

THÈSE DE DOCTORAT

Soutenue à Aix-Marseille Université
Le 21 janvier 2022 par

Aurélie Tardy

La transférabilité d'une intervention complexe dans le champ des compétences psychosociales en milieu scolaire

SANTÉ PUBLIQUE

SPÉCIALITÉ : PATHOLOGIE
HUMAINE - RECHERCHE CLINIQUE
ET SANTÉ PUBLIQUE

ÉCOLE DOCTORALE DES SCIENCES
DE LA VIE ET DE LA SANTÉ (ED
62)

UNITÉ DE RECHERCHE CEReSS -
SANTÉ PUBLIQUE ET MALADIES
CHRONIQUES - Qualité de vie,
concepts, usages et limites,
déterminants

	Composition du jury	
•	Linda CAMBON	Rapporteuse
•	Université de Bordeaux	
•		
•	Rebecca SHANKLAND	Rapporteuse
•	Université de Lyon 2	
•		
•	Stéphanie GENTILE	Présidente du jury
•	Aix-Marseille Université	
•		
•	Béatrice LAMBOY	Examinatrice
•	Santé Publique France	
•		
•	Roland SAMBUC	Directeur de thèse
•	Aix-Marseille Université	
•		
•	Marie-Claude LAGOUANELLE	Directrice de thèse
•	Aix-Marseille Université	
•		

Affidavit

Je soussignée, Aurélie Tardy, déclare par la présente que le travail présenté dans ce manuscrit est mon propre travail, réalisé sous la direction scientifique de Roland Sambuc et Marie-Claude Lagouanelle, dans le respect des principes d'honnêteté, d'intégrité et de responsabilité inhérents à la mission de recherche. Les travaux de recherche et la rédaction de ce manuscrit ont été réalisés dans le respect à la fois de la charte nationale de déontologie des métiers de la recherche et de la charte d'Aix-Marseille Université relative à la lutte contre le plagiat.

Ce travail n'a pas été précédemment soumis en France ou à l'étranger dans une version identique ou similaire à un organisme examinateur.

Fait à Marseille, le 24/09/2021.



Cette œuvre est mise à disposition selon les termes de la [Licence Creative Commons Attribution - Pas d'Utilisation Commerciale - Pas de Modification 4.0 International](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

Résumé

Cette thèse interroge la transférabilité d'un programme de développement des compétences psychosociales (CPS) en milieu scolaire, le PROgramme de Développement Affectif et Social (PRODAS), dans le cadre de son déploiement en région Provence Alpes Côte d'Azur (PACA).

La recherche a été structurée en quatre étapes :

- 1) synthétiser les effets du PRODAS documentés dans la littérature, dans ses différents sites d'implantation depuis ses origines (n=20 articles) ;
- 2) identifier les éléments de contexte favorables à son déploiement : à partir d'une recherche documentaire sur l'histoire de la santé publique et des politiques sociales et éducatives aux États-Unis (EU), au Québec et en France et d'une recherche qualitative par entretiens auprès d'acteurs impliqués dans la mise en œuvre et la diffusion du programme (EU, Québec (n=6) ; France (n=12)) ;
- 3) identifier les effets du PRODAS perçus par les acteurs et ses fonctions-clés (éléments essentiels à la production de ses effets) : à partir d'une recherche documentaire concernant les recommandations existantes sur la qualité et la mise en œuvre des programmes de Développement Affectif et Social (DAS) et des CPS des enfants en milieu scolaire (n=7 documents) ; une recherche qualitative par focus groups auprès d'enseignants, animateurs et acteurs institutionnels impliqués dans la mise en œuvre du programme sur deux sites (n=8) ; une analyse des bilans d'activités du Planning Familial ;
- 4) élaborer une première version d'une Théorie du Programme (TDP) décrivant quatre composantes (historique, arbre à problème, fonctionnement et effets) : à partir des résultats des travaux précédents, complétés par des temps de rencontre entre les parties-prenantes de la mise en œuvre du PRODAS.

Ces recherches montrent que les effets du programme identifiés dans la revue de la littérature, portant principalement sur des CPS émotionnelles et sociales, sont similaires aux effets du programme perçus par les acteurs de sa mise en œuvre en PACA, et également à ceux retrouvés dans la littérature concernant d'autres programmes de développement des CPS en milieu scolaire.

Concernant le contexte, dans tous les territoires d'implantation étudiés, les efforts de prévention sanitaire, ainsi que la mise en place de politiques sociales et de politiques combinant des initiatives sanitaires et éducatives pour les populations défavorisées ont favorisé le déploiement du programme.

Sa mise en œuvre, depuis 2005, dans des écoles maternelles et primaires de Marseille, a contribué à construire une vision du DAS partagée entre les différents acteurs et a suscité un intérêt pour le développement de stratégies de promotion du DAS à l'intérieur et à l'extérieur de l'école.

Quatorze fonctions-clés ont été identifiées, en lien avec les caractéristiques du programme, son implémentation et/ou son contexte de mise œuvre. Seules trois fonctions-clés s'illustraient par des formes assez variables d'un site à l'autre.

L'élaboration d'une première ébauche de TDP s'appuyant sur la co-construction avec l'ensemble des parties prenantes a créé des opportunités de débat, à partir d'un corpus de données structuré, à propos de l'intégration des questions de santé et de développement socio-affectif dans les pratiques éducatives en milieu scolaire.

Ce travail présente plusieurs intérêts majeurs : enrichir la littérature en fournissant une description détaillée de la méthodologie employée pour étudier la transférabilité; pouvoir envisager une évaluation complémentaire du PRODAS après avoir identifié qu'il y a moins de données concernant les effets du programme sur les jeunes enfants et leur entourage familial, ainsi que sur son fonctionnement ; envisager, à partir de ce programme prototypique, ce qu'il pourrait y avoir de commun (fonctions-clés et leviers à la mise en œuvre) avec d'autres programmes de développement des CPS en milieu scolaire, afin de favoriser la diffusion de ce type de programmes dans les meilleures conditions possibles.

Mots-clés : Promotion de la santé – Transférabilité – Intervention complexe – Compétences psychosociales – Milieu scolaire

Abstract

This thesis examines the transferability of a school life skills programme, through the study of the PROgramme de Développement Affectif et Social (PRODAS), in the context of its rollout in the South Provence Alpes Côte d'Azur region (PACA).

The research was structured in four steps:

- 1) to synthesize the effects of the PRODAS documented in the literature, in its different implementation sites since its origins (n=20 articles) ;

- 2) to identify the elements of the context favouring the rollout of the programme: from a documentary research on the history of public health and social and educational policies in the United States (USA), Quebec and France and from a qualitative research by interviews with players involved in the implementation and the rollout of the programme from the USA and Quebec to France (n=6) and with various local players in France (n=12);
- 3) to identify the effects of the PRODAS as perceived by the players and to highlight the key functions of the programme (essential elements for the production of its effects): from a literature search concerning existing recommendations on the quality and implementation of Social and Emotional Development (SED) and school life skills programmes for children (n=7 documents); qualitative research by focus groups with teachers, counselors, and institutional players involved in the implementation of the programme in two sites (n=8); an analysis of the Family Planning's activity reports;
- 4) to elaborate a first version of a Program Theory (PT) describing four components (history, problem tree, functioning and effects): based on the results of the previous work, completed by meeting times between the stakeholders of the PRODAS implementation.

This research shows that the effects of the programme identified in the literature review, mainly concerning emotional and social life skills, are similar to the effects of the programme perceived by the players of its implementation in PACA, and also to those found in the literature concerning other school life skills programmes.

The study of the context highlights the fact that, in all the studied sites, health prevention initiatives, as well as the implementation of social policies and policies combining health and educational initiatives for disadvantaged populations, favored the rollout of the programme.

Its implementation since 2005 in Marseille's nursery and primary schools has contributed to building a shared vision of the SED among the different players involved in the program and has generated interest in developing strategies to promote the SED inside and outside schools.

Fourteen key functions of the PRODAS were identified, related to the characteristics of the programme, its implementation and/or its implementation context. Only three key functions were illustrated by forms that relatively varied from one site to another.

The development of a first version of PT based on co-construction with all stakeholders created opportunities for discussion and debate, based on a structured body of data, about the integration of health and SED issues in school-based educational practices.

This work offers several major interests: to enrich the literature by providing a detailed description of the methodology used to study the transferability of the programme; to be able to consider a complementary evaluation of the PRODAS after identifying that there is less data concerning the effects of the programme on young children and their family environment, as well as on its functioning ; to consider, based on this prototypical programme in the field of school life skills, what there could be in common (key functions and levers for the implementation) with other school life skills programmes, in order to promote the development of this type of programme in the best conditions.

Key words: Health Promotion – Transferability – Complex intervention – Life skills – School environment

Remerciements

J'adresse ma gratitude et mes remerciements les plus sincères à mes co-directeurs, le Professeur Roland Sambuc et la Docteure Marie-Claude Lagouanelle-Simeoni, qui ont été les premiers à me faire confiance en acceptant de diriger cette thèse. Sans cela, l'histoire n'aurait pas débuté si rapidement après l'obtention de mon Master. Je vous remercie pour la confiance que vous m'avez accordée, ainsi que pour votre écoute et votre savoir-être dans l'accompagnement dans mes travaux de recherche. Malgré les difficultés propres au travail de thèse, je ne pense pas que j'aurais pu bénéficier d'un meilleur accompagnement.

Un grand merci à Hervé Meur de l'ARS PACA, pour son soutien dans la mission d'accompagnement à la transférabilité su PRODAS en région PACA, et indirectement à mes travaux de thèse. Merci pour ses réflexions, pour son écoute et son humanité.

Mes sincères remerciements à Madame le Professeur Stéphanie Gentile pour avoir hébergé mes travaux au sein du Service d'Evaluation Médicale de l'hôpital de la Conception et également au Laboratoire de Santé Publique à la faculté de médecine de la Timone. Au sein du Service d'Evaluation Médicale, je tiens à remercier tout particulièrement les personnes avec lesquelles j'ai travaillé : Alexandre, pour la matière scientifique que tu m'as apportée, tes réflexions et questions sur le sujet, qui me permettaient par la suite de me positionner. Merci à toutes les stagiaires de Master II de Psychologie Sociale de la Santé ou de Santé Publique qui se sont succédées et ont participé aux travaux : Rosa, Clara, Caroline ou encore Alix, psychologue social de la Santé et Alice, interne en Santé Publique. Votre présence a rendu mon travail agréable. Merci pour votre investissement, vos compétences, votre travail et aussi pour les amitiés que nous avons liés à chaque fois, nos moments de doute, voire de désespoir (!), et surtout nos rires...

Merci à Thémis Apostolidis et à Emmanuelle Le Barbenchon pour leur avis éclairé sur une partie de mes recherches. Je souhaite que la suite de notre collaboration soit aussi riche.

Merci à mon parrain de thèse Bernard Ennuyer, sociologue. La rencontre avec toi lors de mon Master en Politiques des âges à Sciences Po Aix a été déterminante pour me lancer dans cette thèse. Merci pour la simplicité des liens que tu sais établir avec tes étudiant-e-s, merci de ta sympathie.

Merci à Jacques Lalanne, initiateur du PRODAS au Québec. C'est lors de ces travaux de recherche que je t'ai contacté pour la première fois, merci pour la matière que tu m'as donnée. Puis nous avons pu nous rencontrer lors de ta venue à Marseille. Je n'ai pas toujours été aussi disponible que je

l'aurais souhaité pour répondre à tes diverses sollicitations, mais notre rencontre est quelque chose de précieux pour moi.

Cette recherche n'aurait pas été possible si nous n'avions pas eu la participation d'un certain nombre de professionnels que j'ai pu rencontrer sur mes terrains de recherche : acteurs institutionnels et équipes enseignantes. Merci d'avoir pris du temps pour participer aux entretiens, merci pour votre patience, votre disponibilité et la richesse de nos échanges.

