (la transmission de connaissances ou les approches par la peur avaient démontré leurs limites). Cela venait enrichir l'approche « life skills » déjà présente dans la charte d'Ottawa et représentait une source d'empowerment individuel et collectif.

- Pour le pire, elles ont été rejetées quand elles étaient **perçues comme issues d'approches comportementalistes, inadaptées à la culture française** (versus anglo-saxonne), d'entreprise de **normalisation des comportements ou de risques d'ingérence sectaire**. Toutes questions qui méritaient d'être posées, vérifiées par souci d'éthique ou d'efficacité des actions de santé publique afin de dépasser des postures parfois plus idéologiques que fondées factuellement ou scientifiquement.

Pour les promoteurs des actions, **le premier temps a par conséquent été celui du plaidoyer**, avec l'appui sur les recommandations de l'OMS renouvelées au début des années 2000 et sur les données de la recherche. Avec notamment les **résultats positifs des programmes de prévention évalués** sur le long terme comme ceux de G. Botvin.

Les différentes étapes (illustrées par la frise chronologique) ont donc emprunté les parcours de l'évolution des connaissances, tant en matière de fondements théoriques que d'interventions et ce faisant, de l'inscription dans les politiques publiques de la santé ou de l'éducation comme dans les pratiques professionnelles.

Les années 1990, PLAIDOYER et EXPLORATION

C'est la période des pionniers confrontés aux réticences et difficultés exposées précédemment. Les compétences psychosociales sont alors portées par le **Comité Français d'Education pour la Santé** et des comités départementaux (**Codes**) ou régionaux d'éducation pour la santé, ainsi que par **l'Anpaa**.

En **1995**, les CPS sont présentées dans un dossier de la **Santé de l'homme** (n°317, Inpes) intitulé « Autonomie et socialisation, un parcours de santé » par Rhona Birrell Weisen et Daniel Pellaux¹ et Pierre Arwidson². En 1997, un nouveau dossier (revue n°328, Inpes) y est consacré « Les jeunes sur les chemins de la santé » avec la présentation d'expériences et d'outils dont la série des coffrets « Léo et l'eau, Léa et la terre... » tout récemment édités. **Ils témoignent de la nécessité d'alors de combiner les approches thématiques avec l'introduction des CPS en éducation pour la santé et dans les programmes scolaires.** La même année, Brigitte Sandrin Berthon rédige avec différentes collaborations l'ouvrage « Apprendre la santé à l'école »³ qui présente tout particulièrement les CPS dans un chapitre rédigé par Pierre Arwidson.

¹ Rhona Birrell Weisen et Daniel Pellaux du groupe d'experts de la Division de la santé mentale de l'OMS – 1993, 1994

² Médecin, directeur du Codes d'Indre et Loire (à cette période)

³ Sandrin Berthon B., *Apprendre la santé à l'école*, Paris, ESF éditeur, coll. « Pratiques et enjeux pédagogiques », 1997

En régions, [Jacques Fortin](#), pédiatre conseiller technique santé du recteur de Lille, travaille pour sa part avec le groupe GASPARG (Groupe académique de soutien et de prévention pour les adolescents à risque). En **Pays de la Loire**, le premier programme de Prévention Primaire des Conduites Addictives par le renforcement des CPS chez les enfants de 7 à 12 ans en milieu scolaire est élaboré⁴. Sa première mise en place est rejetée par le rectorat puis **une phase expérimentale avec une classe dans chacun des 5 départements démarre en 1998**. Il est conduit en partenariat avec les Codes et l'Anpa. La même année, la **circulaire de l'Éducation Nationale** (B. O. n°45) introduit une définition de l'éducation à la santé à l'école ainsi que la **notion de compétences personnelles et relationnelles**.

Les années 2000, ANCRAGE dans les recommandations et les pratiques

Au niveau national, dans le champ de la santé publique, c'est une **phase de synthèse des recherches** notamment explorée par l'Inserm⁵, et de **traduction dans des recommandations** comme celles de la MILDT (devenu Mildeca) en 2006. A l'**Éducation Nationale**, la même année, c'est aussi le **premier socle de connaissances et de compétences**, avec la déclinaison des compétences sociales et civiques (socle 5), d'autonomie et d'initiative (socle 6). **L'éducation à la santé** s'inscrit plus volontairement dans ces textes de référence et dans les programmes scolaires, où elle prend une place de **compétence transversale et non pas d'une discipline spécifique**.