Merci également à Pierre Taudou et à Danielle Degrémont du Rectorat d'Aix-Marseille, ainsi qu'à l'Education Nationale, d'avoir facilité le fait que certains entretiens avec les équipes enseignantes puissent se faire sur leur temps de travail et non pas sur leur temps personnel. Merci aussi pour leur relecture attentive des articles et leur avis.

Un merci tout particulier aux équipes du Planning Familial 13 et 84 pour leur participation aux entretiens, ainsi qu'au Planning Familial 34 pour les documents transmis. Administrativement, je remercie chaleureusement le Planning Familial 13 pour avoir rendu mon travail de recherche à l'AP-HM possible, en établissant une convention et une mise à disposition sans que jamais mon temps de travail restant au Planning soit posé comme un souci. Merci aux deux directrices qui se sont succédé pendant mes travaux, Fanny Jamet et Murielle Geoffroy d'avoir soutenu cette organisation auprès du Bureau du Planning Familial 13. Cela va dans le sens de ce que j'ai souvent senti pendant toutes ses années de travail au Planning Familial : beaucoup de confiance et d'autonomie. Merci infiniment pour cela.

Merci à mes amies Carine, Hélène, Antonella, Julie et Marie de leurs encouragements.

A ma mère, qui n'aura pas pu suivre mes travaux de thèse.

A toi papa, qui malgré les difficultés que nous avons vécues, m'a soutenu.

Mes remerciements les plus profonds vont enfin en direction de ma famille : mon mari, ma fille. Lina, tu étais toute petite quand j'ai commencé ce travail et tu as grandi magnifiquement ! Merci à vous deux de m'avoir soutenu quand j'en avais le plus besoin pendant ces cinq années de recherche. J'espère avoir maintenant davantage de temps pour d'autres projets, ceux que nous souhaitons réaliser ensemble.

Liste des publications

PUBLICATIONS socles de la thèse

Tardy A, Roth B, Daguzan A, Sambuc R, Lagouanelle-Simeoni M-C. Effets d'un programme de développement des compétences psychosociales en milieu scolaire : Le PROgramme de Développement Affectif et Social (PRODAS) : Revue de la littérature. Glob Health Promot. 2021. doi:10.1177/17579759211007456

Tardy A, Daguzan A, Lalanne J, Belmouloud R, Sambuc R, Lagouanelle-Simeoni M-C. Contextual influences in the rollout of a social and emotional development programme. Soumis dans la revue Health Promotion International.

Tardy A, Daguzan A, Gares A, Lesieur A, Apostolidis Th, Le Barbenchon E, Sambuc R, Lagouanelle-Simeoni M-C. Transférabilité et fonctions-clés d'un programme de développement des compétences psychosociales en milieu scolaire : le PROgramme de Développement Affectif et Social (PRODAS). Soumis dans la Revue Devenir.

AUTRES PUBLICATIONS

Tardy A, Les espaces de parole et le développement des compétences psychosociales à l'école. In: Espaces de parole à l'école, Quels enjeux, quelles pratiques? sous la dir. de Christophe Marsollier, Berger Levrault. 2021. p. 58

Tardy A, Le programme de développement affectif et social (PRODAS). In: Espaces de parole à l'école - Quels enjeux, quelles pratiques? sous la dir. de Christophe Marsollier, Berger Levrault. 2021. p. 123-128

Tardy A, Programme Prodas à Marseille : « Créer un contexte favorable à des relations plus positives ». Entretien dans La Santé en action– No 431 – Mars 2015

COMMUNICATIONS

Daguzan A, Jouve E, Gentile S, Sambuc R, Jamet F, Tichané L, Roussin M, Tardy A, Clément L, Coruble G (2015, novembre, Tours). Évaluation des effets du Programme de développement affectif et social (PRODAS) auprès d'enfants en école élémentaire [communication]. Congrès pluri-thématique de la Société Française de Santé Publique, Les déterminants sociaux de la santé : des connaissances à l'action.

http://www.sfsp.fr/manifestations/congres2015/donnees/som_session/diaporamas/SC3-DAGUZAN.pdf

26th Annual meeting of the doctoral school in biology and health sciences (28 mai 2018 - 29 mai 2018), Communication de l'école doctorale des sciences de la vie et de la santé, 2^{ème} année de thèse, Site UFR de Médecine, La Timone - Amphi TOGA

Abréviations

AP-HM : Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille

ASV : Ateliers Santé Ville

BDR : Bouches-du-Rhône

CPS : compétences psychosociales

DAS : Développement Affectif et Social

DGESCO : Direction Générale de l'Enseignement Scolaire

DSDEN : Direction des Services de l'Education Nationale

ECR : Essai contrôlé randomisé

EN : Education Nationale

INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

INSPÉ : Institut National Supérieur du Professorat et de l'Education

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PACA : Provence Alpes Côte d'Azur

PF : Planning Familial

PPS : Prévention et Promotion de la Santé

PRODAS : Programme de Développement Affectif et Social

QPV : Quartiers Politique de la Ville

REP+ : Réseau d'Education Prioritaire renforcé

TDP : Théorie du programme

Table des matières

I-INTRODUCTION.....	16
II-ÉTAT DES CONNAISSANCES	20
1-LA TRANSFERABILITE.....	21
1.1- <i>Qu'est-ce qu'une donnée probante en Promotion de la Santé ?.....</i>	21
1.2- <i>Qu'est-ce qu'une intervention complexe ?.....</i>	24
1.3- <i>Transférabilité d'une intervention en santé publique</i>	27
1.4- <i>Standardisation d'une intervention « par fonction » et « par forme »</i>	28
1.5- <i>Les différentes démarches de transférabilité</i>	29
2-LES CPS DES ENFANTS EN MILIEU SCOLAIRE	38
2.1- <i>Les CPS.....</i>	38
2.2- <i>Cadre français pour le développement des CPS des enfants en milieu scolaire</i>	40
2.3- <i>Critères de qualité des programmes de développement des CPS en milieu scolaire et conditions d'implantation.....</i>	43
2.4- <i>Le Programme de Développement Affectif et Social (PRODAS).....</i>	46
3-LE COURANT DE L'EVALUATION FONDEE SUR LA THEORIE ET LE MODELE DE LA THEORIE DU PROGRAMME.....	56
3.1- <i>Le courant de l'évaluation fondée sur la théorie du programme</i>	56
3.2- <i>La Théorie Du Programme.....</i>	56

III-OBJECTIFS ET STRATÉGIES DE RECHERCHE	57
1-OBJECTIFS DE LA RECHERCHE	58
2-STRATEGIES DE LA RECHERCHE	59
3-METHODES	60
3.1-Article 1	61
3.2-Article 2	61
3.3-Article 3	62
3.4-Théorie Du Programme	63
IV-RÉSULTATS	65
1-ARTICLE 1 - EFFETS D'UN PROGRAMME DE DEVELOPPEMENT DES COMPETENCES PSYCHOSOCIALES EN MILIEU SCOLAIRE : LE PROGRAMME DE DEVELOPPEMENT AFFECTIF ET SOCIAL (PRODAS)	68
1-1-Contexte et présentation	68
1-2-Effets d'un programme de développement des compétences psychosociales en milieu scolaire : Le PROgramme de Développement Affectif et Social (PRODAS) : Revue de la littérature	70
1-3-Principaux résultats de l'article 1	89
2-ARTICLE 2 - CONTEXTUAL INFLUENCES IN THE ROLLOUT OF A SOCIAL AND EMOTIONAL DEVELOPMENT PROGRAMME	93
2-1-Contexte et présentation	93
2-2-Contextual influences in the rollout of a social and emotional development programme	96
2-3-Principaux résultats de l'article 2	114

3-ARTICLE 3 – TRANSFERABILITE ET FONCTIONS-CLES D’UN PROGRAMME DE DEVELOPPEMENT DES COMPETENCES PSYCHOSOCIALES EN MILIEU SCOLAIRE : LE PROGRAMME DE DEVELOPPEMENT AFFECTIF ET SOCIAL (PRODAS)	115
<i>3-1-Contexte et présentation</i>	<i>115</i>
<i>3-2-Transférabilité et fonctions-clés d’un programme de développement des compétences psychosociales en milieu scolaire : le PROgramme de Développement Affectif et Social (PRODAS)</i>	<i>118</i>
<i>3-3-Principaux résultats de l’article 3</i>	<i>142</i>
4-THEORIE DU PROGRAMME (TDP).....	143
<i>4-1- Méthodologie pour l’élaboration de la Théorie Du Programme (TDP)</i>	<i>143</i>
<i>4-2- Historique du PRODAS</i>	<i>147</i>
<i>4-3-Arbre à problème(s).....</i>	<i>151</i>
<i>4-4- Fonctionnement du programme</i>	<i>155</i>
<i>4-5-Effets du programme.....</i>	<i>157</i>
V-DISCUSSION.....	159
1-PRINCIPAUX RESULTATS	160
2-DISCUSSION	167
3-FORCES ET LIMITES DU TRAVAIL.....	175
4-PERSPECTIVES.....	178
VI-CONCLUSION.....	180
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	183

ANNEXES	198
ANNEXE 1 : LE PARCOURS EDUCATIVE DE SANTE	199
ANNEXE 2 : TABLEAU SYNTHESE DES ETUDES PORTANT SUR LES ENFANTS	205
ANNEXE 3 : TABLEAU SYNTHESE DES ETUDES PORTANT SUR LES ADOLESCENTS	213
ANNEXE 4 : GUIDE D'ENTRETIEN (ARTICLE 2).....	215
ANNEXE 5 : GRILLE D'ANALYSE (ARTICLE 2).....	216
ANNEXE 6 : GUIDE D'ENTRETIEN (ARTICLE 3).....	219
ANNEXE 7 : GRILLE D'ANALYSE (ARTICLE 3)	222

CHAPITRE I :
INTRODUCTION

Les compétences psychosociales (CPS) sont définies par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) (1) comme « *la capacité d'une personne à répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne* », « *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* ». Les CPS sont aujourd'hui reconnues comme des déterminants majeurs de la santé et du bien-être et des composantes essentielles au bon développement de la personne (2). Le développement de ces CPS favorise l'adaptation sociale et la réussite éducative ; il contribue à prévenir la consommation de substances psychoactives, les problèmes de santé mentale, les comportements violents et sexuels à risque. En termes de santé mentale plus spécifiquement, plusieurs revues de la littérature signalent que les interventions qui favorisent le développement des CPS réduisent également le développement de problèmes comme l'anxiété et la dépression, les troubles de comportement, la violence, l'intimidation ou le harcèlement, les conflits et la colère (3-5).