Pour les praticiens comme moi, à travers le programme ligérien (op.cit.) c'est une période de **construction de « savoirs faire » en tant que « savoir intervenir »** auprès des enfants en collaboration avec les enseignants. Les outils francophones disponibles sont peu nombreux, nous nous appuyons sur [« Contes sur moi »](#), « Mieux vivre ensemble dès l'école maternelle », ou encore les programmes « Estime de soi et compétence sociale » de l'hôpital Sainte Justine de Montréal. **La nécessité d'adaptation et de transfert d'outils pratiques aux enseignants** nous conduit à la formalisation par l'écriture de conducteurs de séances, de repères méthodologiques et pédagogiques et donc d'implantation de projets qui conduiront plus tard à **l'élaboration du site internet « Cartable des compétences psychosociales »**. La quinzaine d'intervenants accompagnés dans leur montée en compétences sont attentifs à suivre les **critères de qualité** alors posés, et le vérifient par de **l'évaluation de processus** sans pouvoir aller au-delà, ce qui sera regretté. **Les enseignants adhèrent largement à l'offre et s'en emparent**, non pas pour l'objectif de santé (conduites addictives) mais **pour la gestion des conflits en classe et le « vivre ensemble »**. Cela nous conduit à **développer un « savoir-former »**.

Les années 2010 – CROISSANCE et MATURATION

Après les phases de plaidoyer, d'élaboration progressive d'une « culture CPS » et des recommandations claires et nombreuses pour les développer, c'est le **tournant de plus en plus affirmé vers l'action**. **Différents enjeux sont alors à relever**. L'**inscription dans les politiques publiques** doit devenir un levier et les pratiques professionnelles doivent pouvoir s'appuyer sur des **socles de connaissances valides et accessibles**.

⁴ Pour en savoir plus : Williamson MO, Lamour P. En santé à l'école... ou agir pour renforcer les compétences psychosociales de 6000 enfants scolarisés en Pays de la Loire. Adsp 2013 : 83 : 42-45.

⁵ INSERM. (2003) Santé des enfants et des adolescents : Propositions pour la préserver. Expertise collective. Paris : Ed INSERM
INSERM (2001). Education pour la santé des jeunes. Démarches et méthodes. Paris : Ed. INSERM

L'Education nationale va affirmer sa volonté de réorienter la promotion de la santé en milieu scolaire en s'appuyant sur le [parcours éducatif de santé](#) créé en 2013, puis défini et introduit en 2016.

- Le [guide pour sa mise en œuvre](#) présente alors en annexe une **mise en perspective des compétences psychosociales et des domaines du nouveau socle commun** de connaissances, de compétences et de culture, qui prend aussi effet à la rentrée 2016. Ce cadre sera préféré à une approche par compétences disciplinaires sur laquelle la DGESCO (Direction générale de l'enseignement scolaire) et l'Inpes avaient préalablement travaillé.

- C'est une **période de réelles avancées** dans laquelle différents acteurs de l'Education Nationale vont être engagés, avec notamment les travaux d'Unirès (Réseau des universités pour l'éducation à la santé), des Espé (Ecoles supérieures du professorat et de l'éducation) et de certains laboratoires de recherche comme ceux de **Didier Jourdan, Dominique Berger ou Yves Léal**.

- **La formation des enseignants en éducation à la santé et aux CPS progresse** et peut s'appuyer sur le référentiel des compétences professionnelles des métiers du professorat et de l'éducation de 2013.

- Cette période voit aussi **l'émergence de la notion de climat scolaire et des dispositifs d'appui** avec une place importante donnée aux CPS.

Dans le champ de **la santé publique**, c'est le sujet des **actions fondées sur les données probantes et des programmes validés** qui émerge et vient questionner décideurs, agences nationales et régionales de santé, chercheurs et praticiens. Pour développer en France une prévention à l'efficacité prouvée, il s'agit soit d'importer et adapter des programmes validés ou prometteurs⁶, soit de capitaliser sur les expériences françaises. Mais dans ces deux cas, il faut investir dans des moyens importants pour **expérimenter, évaluer puis disséminer les programmes**. C'est ce qui va s'engager progressivement avec par exemple les programmes [SFP](#) (Strengthening Families Program), [Unplugged](#), [GBG](#) (Good Behavior Game). Cette forme d'**effervescence** de ces dernières années se traduit largement dans les pratiques professionnelles et les divers programmes en régions, comme en témoigne le dossier spécial du [n°431 de mars 2015 de la Santé en Action](#) (20 ans après le premier numéro consacré à ce sujet) coordonné par Béatrice Lamboy.

A cette image, en **Pays de la Loire**, après la formalisation de notre expérience, nous opterons en 2011 pour la mise en ligne des acquis du programme au sein du site internet **« [Cartable des compétences psychosociales](#) »**. Nous ferons prévaloir la **diffusion large et la mise à disposition des contenus sans restriction** avec une **invitation à la formation**, élément essentiel pour garantir la qualité des actions.