Des interventions visant à développer les CPS des enfants et des adolescents, ont été élaborées ces dernières années. Par exemple le Jeu des Trois Figures (J3F), qui vise à lutter contre la violence en milieu scolaire ou le Programme de Soutien aux Familles et à la Parentalité (PSFP), programme d'accompagnement à la parentalité qui intègre des enfants et leurs parents (6). Ces interventions ne s'attaquent pas directement aux comportements visés mais développent des compétences et aptitudes qui ont été démontrées comme étant les médiateurs des comportements visés (7). A l'école, de nombreux programmes dédiés au développement des CPS ont montré des effets dans divers domaines tels que : les compétences ciblées socio-affectives, la confiance en soi, les attitudes vis-à-vis de soi-même, des autres et de l'école, le comportement pro social des élèves et la diminution des problèmes de comportement, l'engagement des enfants par rapport à l'école et leurs résultats scolaires (contrôles et notes) (7). Considérant l'ensemble de ces effets produits par ces interventions de développement des CPS en milieu scolaire, il existe un fort enjeu sociétal, aujourd'hui, à pouvoir en faire bénéficier de nouveaux territoires et un plus grand nombre d'écoles. La question qui se pose alors est la suivante : comment transférer ces interventions d'un territoire ou d'un milieu à l'autre tout en conservant leur efficacité ? En effet, les interventions en Promotion de la Santé, dont celles qui visent le développement des CPS, sont des interventions dites « complexes ». Selon le Medical Research Council, cette complexité réside dans « *le nombre de composantes qui agissent à la fois de manière indépendante et interdépendante, le nombre et la difficulté des comportements requis par ceux qui fournissent et reçoivent l'intervention, le nombre et la variabilité des*

résultats, le nombre de groupes et de niveaux organisationnels ciblés par l'intervention, le degré de flexibilité ou d'adaptabilité de l'intervention » (8-10). Lorsque le déploiement d'une intervention de ce type est envisagé sur un nouveau territoire, sa complexité implique de bien documenter sa transférabilité, c'est-à-dire *la mesure dans laquelle l'efficacité évaluée d'une intervention applicable peut être atteinte dans un autre contexte* (11) : quels types d'effets peut-on attendre de l'intervention ? Quels sont les éléments de contexte favorables à son déploiement ? Sur quels éléments clés se fonde son efficacité ? Autant d'éléments qui permettent de mieux cerner l'intervention, pour l'implanter de façon adaptée sur un nouveau territoire, en conservant son efficacité. Ainsi, la transférabilité des interventions, constitue un enjeu de plus en plus prégnant en promotion de la santé, et progressivement plus reconnu par une large part des acteurs de ce champ (12).

Partant du constat qu'il y avait, au début de ce travail, peu de recommandations de pratiques pour guider concrètement l'étude de la transférabilité des programmes de Promotion de la santé (et encore moins concernant les programmes de développement des CPS en milieu scolaire), cette thèse s'est proposée d'étudier la transférabilité d'un programme de développement des CPS en milieu scolaire, à travers l'étude du PROgramme de Développement Affectif et Social (PRODAS), dans le cadre de son déploiement en région Provence-Alpes-Côte-d'Azur (PACA).

Lorsque ce travail de thèse a commencé, en 2017, le contexte se prêtait à l'étude du PRODAS, puisqu'il existait une antériorité de travail sur le programme dans l'équipe hospitalo-universitaire dans laquelle j'ai travaillé (13-14) et que, par ailleurs, je coordonnais la mise en œuvre du programme pour le Planning Familial 13, depuis 2014. Toutefois, si le déploiement de ce programme présentait un intérêt du fait des effets qui pouvaient en être attendus (15), au-delà du programme en lui-même, celui-ci avait surtout valeur d'exemple pour l'étude de la transférabilité de ce type de programme. Partant du PRODAS comme support d'étude, les résultats de ce travail de thèse viendraient enrichir des aspects méthodologiques et pratiques dans l'étude de la transférabilité des programmes de développement des CPS en milieu scolaire. Ce travail a été organisé selon la logique présentée ci-dessous. Suite à cette introduction constituant le chapitre I, le chapitre II restitue l'état des connaissances, concernant 1) la notion de transférabilité des interventions en promotion de la santé, 2) la notion de CPS et les caractéristiques des programmes de développement de CPS mis en œuvre en milieu scolaire, 3) le courant de l'évaluation fondée sur la théorie et le modèle de la Théorie Du Programme (TDP). Le chapitre III détaille les objectifs de la recherche, ainsi que la stratégie adoptée dans la conduite de la recherche. Dans le chapitre IV, les résultats de la recherche sont successivement

présentés sous la forme de trois articles et de résultats complémentaires, synthétisant la Théorie Du Programme (16), qui permet à la fois d'intégrer les résultats des travaux précédents et d'ouvrir les pistes vers la suite des travaux de recherche. Enfin, le chapitre V est consacré à une synthèse et discussion des contributions théoriques et méthodologiques de ce travail et aboutit à de nouvelles perspectives de recherche et d'application avant le chapitre VI qui est la conclusion de la thèse.

CHAPITRE II :
ÉTAT DES CONNAISSANCES

Afin de resituer la démarche adoptée dans notre travail de thèse, nous proposons un « état des connaissances », qui développe les éléments contextuels utiles à la compréhension et à la mise en cohérence des choix théoriques et méthodologiques de l'ensemble des articles et résultats complémentaires issus de ce travail. Ainsi, plusieurs parties se trouvent dans ce chapitre : la première partie concerne la transférabilité qui fait l'objet de cette recherche. Puis, la deuxième partie développe la notion de compétences psychosociales (CPS) des enfants en milieu scolaire, le PRODAS, programme support dans cette thèse pour étudier la transférabilité, étant un programme de développement des CPS des enfants en milieu scolaire. Enfin, la notion de transférabilité étant intimement liée à celle de l'évaluation, la troisième partie s'intéresse au courant de l'évaluation fondée sur la théorie et plus particulièrement au modèle de la Théorie Du Programme (TDP).

1-La transférabilité :

Au moment où ce projet de recherche s'est mis en place, il y avait peu d'éléments pratiques dans la littérature pour guider l'étude de la transférabilité des interventions en promotion de la santé. Même si quelques articles ont été publiés par la suite, ils restent peu nombreux.

1.1 Qu'est-ce qu'une donnée probante en Promotion de la Santé ?

Une des questions qui a pu se poser en début de recherche était : le PRODAS a-t-il fait la preuve de son efficacité, ou en d'autres termes, est-il étayé par des données probantes ? En effet, les décideurs souhaitent savoir à quel point une intervention a fait l'objet de données probantes (l'intervention est-elle efficace ?) afin de pouvoir envisager son déploiement sur de nouveaux territoires. Les contraintes budgétaires pesant sur le système de santé et le secteur de la prévention étant peu valorisé au sein du système de santé français, les acteurs et décideurs doivent se centrer sur des actions qui ont fait leurs preuves (17) lorsqu'il est question de transférabilité. Dans le cadre de l'étude de la transférabilité du PRODAS, un des objectifs était donc d'apporter des éléments considérés comme probants dans le champ de la santé publique. Ainsi, la définition des données probantes était importante à clarifier dans le cadre de cette thèse.

Selon l’OMS (2004), les données probantes sont des « *Conclusions tirées de recherches et autres connaissances qui peuvent servir de base utile à la prise de décision dans le domaine de la santé publique et des soins de santé* » (18).

En référence à la culture médicale et à l’Evidence-based medicine, le terme « *données probantes* » est souvent associé aux études cliniques et, plus particulièrement, à l’utilisation d’essais contrôlés randomisés (ECR) et de méthodes quantitatives comme étalons pour établir la preuve de l’efficacité d’une intervention (19). Ainsi Sherman, (2010) (20) explique au sujet des données probantes : « *Quand l’efficacité d’un programme a été démontrée à l’aide de protocoles de recherche rigoureux, il est alors question de « programme efficace* ». La Promotion de la Santé étant un domaine relativement jeune de la santé publique, elle n’a pas eu le temps d’« *établir une assise théorique bien ancrée* » (21), ainsi que les méthodologies et les techniques qui l’accompagnent. Ainsi, il est courant de se référer au paradigme de la clinique pour envisager la recherche en promotion de la santé.

L’utilisation du terme « données probantes » a, cependant, été souvent contestée par les acteurs du champ de la Promotion de la Santé :

« Dans le contexte général de la recherche, de l’intervention et de l’évaluation des programmes communautaires, il existe présentement un important débat afin de savoir ce qui constitue la connaissance dans ce domaine et ce qu’est une donnée probante, ou même afin de savoir si la notion de donnée probante peut être appliquée à l’évaluation des interventions communautaires. Il n’existe pas de consensus entre les chercheurs et les praticiens dans le domaine autour d’une « hiérarchie de la preuve », et des groupes internationaux ont affirmé (OMS, 1998) qu’il est prématuré de prioriser des types de preuve dans une hiérarchie linéaire. » (22)

Par conséquent et pour paraphraser la définition originale de la médecine fondée sur les données probantes formulée par Sackett (1996) (23), la prévention et la promotion de la santé fondée sur les données probantes, c’est « *l’utilisation rigoureuse, explicite et judicieuse des meilleures données disponibles pour prendre des décisions concernant les interventions individuelles, communautaires et populationnelles susceptibles de favoriser les meilleurs résultats possibles pour réduire l’incidence des maladies et pour permettre aux personnes d’accroître leur capacité de contrôle et d’améliorer leur santé* ».

Dans le champ de la promotion de la santé, ce serait finalement l'utilisation rigoureuse, explicite et judicieuse des meilleures données disponibles pour prendre des décisions : données scientifiques issues de différentes disciplines (revues de la littérature, articles, ouvrages, thèses et rapports scientifiques...) ; savoirs expérientiels (issus des professionnels, des publics) ; recommandations et synthèses (rapports officiels, synthèses, guides de pratique validés) ; données issues d'évaluations et de capitalisations d'interventions (portails d'actions, rapports d'évaluation...) (24).

Enfin, selon B. Lamboy (2018) (25), les termes « *intervention fondée sur les données probantes* » peuvent renvoyer à deux réalités distinctes :

« Définition 1 : la notion d'intervention fondée sur les données probantes pour qualifier une intervention validée : La notion d'intervention fondée sur les données probantes est souvent utilisée en PPS au sens de programme validé. Dans ce cas de figure, les termes « données probantes » sont utilisés dans leur sens littéral de « preuve scientifique ». Il est ainsi question d'interventions dont l'efficacité a été prouvée scientifiquement. Ainsi, une intervention de PPS est généralement considérée comme validée lorsque : 1/ des études évaluatives de bonne qualité (au moins deux études expérimentales dans deux contextes différents) ont permis de démontrer des résultats significatifs (sur le problème ou des déterminants de santé importants); 2/le programme est défini et décrit précisément dans des supports d'intervention accessibles (manuels, livrets...), et son implantation respecte fidèlement ces supports (Rotheram-Borus, et al., 2014).

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

Selon cette auteure, cette double définition est source de confusion et représente un frein important à l'implantation d'interventions. En effet, les mêmes termes sont utilisés pour parler

de deux choses différentes. Il est difficile pour les décideurs et acteurs de terrain de savoir à quoi renvoient ces termes et à quoi correspondent les « bonnes pratiques ».

Finalement, la question du caractère probant d'une intervention est moins une question de définition que de paradigmes épistémologiques (Positivisme, Constructivisme, médianes pragmatiques). Quoiqu'il en soit, selon Lamboy et al. (2021) (26), un des enjeux majeurs de la prévention et de la promotion de la santé est de permettre la compréhension et l'utilisation des connaissances scientifiques produites par les scientifiques au sein des pratiques courantes (27-28) et en même temps de pouvoir mobiliser des savoirs et des savoir-faire issus de l'expérience et de l'expertise, des professionnels comme des usagers.

En résumé, dans le champ de la promotion de la santé, les données probantes doivent être explicites afin d'identifier clairement quelles données sont utilisées, comment et pourquoi ? Selon certains auteurs, ces données doivent être issues exclusivement de protocoles de recherche rigoureux (20) quand d'autres sources (26-29) plaident pour une articulation et une complémentarité des savoirs scientifiques et expérientiels. Enfin, la finalité de l'utilisation des données probantes est la prise de décision.

Ce point concernant la notion de données probantes nous amène à soulever plusieurs questions : d'une part, dans quelle mesure peut-on dire que le PRODAS est une intervention validée, qui a fait la preuve de son efficacité ? Et d'autre part, comment apporter des données probantes concernant la transférabilité de ce programme ?

1.2 Qu'est-ce qu'une intervention complexe ?

Les programmes de promotion de la santé, dont les programmes de développement des CPS en milieu scolaire, sont souvent qualifiés de programmes complexes (12).

Clarifier la notion de complexité est utile pour mieux comprendre comment sont constitués ces programmes, mieux comprendre comment aborder la question de leur évaluation et l'étude de leur transférabilité.

L'approche d'Edgar Morin est au fondement du concept de complexité (30). Il définit la complexité comme : « *Un phénomène quantitatif dû à l'extrême quantité d'interactions et d'interférences entre un très grand nombre d'unités* ». Elle comprend aussi « *des incertitudes et des indéterminations* », c'est-à-dire des phénomènes aléatoires. Elle exige également de s'intéresser aux relations qu'entretiennent les différents éléments d'une même réalité. Différentes disciplines se sont inspirées de cette approche.

Dans le champ de la santé, il existe une appropriation instrumentale de la notion de la complexité : plus que l'intérêt pour la complexité, la priorité est de développer et d'évaluer des interventions complexes. Le cadre du *Medical Research Council* (2000 ; 2008 ; 2015) y fait majoritairement référence (8, 27, 31-32) - la complexité se définissant par des caractéristiques objectivables des interventions ou de leurs contextes dans un objectif d'évaluation - même s'il n'est en rien consensuel et que d'autres chercheurs en promotion de la santé se réfèrent à d'autres cadres (27).

Ainsi, pour le *Medical Research Council* :

« La complexité d'une intervention réside dans le nombre de composantes qui agissent à la fois de manière indépendante et interdépendante, le nombre et la difficulté des comportements requis par ceux qui fournissent et reçoivent l'intervention, le nombre et la variabilité des résultats, le nombre de groupes et de niveaux organisationnels ciblés par l'intervention, le degré de flexibilité ou d'adaptabilité de l'intervention »

Pour Contandriopoulos A-P, Rey L, Brousselle A et Champagne, F (2012) (33), les implications des caractéristiques des interventions complexes sont nombreuses car ces interventions ont :

- *« des finalités multiples, souvent contradictoires, difficiles à identifier, divergentes ;*
- *des relations d'autorités diffuses ;*
- *un horizon temporel pas toujours défini ;*
- *une forme qui est dépendante du contexte ; une dynamique permanente d'auto-éco-organisation (Morin, 1990; Morin & Le Moigne, 1999) et donc, il est impossible de concevoir une intervention sans prendre en compte son contexte;*
- *plusieurs niveaux d'analyse ;*
- *la logique de l'intervention repose sur des relations causales complexes, les phénomènes rétroagissent les uns avec les autres ; existence de paradoxes ;*
- *la possibilité d'avoir plusieurs agencements différents des ressources qui donnent le même résultat (système sous déterminé ; Atlan, 2002);*
- *intègrent la coexistence de plusieurs paradoxes dont il faut maîtriser la richesse (autonomie–interdépendance, sur mesure–prêt-à-porter, spécialisation–intégration, stabilité–innovation).*

Certains auteurs n'envisagent pas seulement la complexité de l'intervention elle-même, mais également la complexité du système dans lequel se situe l'intervention.

Ainsi, selon Rickles, Hawe et Shiell (2008) (34), la complexité peut aussi se rapporter au système dans lequel une intervention (simple ou complexe) est mise en application :

« *Les systèmes complexes (comme les hôpitaux, les écoles, etc.) ont plusieurs caractéristique :*

- *Tendance à être auto organisés*
- *Sensibilité à des conditions initiales*
- *Connaissance de phase de transition/changement non-linéaires*
- *Existence de propriétés émergentes*
- *Effets d'interaction*

De même, Pawson (2013) (35), considère les interventions comme des systèmes complexes évoluant eux-même au sein de systèmes complexes (« *complex systems thrust into complex systems* »).

Enfin, pour Schloemer et ses collaborateurs (2021) (36), la complexité peut faire référence à l'intervention elle-même (comme les composants, la flexibilité et les résultats), au contexte de l'intervention (comme le comportement de la population ou les niveaux organisationnels) et à l'interaction entre les deux.

Il peut finalement se poser la question de la nécessité ou non de distinguer les interventions «complexes» et «les autres» interventions ? Selon Petticrew (19) (auteur de référence en évaluation des processus en sciences sociales), membre du *Medical Research Council* (MRC) britannique (Colloque « santé et société » de l'IFERISS, mai 2015), la distinction entre les interventions complexes et «les autres» interventions n'est pas appropriée, dans le sens où toute intervention impliquant l'humain peut être considérée comme complexe. Même une intervention souvent qualifiée de « simple », comme l'administration d'un médicament, repose en réalité sur de nombreux processus complexes. Ainsi, selon cet auteur, toute intervention en santé peut être *traitée* de façon simple ou complexe, selon la question que l'on se pose, et le niveau de compréhension que l'on souhaite obtenir, impliquant des choix en termes d'approche évaluative notamment.

La question de la complexité des interventions en Promotion de la santé est envisagée dans la perspective de leur évaluation. Quelle que soit la définition de la complexité retenue dans le champ de la santé, il s'agit de pouvoir évaluer cette intervention et éventuellement la transférer.

1.3 Transférabilité d'une intervention en santé publique

Comme le disent Potvin, Di Ruggiero, et Shoveller (2013) (37), les interventions dont l'évaluation a montré des effets en termes d'amélioration de la santé des personnes et de réduction des inégalités doivent pouvoir être reproduites ou élargies. Cela nécessite de documenter la transférabilité de ces interventions en termes de modalités de fonctionnement, contexte d'implémentation, et conditions d'efficacité.

Selon Wang & al. (2006) (11), **la transférabilité** se définit comme la mesure dans laquelle l'efficacité évaluée d'une intervention applicable peut être atteinte dans un autre contexte.

Selon Murphy (2011) (38), les questions qui suivent permettent de déterminer la transférabilité d'une intervention :

- Quelle est la prévalence du problème de santé dans le contexte local ? Y-a-t-il une différence avec le contexte d'étude ? La situation épidémiologique dans les deux sites est-elle comparable ?
- Est-ce que les caractéristiques de la population cible sont comparables entre les deux contextes (ethnicité, statut économique, niveau d'éducation, etc.) ?
- Est-ce que la capacité d'implémentation est comparable d'un contexte à l'autre, en matière d'environnement politique, d'acceptabilité sociale, de ressources, de structure organisationnelle et de compétence des porteurs de projet locaux ?

Wang & al. (2006) (11), insistent sur le fait qu'il est important de distinguer la transférabilité d'une intervention de son **applicabilité**, qu'ils définissent comme la mesure dans laquelle le processus d'une intervention peut être mis en œuvre dans un autre contexte. Ils proposent une série de questions permettant d'explorer l'applicabilité :

- Est-ce que l'environnement politique de la société locale permet l'implantation de l'intervention ?
- Est-ce que le public général et le public cible acceptent l'intervention ? (Normes sociales locales)
- Est-ce que les contenus de l'intervention peuvent s'adapter à la culture locale ?

- Est-ce que les ressources essentielles à l'implantation de l'intervention sont disponibles dans le contexte local ?
- Est-ce que la population cible a un niveau d'éducation suffisant pour comprendre les contenus de l'intervention ?
- Quelle organisation sera responsable de l'intervention dans le contexte local ? Y-a-t-il des obstacles du fait de la structure de cette organisation ?
- Est-ce que les porteurs du projet du contexte local ont les compétences nécessaires pour délivrer l'intervention ?

A la lecture de ces deux listes, il apparaît que certaines questions visant à explorer l'applicabilité se rapprochent des questions identifiées pour documenter la transférabilité.

Pour autant, ce qu'il paraît important de noter pour évaluer la transférabilité d'une intervention, est que la démarche consisterait à comparer systématiquement le contexte d'étude et le contexte local. Cela souligne l'importance d'une bonne connaissance des deux contextes et pose la question des critères essentiels à considérer dans cette comparaison, ces deux contextes d'implantation n'étant jamais tout à fait identiques.

1.4 Standardisation d'une intervention « par fonction » et « par forme »

Un des autres enjeux en matière de transférabilité, est la tension qui existe entre la fidélité à l'intervention d'origine et l'adaptation au contexte local. La transférabilité d'une intervention doit-elle signifier sa standardisation ? Ne risque-t-elle pas de perdre son efficacité en voulant trop coller au modèle de l'intervention d'origine au détriment de l'adaptation au contexte local ? Au contraire, une trop grande adaptation au contexte local, ne risque-t-elle pas de faire perdre à l'intervention ces aspects essentiels ? Dans les deux cas, le risque est que l'intervention perde son efficacité.

Hawe (2004) (39) a permis d'envisager et de distinguer la standardisation d'une intervention « par fonction » et « par forme ». Cette auteure explique que la standardisation d'une intervention a longtemps été considérée comme si toutes les composantes d'une intervention devaient être les mêmes dans différents sites. Cette définition traite une intervention potentiellement complexe comme une intervention simple. Pour elle, dans les interventions complexes, ce sont les fonctions et processus qui doivent être standardisés, non pas les composantes elles-mêmes. Cela permet que la forme de l'intervention s'adapte au contexte local et que l'efficacité soit améliorée.

Par exemple, toujours selon la même auteure, pour standardiser une intervention consistant à prévenir la dépression, on peut envisager le fait d'éduquer le patient sur la dépression en distribuant le même kit d'information écrit pour les patients (type de standardisation-Par forme) sur tous les sites d'implantation de l'intervention ou bien que tous les sites conçoivent des moyens de diffuser des informations adaptées au niveau d'alphabétisation, à la langue, à la culture et aux styles d'apprentissage locaux (type de standardisation-Par fonction).

L'enjeu est alors d'identifier ces fonctions essentielles pour produire les effets attendus de l'intervention.

1.5 Les différentes démarches d'accompagnement à la transférabilité

Plusieurs outils ont été proposés dans le champ de la santé publique ou plus précisément en Promotion de la Santé, au niveau international, pour accompagner la transférabilité des interventions, parmi lesquels :

- Outil d'évaluation de l'applicabilité et de la transférabilité des données probantes (Buffet et al., 2011) (40)
- Applicabilité et transférabilité des données probantes du point de vue de l'équité en matière de santé (Murphy, 2011) (38)
- Guide de « mise à l'échelle » pour augmenter l'ampleur des interventions en santé des populations (Milat et al., 2016) (41)
- Outil d'AnalySe de la Transférabilité et d'Accompagnement à l'adaptation des InteRventions en promotion de la santE (ASTAIRE), (Cambon et al., 2014) (42)
- Démarche de description « fonction clé / implémentation / contexte » (FIC) (Villevall et al. 2016) (43)
- Population-Intervention-Environnement-Transfert (PIET-T) (Schloemer, T., & Schröder-Bäck, P. 2018) (44)

1- Outil d'évaluation de l'applicabilité et de la transférabilité des données probantes (Buffet et al., 2011) (40) :

Cet outil s'adresse aux décideurs en santé publique et fournit un cadre de référence pour évaluer l'applicabilité et la transférabilité des données probantes aux pratiques et aux politiques en santé publiques. Il est constitué d'une partie qui permet d'envisager la mise en œuvre d'un programme et d'une autre partie qui permet d'envisager de cesser un programme existant, lorsque les données probantes indiquent que ce programme pourrait ne pas être efficace. Il est constitué d'un ensemble de critères, visant à répondre à la question « L'intervention peut-elle fonctionner pour nous ? (Applicabilité) et à la question « Pouvons-nous nous attendre à des résultats similaires ? » (Transférabilité). Les questions permettant d'évaluer l'applicabilité concernent l'acceptabilité ou l'influence politique, l'acceptabilité sociale, les ressources essentielles disponibles (humaines et financières), l'expertise et la capacité d'organisation. Les questions portant sur la transférabilité concernent l'ampleur du problème de santé dans le contexte local, l'ampleur de la portée et la rentabilité de l'intervention, les caractéristiques de la population cible. L'outil s'utilise à l'étape de planification d'une intervention. Son utilisation repose sur un groupe d'acteurs issus de plusieurs secteurs et disciplines, coordonné par un facilitateur. Une fois réalisé le choix des parties prenantes qui interviendront dans l'ensemble des étapes, ces parties prenantes fixent des délais pour la mise en œuvre du processus et choisissent des critères d'évaluation à partir de l'intervention en question et du contexte local. Puis, ils choisissent la manière dont sera réalisée la cotation à partir des critères de l'outil (par exemple, consensus, addition des notations de chaque membre du groupe, importance plus ou moins grande de certains critères, etc.). Le processus utilisé doit être documenté par les parties prenantes.