En 2014, l'ARS des Pays de la Loire souhaite atteindre un meilleur niveau de diffusion du programme auprès des enseignants. Le programme de « Prévention primaire des conduites addictives » puis de « renforcement des compétences psychosociales à l'école » devient **« [En santé à l'école](#) »**. De **nouvelles modalités de transfert des pratiques et d'implantation de projets** auprès des enseignants sont testées et évaluées⁷ : accompagnement d'équipes, formation continue et initiale, en présentiel et à distance, co-interventions. Pour le promoteur d'action, cette **étape est celle du transfert à plus grande échelle**, de la **collaboration accrue avec les instances de gouvernance**, du **co-pilotage institutionnel** au niveau régional entre acteurs de la santé et du milieu scolaire.

⁶ Revue Santé Publique, 2013 n°1 (suppl)

⁷ Evaluation réalisée par Planète Publique, bientôt disponible

Après 25 années, les enjeux s'orientent désormais vers le « passage à l'échelle » avec la dissémination de programmes répondant aux critères de qualité, la diffusion des pratiques validées, auprès des professionnels et dans les différents milieux de vie de l'enfant avec le soutien aux compétences parentales. Cela va nécessiter de nombreuses collaborations entre acteurs institutionnels, du monde scolaire ou de la santé publique, agences nationales ou régionales de santé, recherche universitaire, opérateurs en prévention et promotion de la santé, collectivités territoriales...

Les programmes de développement des CPS sont en plein essor ces dernières années. Quels sont selon vous les points d'attention et de vigilance sur ce sujet, si l'on souhaite se placer dans une démarche de qualité et d'efficacité ?

Cet essor est plutôt réjouissant parce qu'il s'est fait attendre comme en témoignent les différentes étapes évoquées plus haut. **Le concept** de compétences psychosociales diffuse largement dans les différents milieux professionnels de la santé ou de l'éducation, des champs de la recherche aux acteurs de terrain, en passant par les institutions ou le grand public ; et ce par des canaux divers relevant des approches scientifiques à la vulgarisation. **Mais cela conduit à certains paradoxes. Car si l'idée prospère, les savoir-faire, sont eux, encore largement à développer.** Si l'on veut éviter les écueils de faible efficacité voire pire d'effets délétères, **il faut sans cesse revenir aux critères de qualité** qui sont maintenant bien établis mais pas pour autant faciles à atteindre dans une phase de diffusion large. C'est toute une chaîne d'acteurs qui se retrouvent confrontés à ces questions, ou même dans une forme de confrontation les uns aux autres.

Partant des caractéristiques des programmes efficaces et des interventions fondées sur les données probantes, je propose de porter un **regard sur la situation et les dynamiques à l'œuvre** telles que je les perçois là où je suis.

Objectifs et effets attendus

Sont-ils les mêmes quand ils sont portés par la santé publique, l'Education Nationale ou encore les politiques territoriales ? Pour les uns, les objectifs en termes de prévention de problèmes de santé ciblés seront clairement affichés, pour les autres, le climat scolaire et la réussite éducative primeront, et sur un territoire communal peut-être la question de la tranquillité publique et la prévention des incivilités ou de la délinquance seront-elles les portes d'entrée. Si les compétences psychosociales constituent un socle commun, les difficultés peuvent émerger quand il s'agit de définir les sources de financement (une ARS, un rectorat ou une collectivité territoriale ?), de clarifier les rôles de chacun, de sélectionner un programme adapté.

Interventions fondées sur les données probantes, programmes validés

Ici, la jonction entre les pratiques professionnelles qui se développent (et qui étaient attendues) d'une part et la disponibilité ou l'accès aux programmes probants d'autre part, n'est pas encore au rendez-vous. Les acteurs de terrain (enseignants, éducateurs...) ont de plus en plus accès à des outils d'interventions comme des guides, des kits d'activités, des jeux produits par des praticiens avertis, des spécialistes de tel ou tel champ ou bien encore dans le cadre de réseaux d'échanges de savoirs, ce qui témoigne de l'appropriation

et de la montée de l'expertise. On peut s'en réjouir et y voir le plus souvent une réelle qualité de production. Nombreux sont ceux qui sont fondés sur les critères de qualité méthodologiques et pédagogiques. Mais ils ne satisfont pas pour autant aux exigences de programmes validés. Ces derniers restent relativement confidentiels. Pour être validés en version française, ils doivent le plus souvent connaître une phase d'adaptation-expérimentation-évaluation longue puis une diffusion qui nécessite des structures porteuses, en mesure de former des équipes selon des processus tout aussi exigeants. Ici aussi les volontés se croisent mais les ressources, qu'elles soient humaines ou financières, sont à développer.