2- Applicabilité et transférabilité des données probantes du point de vue de l'équité en matière de santé (Murphy, 2011) (38) :

Cet outil s'adresse aux porteurs de projet et constitue une adaptation de l'Outil d'évaluation de l'applicabilité et de la transférabilité des données probantes (40). Par rapport à ce premier outil, des critères ont été ajoutés permettant de prendre en compte l'équité en matière de santé au niveau des critères d'acceptabilité et de transférabilité. L'outil consiste en une liste de 12 critères (acceptabilité, faisabilité, généralisabilité, transférabilité et adaptation. L'outil s'utilise au moment de la planification d'une intervention, après avoir recherché, recueilli et évalué la qualité des données probantes pertinentes pour l'intervention que l'on souhaite mettre en œuvre. L'utilisation de l'outil nécessite la réalisation des mêmes étapes que pour l'Outil d'évaluation

de l'applicabilité et de la transférabilité des données probantes (40). Il s'agit ensuite de s'interroger de manière collective sur chaque critère d'applicabilité et de transférabilité à partir des questions définies.

Ces deux premiers outils s'utilisent à l'étape de planification d'une intervention et permettent de se poser la question : « Est-ce que ça fonctionnera ici ? » en évaluant la possibilité d'utiliser les données probantes pertinentes pour l'intervention que l'on souhaite planifier.

3- Guide de « mise à l'échelle » pour augmenter l'ampleur des interventions en santé des populations (Milat et al., 2016) (41) :

L'outil est construit pour pouvoir être utilisé dès la planification de la mise à l'échelle d'une intervention, mais peut aussi être utilisé par les acteurs déjà engagés dans un processus de mise à l'échelle, afin de permettre d'analyser ou de revoir le processus. La mise à l'échelle est la reproduction des résultats d'une intervention à une échelle plus large afin qu'elle atteigne une plus grande proportion de la population cible et se développe de manière durable (12). Ce guide de « mise à l'échelle » s'adresse à des décideurs et des acteurs de terrain qui souhaitent mettre à l'échelle une intervention. L'outil leur permet de faire des choix méthodologiques et pratiques appropriés. Il s'adresse également à des chercheurs qui mettent en place des expérimentations ou participent à l'évaluation et au suivi d'une intervention mise à l'échelle. L'outil peut leur servir au moment de la planification d'une recherche pour que la mise à l'échelle soit anticipée ; ou bien pour leur permettre de présenter leurs résultats d'une manière utile pour les acteurs qui réaliseront la mise à l'échelle ; ou encore pour identifier des opportunités de partenariat dans le cadre d'évaluation ou de suivi de mise à l'échelle d'interventions. L'outil appelle une prise de décision réalisée collectivement. Il est divisé en 4 étapes :

- Appréciation de la possibilité de mise à l'échelle
- Développement du plan de mise à l'échelle
- Préparation pour la mise à l'échelle
- Mise à l'échelle

Pour chacune de ces étapes, des actions précises à mener sont définies et une description de ces actions est fournie.

4- Outil d'AnalySe de la Transférabilité et d'Accompagnement à l'adaptation des InteRventions en promotion de la santE (ASTAIRE), (Cambon et al., 2014) (42) :

L'outil ASTAIRE s'adresse à des chercheurs et des acteurs de terrain. Il est composé de 2 grilles : la première contient 18 critères et la seconde 23, qui peuvent être classés en 4 catégories : population, environnement, conditions de mise en œuvre, accompagnement au transfert. L'outil peut être utilisé à différents moments :

-au moment de la planification d'une intervention « mère » (définie comme « *une intervention réalisée pour la première fois dans un contexte expérimental ou d'innovation* ») : la grille 1 vise alors à contribuer à la construction de cette intervention mère pour augmenter son potentiel de transférabilité par la prise en compte dès sa conception et lors de son évaluation, des éléments influençant sa transférabilité ;

-lorsqu'on souhaite transférer une intervention expérimentée ailleurs dans un nouveau contexte (cette « intervention « fille » est alors définie comme « *le fruit d'un transfert d'une intervention déjà expérimentée/implantée dans un autre contexte* ») : la grille 2 vise alors à contribuer à la décision d'acteurs souhaitant implanter cette intervention mère dans leur contexte d'exercice tout en l'adaptant ;

-après la mise en œuvre de l'intervention « fille » : la grille 2 vise alors à évaluer a posteriori ce qui a pu générer une différence d'effets entre l'intervention mère et l'intervention fille.

Avec cet outil, la prise de décision sur la transférabilité est envisagée, dans l'idéal, de manière collective.

5- Démarche de description « fonction clé / implémentation / contexte » (FIC) (Villeval et al. 2016) (43) :

L'outil FIC s'adresse aux porteurs de projet et chercheurs en PPS. Il vise à structurer la description d'une intervention en expliquant ses fonctions-clés, la forme sous laquelle ces fonctions-clés se traduisent selon les contextes, et les différents niveaux de contexte avec lesquels elle interagit. Cette description de l'intervention vise à mieux comprendre les éléments du succès de l'intervention et à faciliter les choix d'adaptation à réaliser. Il peut aussi être un préalable à l'évaluation (en particulier en termes d'impact sur les inégalités de santé) et au

transfert ou à la mise à l'échelle d'une intervention. Utilisé de manière rétrospective, il a pour objectif de mieux comprendre les résultats du transfert. La description de l'intervention suit six étapes :

- les objectifs de l'intervention,
- les déterminants du problème de santé,
- les déterminants ciblés par l'intervention parmi les déterminants du problème,
- les éléments de contexte en lien avec l'intervention,
- les fonctions-clés de l'intervention (c'est-à-dire les processus qui permettent d'atteindre les objectifs de l'intervention, ces processus devant idéalement être communs à différents contextes de mise en œuvre),
- la forme de l'intervention, c'est-à-dire la forme des fonctions-clés (activités prévues) qui peut varier en fonction des contextes.

L'outil FIC propose un cadre qui permet un dialogue entre les différentes parties prenantes en lien avec l'intervention afin de coconstruire une représentation commune de l'intervention.

Les démarches ASTAIRE et FIC sont comparables dans la mesure où elles peuvent toutes les deux être utilisées aux étapes de planification et de mise en œuvre de la transférabilité de l'intervention, ou même rétrospectivement. Les deux démarches reposent sur la même définition de la transférabilité, envisagent les aspects fixes et les aspects variables d'une intervention et cherchent à identifier ces deux aspects. Ces deux démarches s'intéressent en premier lieu aux aspects fixes, qu'elles nomment fonctions-clés des interventions. La mobilisation des outils ASTAIRE et FIC nécessitent la collaboration des principaux acteurs impliqués dans la conception et la mise en œuvre du programme. Les parties prenantes sont réunies afin de mettre à jour les fonctions-clés du programme sur la base de chacun des outils : avec l'outil ASTAIRE, en répondant aux questions de la grille pour déterminer les fonctions-clés et avec l'outil FIC, en déterminant ce qui fait partie des fonctions-clés, du contexte et de l'implémentation.

Pourtant, selon Fianu (2017) (45), les deux démarches diffèrent :

« ASTAIRE propose des critères de transférabilité d'une intervention, à prendre en compte a priori dès sa conception, au moment de réaliser son transfert, ou bien pour identifier a

posteriori ce qui a pu générer une différence d'effet entre l'intervention mère et l'intervention fille. Cet outil rassemble principalement des critères permettant de décrire et comparer les contextes dans lesquels s'insèrent ces interventions. Ces critères portent sur la population et l'environnement, ainsi que sur la mise en œuvre et l'accompagnement au transfert de connaissances.

La démarche FIC ne vise pas à identifier de tels critères pour juger si une intervention est transférable, ni à déterminer les « ingrédients actifs » c'est-à-dire les composantes essentiellement efficaces, mais se propose de distinguer les processus théoriques transférables qui sont fidèles à l'intervention, des aspects adaptables de toute intervention mise en œuvre. Cette caractéristique de fidélité qui s'appuie sur la standardisation par fonction (Hawe P, 2004) facilite alors la comparaison entre intervention initiale et transférées dans différents contextes. La démarche FIC repose aussi sur l'hypothèse que les F-C [fonctions-clés] considérées en tant que telles ne suffisent pas à produire l'efficacité d'une intervention qui relève de l'interaction de ces F-C [fonctions-clés] avec le contexte via leur implémentation. Ainsi, la démarche FIC nécessite l'implication des acteurs de terrain qui sont en mesure de mettre en œuvre des processus interventionnels adaptés aux spécificités du contexte local. »

Si les deux démarches proposent la même définition de la transférabilité, elles divergent néanmoins dans leur définition des fonctions-clés. Dans la démarche ASTAIRE, L. Cambon définit ces dernières comme : « *les **caractéristiques** de l'intervention fondant son efficacité. Elles sont à distinguer des aspects de forme de l'intervention qui, eux, peuvent être adaptés* » (42). M. Villeval, quant à elle, propose la définition suivante dans sa démarche FIC : « *Une fonction-clé s'apparente à un **processus**, basé sur un rationnel, visant à produire un changement afin de modifier une situation jugée problématique (...). Lorsqu'une intervention jugée efficace est transférée dans un ou plusieurs nouveaux contextes, ces fonctions clés sont conservées, mais la forme concrète qu'elles prennent... varie pour s'adapter au mieux à ceux-ci* » (19).

Que les fonctions-clés soient définies en tant que caractéristiques ou processus essentiels pour fonder l'efficacité d'une intervention, dans les deux cas l'enjeu reste de mettre à jour ces fonctions-clés et donc de réfléchir à la méthode qui permettra de remplir cet objectif.

De plus, la démarche FIC implique de définir une intervention à travers différentes catégories d'analyse (45) :

- **Le Modèle de causalité :** Représentation graphique des hypothèses des porteurs de projet sur les déterminants de la santé (46) impliqués dans le problème sanitaire qu'ils cherchent à améliorer. Ce modèle permet de repérer les éléments de la chaîne de causalité d'un problème sur lesquels l'intervention va s'appuyer pour produire les changements attendus (47)
- **Les Fonctions-clés**
- **Le Contexte :** Caractéristiques du lieu dans lequel l'intervention s'implémente, de ses parties prenantes et des réseaux reliant ces différentes parties prenantes, de temporalité et d'histoire, ainsi que d'autres éléments structurels (d'ordre politique, institutionnel, organisationnel, culturel, etc.) (48-49)
- **L'Implémentation :** processus par lequel les fonctions-clés d'une intervention sont mises en œuvre sous la forme d'activités concrètes. Ces activités sont spécifiques du contexte et constituent la « forme » de l'intervention. Leur adaptation au nouveau contexte doit être questionnée en cas de transfert de l'intervention dans un nouveau contexte (50)

De la même façon, plus récemment, Cambon et ses collaborateurs (2019) (51) ont proposé l'utilisation de la notion de système interventionnel plutôt que d'intervention, afin de mieux prendre en compte l'interaction des éléments de contexte dans la production des effets d'une intervention. Le « *système interventionnel* » est défini par les auteurs comme : « un ensemble d'agents contextuels humains et non-humains interdépendants dans des limites spatiales et temporelles, générant des configurations mécanistes - les mécanismes - qui sont des conditions préalables au changement en matière de santé. Le point central de l'évaluation n'est plus les ingrédients de l'intervention pris séparément du contexte, mais plutôt les mécanismes qui ponctuent le processus de changement. Elle encourage une évolution vers la théorisation dans les conceptions d'évaluation, afin d'analyser plus efficacement le système d'intervention. Plus particulièrement, elle favorise l'évaluation axée sur la théorie, seule ou combinée à des modèles expérimentaux. »

6- Population-Intervention-Environnement-Transfert (PIET-T) (Schloemer, T., & Schröder-Bäck, P. 2018) (44) :

L'outil Population-Intervention-Environnement-Transfert (PIET-T) s'adresse à des décideurs qui cherchent à améliorer la situation sanitaire d'une population cible en transférant une intervention d'un contexte primaire à un contexte cible.

Dans le cadre de cet outil, il est supposé que la population (P), l'intervention (I) et l'environnement (E) dans le contexte primaire et le contexte cible s'influencent mutuellement, influencent le résultat final de l'intervention, ainsi que la transférabilité des interventions de santé. Afin de décider du transfert de l'intervention, les décideurs doivent tenir compte des caractéristiques du contexte primaire et de leur propre contexte. Le transfert peut avoir lieu à différents niveaux dans le contexte cible, par exemple, le niveau national, le niveau local ou communautaire, le niveau organisationnel ou le niveau individuel. Par conséquent, les trois concepts (population, intervention et l'environnement) du contexte primaire doivent être comparés aux trois concepts dans le contexte cible, afin de déterminer si l'intervention peut convenir au contexte cible et planifier le processus de transfert. En même temps, la conception et la réalisation du transfert nécessitent la prise en compte des concepts du contexte cible indépendamment des concepts du contexte primaire, puisque ces éléments constituent un processus séparé qui produit ses propres résultats.

Concernant la population, sont prises en compte les caractéristiques de la population, la perception de la santé et des services de santé, l'attitude envers l'intervention. Concernant l'intervention, sont considérés les données probantes autour de l'intervention et le contenu de l'intervention. Concernant l'environnement, sont pris en compte le contexte local et organisationnel, les acteurs de la coordination, le cadre réglementaire et le système et les services de santé. Concernant le transfert, sont documentés les stratégies d'implémentation, l'évaluation, la viabilité de l'intervention, la communication et le transfert de connaissance concernant l'intervention.

Les six outils présentés dans cette partie ont chacun leurs spécificités. Ils ne s'adressent pas tous au même type de professionnels, ils sont constitués d'un nombre plus ou moins important de critères concernant la transférabilité, ils ne s'utilisent pas forcément au même moment dans le processus de transférabilité, certains permettent d'analyser l'applicabilité en plus de la

transférabilité, d'autres permettent également d'envisager de cesser une intervention. Certaines similitudes existent néanmoins entre ces outils, par exemple lorsque les critères de transférabilité sont regroupés au sein de catégories, ces catégories portent de manière récurrente sur la population, l'intervention et/ou son implémentation, le contexte ou l'environnement. Plusieurs outils proposent également d'identifier les fonctions-clés de l'intervention. Tous les outils constituent des soutiens à la prise de décision et cette prise de décision est envisagée de manière collective dans chacun d'eux. La recherche d'équilibre entre fidélité à l'intervention initiale et l'adaptation au contexte local est également récurrente.

Enfin, les outils présentés ici ayant des objectifs quelque peu différents, il est possible d'en utiliser plusieurs à différents moments de l'accompagnement de la transférabilité d'une intervention. Le bémol est cependant qu'ils restent encore peu accessibles aux acteurs de terrain, même si certains ont été conçus avec cet objectif. Ces méthodes ne sont pas toujours décrites de façon suffisamment précise pour en permettre la mise en œuvre et mettre à jour les fonctions-clés. Par ailleurs, les démarches peuvent paraître trop compliquées à réaliser pour des acteurs de terrain.

Un des éléments importants dans notre travail sur la transférabilité d'un programme complexe dans le champ du développement des CPS en milieu scolaire, était donc cette notion de fonctions-clés, définie selon Hawe (39) comme « *les aspects fixes de l'intervention, ses fonctions essentielles* » dans le processus de changement visé par l'intervention en opposition à « *l'aspect variable de l'intervention qui est sa forme dans des contextes différents.* ». Il nous est apparu nécessaire de mettre en lumière ces fonctions-clés, afin de s'assurer de la reproduction des effets du programme étudié et cela même si ces fonctions-clés prenaient des formes différentes d'un site à l'autre en fonction du contexte. La question suivante qui se posait était comment faire, en pratique, pour mettre à jour ces fonctions-clés ?

2-Les CPS des enfants en milieu scolaire :

Dans ce travail de thèse, le support à l'étude de la transférabilité était un programme complexe dans le champ des CPS en milieu scolaire. Il était donc nécessaire de préciser la notion de CPS, ainsi que le cadre pour le développement des CPS en milieu scolaire, et de présenter le programme support de notre étude, le PRODAS.

2.1 Les CPS

2.1.1 L'approche des CPS développée par l'OMS

Les CPS renvoient à des compétences : affectives, sociales et cognitives. La définition de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) des CPS (1997) (1) est souvent prise comme référence :

« Les compétences psychosociales sont 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. Les compétences psychosociales ont un rôle important à jouer dans la promotion de la santé dans son sens large, en termes de bien-être physique, mental et social. »

L'OMS a proposé successivement deux classifications des CPS.

D'abord, dix compétences psychosociales classées par paires :

- Avoir conscience de soi, avoir de l'empathie pour les autres ;
- Communiquer efficacement, être habile dans ses relations interpersonnelles ;
- Avoir une pensée créative, avoir une pensée critique ;
- Résoudre les problèmes, prendre des décisions ;
- Faire face à son stress, faire face à ses émotions.

Puis dans les documents suivants, trois catégories de compétences psychosociales (sociales, cognitives, émotionnelles) résumées dans le tableau suivant sont distinguées (**Tableau II**) (2, 52,53).

Tableau II : Les trois catégories de CPS selon l’OMS

Compétences sociales	Compétences cognitives	Compétences émotionnelles
Compétences de communication verbale et non-verbale : écoute active, expression des émotions, capacité à donner et recevoir des <i>feedbacks</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 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’autorégulation 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.		

2.1.2 La polysémie de la notion de CPS

Cependant, s'il semble exister un certain consensus quant à la définition des CPS parmi les acteurs de terrain de la Promotion de la Santé qui se réfèrent majoritairement à la définition de l'OMS, la notion de CPS n'en reste pas moins polysémique et la nature de ses composantes reste discutée, variant en fonction des auteurs et des disciplines dont ils sont issus. Par exemple, selon Loisy et ses collaborateurs (54), les CPS se voient regroupées en composantes cognitives, affectives, sociales et sensorimotrices.

Par ailleurs, comme A. Daguzan et ses collaborateurs le précisent (2017) (55), si les CPS permettent de soutenir le développement de l'autodétermination et la capacité d'agir des individus, cette notion est également associée à l'idée de performance sociale. En effet, selon Argyle (1994) (56), elle renvoie à la capacité d'un individu à satisfaire ses attentes et ses besoins en produisant les effets désirés sur lui-même et sur d'autres personnes.

Ainsi, en travaillant sur le développement des CPS, la frontière reste fine entre l'objectif de favoriser l'intégration de certaines normes sociales afin de satisfaire les attentes d'autrui et l'objectif de soutenir l'autonomie et à la capacité à se situer des enfants.

2.2 Cadre français pour le développement des CPS des enfants en milieu scolaire

2.2.1 Cadre législatif et réglementaire

Cette sous-partie vise à faire le point sur le cadre législatif et réglementaire, prévu aujourd'hui en France, pour favoriser le développement des CPS des enfants en milieu scolaire.

La notion de CPS à l'école est apparue très récemment, dans les années 90 (58). L'INPES les a inscrites dans sa programmation pluriannuelle depuis 2010. Elles s'inscrivent à la fois dans le champ de la prévention et dans la promotion de la santé. La promotion de la santé « vise à agir sur les déterminants de la santé mentale afin d'accroître la santé mentale positive » (59). Le champ de la promotion de la santé renvoie à un « processus permettant aux populations d'améliorer leur propre santé en leur donnant les moyens d'un plus grand contrôle sur celle-ci par le biais d'une augmentation des connaissances, mais surtout des compétences personnelles et collectives. » (60).

En France, un certain nombre de lois et textes réglementaires datant des années 2000 et jusqu'à nos jours reflètent également une logique d'inscription de l'éducation à la santé dans l'enseignement public et ont influencé la place des programmes de développement des CPS à l'école :

- En 2010, la Direction Générale de l'Enseignement SCOLAire (DGESCO) et l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES) créaient un partenariat (61) (dans le cadre d'un Programme Annuel d'Action Commune) afin d'élaborer un cadre de référence commun relatif à l'éducation à la santé s'articulant autour du développement de ces Compétences,
- En 2013, la loi de programmation pour la refondation de l'école de la République (62) (Ministère de l'Education Nationale), énonçait que « Les actions de promotion de la santé des élèves font partie des missions de l'éducation nationale. [...] A ce titre, les élèves bénéficient, au cours de leur scolarité, d'actions de prévention et d'information [...] qui constituent leur parcours de santé dans le système scolaire. Ces actions favorisent notamment leur réussite scolaire et la réduction des inégalités en matière de santé ».
- En 2015, le Socle commun de connaissances, de compétences et de culture (décret 2015-372 du 31 mars 2015) (63) a mis l'accent sur les notions de développement des compétences et de développement global de la personne,
- En 2016, une Circulaire (Ministère de la Santé) introduisait le Parcours Éducatif de Santé (PES) (64) (Annexe 1) pour tous les élèves et favorisait l'approche par compétences. Le PES réaffirmait que le développement de la promotion de la santé en milieu scolaire constituait un levier pour la réussite éducative, car la santé participe à la bonne acquisition des apprentissages. Porté par tous les membres de l'équipe éducative, le PES se structurait autour de trois axes dont l'éducation à la santé, fondée sur le développement des CPS et en lien avec le socle commun de connaissances, de compétences et de culture. Ainsi, le PES permettait, pour les acteurs de l'Education nationale, l'acquisition transdisciplinaire de compétences par les élèves, « *en lien avec le vivre ensemble, la citoyenneté et la réussite scolaire* » (65). Les acteurs de la promotion de la santé, quant à eux, y ont vu une invitation au développement des CPS des enfants.
- A la rentrée 2016, le ministère de l'éducation souligne la nécessité de mettre en place l'évaluation des compétences. Cela consiste, pour les enseignants, à procéder à une évaluation continue et indicative des compétences et connaissances acquises par l'enfant. Cette évaluation consiste en un repérage continu de l'évolution des élèves à travers les différents enseignements. Elle doit donner « aux équipes enseignantes, aux élèves et à leurs familles les repères nécessaires pour apprécier le degré d'acquisition des connaissances et des compétences ainsi que la progression de chaque élève au cours du cycle » (66).

Il semble donc important de travailler sur les compétences civiques et sociales mais aussi de les évaluer. Ces réformes introduites par le ministère de l'Education vont dans le sens d'une convergence (notamment réflexion préalable entre les acteurs, éléments organisationnels, etc.) entre les différents

acteurs impliqués dans l'implémentation de programmes de développement des CPS en milieu scolaire, c'est-à-dire les acteurs de l'Education Nationale et ceux de la Promotion de la Santé.