Stratégies de déploiement

Celles-ci, tant au niveau national que régional et local, **doivent se construire de concert afin de faire se rejoindre toute la chaîne d'acteurs**. Car en matière d'implantation, beaucoup de questions se posent pour atteindre un bon niveau de qualité. Il s'agit d'**avoir des intervenants dans l'adhésion** (enseignants, éducateurs, animateurs...), **mobilisés en équipe**, avec des **capacités collaboratives, formés aux outils-programmes, maîtrisant les techniques pédagogiques** de type participative et expérientielle, en capacité d'instaurer un **climat relationnel** favorable faisant preuve d'attitudes éducatives cohérentes et modélisantes pour les enfants. Ces compétences s'acquièrent par la formation, une réflexivité sur les pratiques qui nécessitent temps de formation suffisant, accompagnement et analyse des pratiques. Pour assurer ces fonctions, il faut non seulement des formateurs mais des formateurs de formateurs, légitimes et reconnus dans l'institution avec les moyens adéquats. **L'enjeu de formation est de taille** et ne peut que **s'inscrire dans la durée** avec des volontés fortes et **des collaborations institutionnelles encore à construire**. Les opérateurs que nous représentons sont désormais face à cette étape de transfert à grande échelle. Il faut éviter la déperdition des savoirs en termes de savoir-intervenir, savoir-former, savoir-implanter, savoir-accompagner, superviser. Nous avons aussi besoin d'être soutenus dans l'évaluation d'efficacité des actions par la mise à disposition par exemple, d'échelles de mesure des CPS qui font encore défaut.

Prise en compte des contextes d'intervention

Dans la période actuelle, il nous arrive d'entendre « *Ah oui, les CPS, c'est à la mode !* ». Cette assertion appelle à **de nouvelles vigilances afin que l'engouement n'ait pas pour corollaire une certaine lassitude, de nouvelles formes de résistance ou d'opposition**, de perte de vue des objectifs à atteindre, de vision « panacée » sans prise en compte des différents déterminants de santé ou de climat scolaire. La complexité reste au cœur des contextes. Les équipes ont besoin de construire des diagnostics partagés tant des besoins que des ressources pour se mobiliser, adapter les projets et les porter dans la durée. **Au sein de certains milieux, les compétences psychosociales sont parfois « contre-culture »**. Les acquis construits à l'école peinent à être mobilisés positivement dans des situations « hors les murs ». En cela, il est extrêmement encourageant de voir les établissements scolaires de plus en plus rejoints par des démarches territorialisées, grâce aux projets éducatifs de territoire par exemple. On y gagne en cohérence éducative, en mutualisation de ressources, en dynamique et en soutien mutuel. Les parents y (re)trouvent plus de place, pour s'impliquer et développer eux aussi leurs compétences.

Les inégalités sociales de santé (ISS) et les interventions précoces

Ils constituent un **point d'attention dorénavant constant des politiques de santé** et avec pragmatisme, beaucoup s'interrogent pour a minima ne pas les accentuer. Les intervenants en renforcement des CPS peuvent témoigner des expériences lumineuses qui voient des enfants si peu valorisés dans les performances scolaires, révéler leurs talents au cours de ces séances. Ils voient aussi parfois un véritable « effet de serre » chez les enfants déjà assez habiles dans leurs compétences personnelles et relationnelles. **Engager ces programmes dans l'universalisme proportionné semble rester un enjeu à résoudre.** Ces actions éducatives et préventives ont aussi besoin de s'inscrire dans des parcours de santé au cours desquels les enfants en souffrance et leurs familles peuvent trouver des soutiens individualisés avec les prises en charges psychologiques ou sociales ad hoc.

Pour toutes ces raisons, les programmes de renforcement des CPS et leurs promoteurs doivent pouvoir compter sur des politiques publiques de santé, d'éducation et sociale véritablement coordonnées et durables.

Pour aller plus loin

- Eduscol. [Le parcours éducatif de santé](#) [En ligne]. Mis à jour le 23 mars 2017. [Consulté le 3 mai 2018]
- [Développer les compétences psychosociales chez les enfants et les jeunes – Dossier](#). La Santé en action n°431. Mars 2015
- [« Cartable des compétences psychosociales »](#). Ireps Pays de la Loire.
- [Catalogue des outils de prévention - compétences psychosociales](#). Ireps Pays de la Loire. 2014
- Programme [« En santé à l'école »](#). Région Pays de la Loire.