2.2.2 Quelques exemples de programmes de développement des CPS en milieu scolaire en France

Ainsi, plusieurs programmes de développement des CPS en milieu scolaire ont pu être mis en œuvre ces dernières années. Certains sont répertoriés dans le Registre des Interventions Probantes ou prometteuses de Santé Publique France (6) ou le Vadémécum 2020 de l'école promotrice de santé (67). Trois programmes sont retrouvés dans les deux :

- *le Jeu des Trois Figures (J3F), qui vise à développer l'empathie chez les enfants, lutter contre la violence en milieu scolaire et les effets de la surconsommation d'images. Il s'adresse à des enfants à partir de 3 ans. Il s'agit d'une activité théâtrale créée pour développer la réflexion critique, et encourager les compétences exécutives et l'empathie de la maternelle au collège. Il est appelé ainsi en référence aux trois personnages de l'agresseur, de la victime et du tiers, qui peut être simple témoin, redresseur de torts ou sauveteur. Il est pratiqué par les enseignants après une formation reconnue par un diplôme et participe à la mise en place d'un nouveau paradigme éducatif centré sur un cadre bienveillant et non jugeant, avec la possibilité pour les enseignants et les élèves de s'y familiariser progressivement.*
- *Good Behaviour Game, qui vise la gestion de comportement des élèves en classe. Il se déroule en équipe et qui vise à réduire les comportements agressifs / perturbateurs, à améliorer les comportements et l'apprentissage des enfants et à améliorer également les pratiques existantes des enseignants. Il s'adresse aux enfants aux enfants de l'école élémentaire (CP au CM2).*
- *Unplugged, qui vise à prévenir les conduites addictives en milieu scolaire, mettant particulièrement l'accent sur l'alcool, le tabac et le cannabis, avec une ouverture sur les conduites addictives liées aux écrans et aux jeux vidéo. Ce programme est destiné aux collégiens (6ème, 5ème et éventuellement 4ème). Il comprend 12 séances interactives d'une heure et 3 ateliers avec les parents. Toutes les séances sont menées par des enseignants formés qui travaillent, au moins pour la première année d'implantation, en co-animation avec des professionnels de la prévention. Les séances Unplugged permettent aux élèves de développer la confiance en soi, l'expression de soi et le respect des autres, mais aussi des habiletés interpersonnelles de communication, d'affirmation et de conciliation. Le programme les invite à décrypter les attitudes positives et négatives à l'égard des produits, les influences et attentes du groupe, les croyances sur les produits et leurs effets, tout en exerçant leur esprit critique.*

La mise en œuvre de tels programmes en milieu scolaire se révèle exigeante dans la pratique et nécessite des conditions d'implantation particulières.

2.3 Critères de qualité des programmes de développement des CPS en milieu scolaire et conditions d'implantation

Dans le cadre de notre question autour de la transférabilité des interventions complexes en développement des CPS en milieu scolaire, il a semblé pertinent d'étudier les éléments présentés dans la littérature au sujet de ces programmes. Deux angles d'analyse complémentaires ont été retrouvés : des documents présentant les critères de qualité des programmes de développement des CPS en milieu scolaire et leurs conditions optimales d'implantation ; d'autres documents s'intéressant uniquement aux facteurs favorisant l'implantation des programmes et interventions mais sur un périmètre plus large en Promotion de la Santé (développement des CPS et/ou interventions en milieu scolaire).

Différents auteurs se sont interrogés sur les critères de qualité des programmes de développement des CPS en milieu scolaire et sur leurs conditions optimales d'implantation (1, 57-60, 68-73). Une synthèse a été élaborée dans le cadre de ce travail dont les résultats sont présentés dans le **Tableau III**.

Tableau III : Critères de qualité des programmes CPS en milieu scolaire et conditions d'implantation

Type de pédagogie	-Expérientielle et participative
Contexte d'implémentation	-Systémique/écologique (le programme agit sur différents contextes de la vie de l'enfant)
Format, fréquence, durée	-Entre 10 semaines et plusieurs années/20h par an au moins d'ateliers -Combiner des programmes intégrés (à travers des exercices/temps spécifiques) et fusionné (à travers des enseignements classiques) -Programmes qui démarrent tôt avec des enfants jeunes et continuent au fil des années et de leur scolarité
Contenus	-Programme séquencé, adapté à l'âge des enfants avec manuels de référence
Fondements du programme	-Références théoriques explicites
Formation	-Formation initiale et régulation des acteurs -Formations participatives et expérientielle -Posture réflexive
Appui institutionnel/Evaluation/Implémentation	-Programme soutenu par le projet d'école, -Maintien du programme sur le long-terme, -Soutien local, régional, national -Evaluation continue -Implémentation bien définie et respectée

L'analyse des documents qui s'intéressent aux facteurs favorisant l'implantation des programmes et interventions mais sur un périmètre plus large en Promotion de la Santé (développement des CPS et/ou interventions en milieu scolaire) (74-79, 42) a permis d'identifier, de manière plus précise, deux types de facteurs :

Facteurs généraux (quel que soit le milieu) :

- Comité de coordination (maintien de l'action, évaluation des besoins, partage de responsabilité)
- Existence d'un responsable du programme
- Suivi/soutien offert par les promoteurs du projet
- Soutien institutionnel des équipes

Facteurs contextuels dans le milieu scolaire :

- Qualité de la relation entre personnels et direction
- Intégration du programme au projet éducatif de l'école
- Existence préalable de pratiques axées sur la promotion et la résolution pacifique de problèmes interpersonnels
- Niveau d'engagement et de coopération de la part des élèves, des enseignants et des parents
- Taille de l'école
- Stabilité du personnel
- Ressources du milieu (budgétaires, matérielles et humaines)
- Leadership et soutien de la direction des écoles et de l'organisation scolaire
- Formation des enseignants et mise à disposition de ressources
- Equilibre entre les approches universelles et ciblées (programmes qui s'adressent à tous les enfants mais mis en œuvre en direction de publics vulnérables)
- Fidélité/niveau de conformité au contenu et au format des activités du programme
- Qualité de la gestion de projet (mobilisation des parties prenantes, construction d'une vision commune autour du projet CPS, articulation avec les autres interventions, planification de l'intervention, monitoring et évaluation)

L'ensemble de ces éléments constitue une base de réflexion pour guider l'identification des fonctions-clés d'un programme. En effet, ces éléments en eux-mêmes, principalement descriptifs, ne semblent pas constituer des fonctions-clés, d'autant que certains sont davantage en lien avec l'applicabilité du programme.

2.4 Le Programme de Développement Affectif et Social (PRODAS)

Le PRODAS constitue le programme support pour notre travail à propos de la transférabilité d'un programme complexe dans le champ du développement des CPS en milieu scolaire. Après avoir précisé la distinction entre le Développement Affectif et Social et CPS, le PRODAS sera présenté (ses origines, sa mise en pratique, ses fondements théoriques, son transfert et son évaluation en France, sa conformité aux recommandations internationales, son financement et son soutien institutionnel et enfin, le projet de transférabilité).

2.4.1-Distinction entre Développement Affectif et Social et CPS

Le « Programme de Développement Affectif et Social », comme son nom l'indique, s'attache à favoriser les dimensions affectives et sociales du développement de l'enfant. En effet, le développement de l'enfant comprend plusieurs dimensions (80) : le développement sensoriel et perceptif (par exemple la capacité à distinguer le jour et la nuit, à identifier les voix des personnes de son entourage, à situer les saisons, etc.), le développement de la motricité globale (par exemple : marcher, courir, faire du vélo, lancer et attraper une balle, etc.), le développement de la motricité fine (par exemple : tourner les pages d'un livre, tenir des ciseaux et découper, tenir un crayon, dessiner, etc.), le développement du langage (par exemple : apprendre à parler et à maîtriser la structure d'une langue, comprendre des demandes, etc.), le développement cognitif (par exemple : imiter des actions, dessiner de manière identifiable et réaliste, acquérir une pensée logique, etc.), le développement affectif (par exemple : identifier ses émotions et celles des autres par l'expression de leur visage, apprendre à réguler ses émotions, développer sa confiance en soi, etc.), le développement social (par exemple : exprimer ses émotions, gérer ses conflits, coopérer, etc.), le développement des habiletés d'habillement, d'alimentation et d'hygiène (par exemple : savoir s'habiller seul et faire ses lacets, savoir manger seul et couper sa viande, savoir se laver seul et se sécher). Ainsi, le Développement Affectif et Social (DAS) comprend les dimensions affectives et sociales du développement global de l'enfant.

2.4.2 - Les origines du PRODAS

Le « Programme de Développement Affectif et Social » est une traduction du programme original Human Development Program mis au point par Uvaldo Palomares (professeur de Pédagogie), Harold Bessell (psychologue) et Geraldine Ball (enseignante) en 1972 aux Etats-Unis. Implanté dans ce pays puis au Canada dans les années 70 et 80, ce programme a ensuite été importé en Europe, notamment

en France et en Belgique. L'ouvrage de référence a été traduit en Français sans adaptation au contexte de transfert en 1987 (81).

Dans cet ouvrage, l'auteur présente les principes majeurs du programme, ses fondements théoriques et la justification de sa création, puis développe les différents axes de mise en œuvre du programme pour les enseignants. Ce programme est né du constat selon lequel les individus consulteraient un psychologue en raison de trois « *déficiences* » (81) : premièrement, ils ignoreraient les causes qui influencent leurs comportements. Ensuite, ils manqueraient de confiance en eux. Enfin, ils ne comprendraient pas les réactions des humains par rapport aux autres (interactions). Selon l'auteur, ces trois constats renvoient à des failles dans trois dimensions psychosociales : la conscience (connaître ses propres sentiments, pensées et actions), la réalisation (confiance en soi et auto-efficacité) et les interactions sociales (connaître les autres et savoir tisser des relations). En plus des dimensions affectives et sociales, le PRODAS s'intéresse donc également à la dimension cognitive, puisque le facteur de réalisation (accroître l'estime de soi et exercer ses compétences de manière responsable, en identifiant ses capacités, ses réussites et ses limites), relève plutôt de CPS cognitives.

En France, le PRODAS est étiqueté par les partenaires institutionnels de sa mise en œuvre comme un programme de développement des CPS, alors que le programme a été élaboré à une époque où ce concept n'existait pas. Il y a donc un enjeu, aujourd'hui, à faire le lien entre les objectifs du programme tels qu'ils étaient décrits par les concepteurs du programme et le concept de CPS.

2.4.3 - *Le PRODAS en pratique*

L'outil principal du programme un cercle de parole, appelé Cercle Magique par les enfants. Il s'agit d'un cercle de parole intégré aux heures de classe, dans lequel les enfants sont invités à développer les dimensions décrites ci-dessus (Conscience, Réalisation, Interaction Sociale), via un apprentissage expérientiel et participatif et des exercices adaptés au stade de développement des enfants. L'enseignant se place ainsi comme un accompagnateur au cours de ces séances quotidiennes, durant lesquelles sa relation à l'élève est symétrique, bienveillante et son autorité est démocratique (82). Les enfants, en respectant un contrat de communication fondé sur l'écoute de chacun, le non-jugement et la bienveillance (inspiré par les postulats de Rogers, 1966 (83)), sont invités à exprimer leurs ressentis, pensées et comportements.

D'abord pensé pour une implémentation en école maternelle et primaire, le programme a ensuite été étendu à l'enseignement secondaire, les auteurs ont alors mis au point un manuel d'exercices destinés aux enseignants, pour chaque niveau de scolarité.

2.4.4 - Les fondements théoriques du PRODAS

Les dimensions travaillées dans le PRODAS, renverraient aux théories de Karen Horney, une psychanalyste berlinoise des années 50, énonçant que les besoins affectifs fondamentaux d'un individu sont d'être compétent et apprécié (81). Les concepteurs du programme ont alors conçu, en puisant dans les pratiques existantes et dans leur savoir empirique, un ensemble de stratégies dédiées à promouvoir l'acquisition des compétences nécessaires au développement de ces dimensions. Leur objectif à long-terme étant de prévenir les situations de mal-être à l'âge adulte. A partir de leurs connaissances théoriques (psychanalyse développementale, psychologie du développement et humaniste) et pratiques (techniques d'animation de groupe, posture de l'accompagnateur), les auteurs ont alors mis au point un programme scolaire de prévention des violences et conflits. Le programme est ainsi fondé sur différents modèles théoriques, c'est-à-dire que les références bibliographiques (citées dans le manuel théorique) renvoient à des écrits psychanalytiques portant sur le développement normal et pathologique de l'enfant : Adler (1961 ; 1966), Fenichel (1953), Freud (1970 ; 1973), mais aussi sur des théories de la psychologie du développement : Flavell (1963), Erikson (1968), Gesell (1973) et sur les principes de la psychologie humaniste : Rogers (1966). Cependant, le programme compte parmi les premiers programmes de prévention et promotion de la santé dès le plus jeune âge, et dans le manuel théorique les concepteurs ne présentent pas de façon précise en quoi les travaux des différents théoriciens cités, alimentent la conception du PRODAS. Le programme a une visée d'application pratico-pratique et des fondements basés sur des connaissances empiriques (issues de la pratique des professionnels ayant développé le programme). Cela pose plusieurs questions car dans les manuels d'origine il n'est donc pas fourni d'éléments explicitant clairement quelles seraient les fonctions-clés du programme, au sens de Hawe (39), cet élément étant un pilier de l'étude de la transférabilité des programmes de promotion de la santé. Il n'y a pas non plus d'éléments sur l'impact du contexte sur la mise en œuvre du programme : la notion de contexte ayant pu être définie par certains auteurs en termes de « *caractéristiques du lieu dans lequel l'intervention s'implémente, de ses parties prenantes et des réseaux reliant ces différentes parties prenantes, de temporalité et d'histoire, ainsi que d'autres éléments structurels (politique, institutionnel, organisationnel, culturel, etc.)* » (48).

2.4.5 - Le transfert du PRODAS au contexte français

Le PRODAS a été importé dans le contexte français en 2005, suite à des problématiques soulevées par les professionnels du Planning Familial 13 (PF13). Le programme est né d'un constat de tensions entre les élèves des Réseaux d'Education Prioritaires (REP et REP+2, anciennement des ZEP) faisant état de la pauvreté du langage des élèves et de leur écoute, de difficultés d'expression émotionnelle et de

communication. Une enquête réalisée par le Planning Familial auprès des enseignants/animateurs dans ces écoles a mis en évidence ces constats. Le recours au PRODAS s'est alors effectué de manière inductive. L'association a pris connaissance d'un programme de développement des compétences psychosociales qu'elle pensait Québécois à l'origine, et s'inscrivant dans une visée de prévention de la violence et des conflits (le PRODAS). Après avoir effectué une formation auprès d'une formatrice francophone - elle-même formée par Jacques Lalanne, qui a importé le programme des Etats-Unis au Québec puis en Europe - les professionnels du PF13 ont commencé à mettre en place des sessions de formation (5 jours) et d'accompagnement à l'animation du cercle magique avec des enseignants volontaires et formés en dehors de leur temps de travail, dans deux écoles du centre-ville de Marseille.

Cette expérimentation s'est déroulée sur une période de trois ans, entre 2005 et 2008 (84) et s'est progressivement étendue à certaines écoles du 3^e, 14^e et 15^e arrondissement de Marseille (trois des arrondissements les plus pauvres de Marseille, comptant respectivement 52,3%, 39% et 42,3% de taux de pauvreté, selon les statistiques de l'INSEE réalisées en 2014). Les enseignants ont mis en place les groupes de parole du Cercle Magique dans les classes allant de la maternelle à la 5^{ème}, à raison d'une fois par semaine durant les temps scolaires, et ont participé à des régulations annuelles organisées par le PF13. Sur la période 2005-2014 et sur Marseille, ce sont 200 professeurs qui ont été formés et 56 écoles (1700 enfants) qui ont mis en place le programme (85).

2.4.6 - L'évaluation du PRODAS en France

Une première évaluation du PRODAS a eu lieu à Marseille à l'école élémentaire. Le PF 13 a fait appel à une équipe hospitalo-universitaire de Santé publique de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Marseille (AP-HM) pour évaluer l'expérimentation du PRODAS à Marseille. Cette évaluation a été réalisée dans le troisième arrondissement de la ville (13-14), dans les quartiers Saint-Mauront et Belle de Mai durant trois années scolaires consécutives (de 2008 à 2011) à Marseille chez des enfants de CE2 et leurs enseignants, et financée par le Haut-Commissariat aux Solidarités Actives contre la Pauvreté, dans le cadre de l'appel à projet « Expérimentations sociales » (86). L'évaluation s'est intéressée aux effets du programme sur l'estime de soi (87) et l'empathie (88) des enfants (214 enfants participaient à l'étude, 99 bénéficiant du PRODAS et 115 n'en bénéficiant pas), à travers une enquête par questionnaire (auprès des enfants) et sur une enquête qualitative par entretiens de recherche réalisée avec les enseignants inscrits dans le PRODAS (n=17), afin d'obtenir des informations quant à leur propre vécu et positionnement par rapport aux élèves mais aussi concernant leur attitude vis-à-vis du programme.

Concernant les données quantitatives, les résultats soulignent des différences significatives entre les enfants ayant participé au PRODAS et ceux n'en ayant pas bénéficié, pour de nombreuses variables : les scores d'empathie et estime de soi scolaire sont significativement plus élevés chez les filles ayant participé au PRODAS. Dans le groupe de « petits parleurs » (enfants prenant peu la parole en classe selon l'enseignant), les enfants ayant participé au programme s'expriment davantage et prennent confiance en eux (pas de différences significatives pour le groupe de « grands parleurs »). Les « grands parleurs » (prenant facilement la parole en classe selon les enseignants) développent plus d'écoute et d'attention. De manière générale, les résultats montrent également que les enfants développent leur vocabulaire, leur écoute, leur sociabilité.

Par ailleurs, l'analyse thématique des entretiens réalisés met en lumière l'intérêt accordé à la co-animation avec les animatrices du Planning Familial, permettant aux enseignants d'avoir un modèle d'animation des cercles. L'analyse montre également que les cercles de parole sont vécus par les enseignants comme un cadre propice pour les enfants à l'expression de soi et à la conscience de soi. De nombreux entretiens révèlent un changement de posture de l'enseignant, dont la relation avec les élèves serait plus proche et symétrique, et une plus grande satisfaction vis-à-vis de leur pratique professionnelle.

2.4.7 - Le PRODAS à la lumière des recommandations internationales

Il est intéressant d'analyser le PRODAS à la lumière des recommandations internationales concernant les caractéristiques et les conditions d'implantation des programmes de développement des CPS.

Pour cela, une recherche documentaire a été réalisée, visant à recenser les recommandations existantes sur la qualité et la mise en œuvre des programmes de Développement Affectif et Social (DAS) et CPS des enfants en milieu scolaire.

Dans un premier temps, ont été recherchés tous les documents synthétisant des recommandations sur la qualité et la mise en œuvre des programmes de développement affectif et social et CPS des enfants, décrivant les caractéristiques et conditions d'implantation des programmes. Différentes bases de données ont été interrogées (Base de Données en Santé Publique (BDSP), PubMed, Cairn, Science Direct et Google Scholar), en combinant les groupes de mots clés suivants, en français : programmes ; développement affectif et social ou compétences psychosociales ; enfants ou adolescents ; mise en œuvre ou implantation ou transférabilité ou milieu scolaire ; et en anglais : programmes ; emotional and social development or life skills ; children or adolescents ; implementation or transferability or school setting.

Ont été sélectionnés les documents publiés entre 2000 et 2018, en langue française ou anglaise.

Sept documents ont été recensés : cinq étaient spécifiques de programmes de développement des CPS (74-78) ; et deux concernaient plus généralement les programmes de promotion de la santé (79-82).

L'analyse des documents a été menée en recourant à une méthode de triangulation des chercheurs afin de limiter les biais d'analyse. Trois des chercheurs (deux issus du champ de la santé publique et un de la psychologie sociale de la santé) ont lu tous les documents sélectionnés afin d'identifier les critères de qualité des programmes de développement affectif et social et CPS et les recommandations concernant la mise en œuvre de ces programmes.

Puis, un travail de confrontation des résultats de chacun, suivi d'une synthèse des critères repérés dans la littérature, a été opéré par les trois auteurs.

Les critères recensés (cf. Tableau 1 de l'article 3 de la thèse, intitulé « Catégories et critères du guide d'entretien ») renvoient partiellement aux résultats d'une méta-analyse réalisée par le Collaborative for Academic, Social, and Emotional Learning en 2008 (70), qui montre que les programmes les plus efficaces sont ceux qui respectent des principes regroupés sous l'acronyme SAFE :

- a) « Sequenced » : le programme doit comporter un panel d'activités séquencées et proposer un apprentissage par niveaux
- b) « Active » : l'apprentissage doit être participatif et expérientiel, les feedbacks doivent être réciproques (entre élèves, entre l'enseignant et les élèves)
- c) « Focused » : le programme doit accorder un temps suffisant et exclusif au développement des compétences psychosociales
- d) « Explicit » : il vise explicitement l'acquisition de compétences émotionnelles et sociales définies.

Ces recommandations internationales ont été complétées plus récemment (71,72) par des éléments qui portent sur les facteurs favorisant les résultats des programmes.

Le PRODAS répond au respect de ces quatre composantes « Sequenced », « Active », « Focused » et « Explicit », décrites comme nécessaires dans l'efficacité d'un programme de développement des CPS. En effet, il propose une intervention en milieu scolaire fondée sur des exercices quotidiens de trente minutes découpées en unités d'apprentissage de 6 semaines, dans lesquels l'enfant développe un niveau et un type de compétences spécifiques et fidèles à son stade de développement. Par ailleurs, le format de ces ateliers promeut l'acquisition d'un savoir expérientiel (par exemple en transposant une

scène de la vie quotidienne à la situation d'apprentissage) et participatif (58). L'enseignant est dans un rôle d'animateur et le groupe est le constructeur de ce savoir. Cette approche renvoie finalement aux postulats des pédagogies nouvelles (89), plaçant l'élève comme un acteur de son propre développement. Ensuite, le programme encourage les écoles à proposer un environnement scolaire favorable à travers des actions sur l'ensemble du système scolaire (système pédagogique, environnement social et physique) et tente donc de s'inscrire dans une approche systémique. Les enseignants sont formés à l'animation du cercle magique, formation durant laquelle ils sont amenés à repenser leur posture d'enseignant et leur mode de relation aux élèves. A Marseille, les enseignants sont ensuite accompagnés dans leurs premières animations du cercle et disposent d'un manuel pratique les aidant dans la mise en place du cercle magique. Par la suite, ces derniers bénéficient de supervisions annuelles durant lesquelles ils échangent autour de leur pratique, exposent des situations et continuent de développer leur propre posture. L'école est par ailleurs fortement encouragée à soutenir le dispositif mis en place.

Le PRODAS est actuellement inscrit au Répertoire des interventions efficaces ou prometteuses en prévention et promotion de la santé de Santé Publique France (6).

2.4.8 - Financements et soutien institutionnel du PRODAS

L'Agence Régionale de Santé (ARS) Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA) a fourni un soutien financier et institutionnel très important dans la mise en place, l'évaluation et le déploiement du programme, qui s'est étendu sur le plan régional dans les villes d'Orange, de Carpentras, et d'Avignon. Un autre financement provient du Contrat de Ville et la Ville de Marseille. Ces soutiens financiers sont indispensables dans l'implantation effective du programme, dans sa visibilité, et promeuvent une cohérence entre les différents acteurs (locaux et régionaux). Le programme a également été soutenu par la Direction des Services de l'Education Nationale des Bouches du Rhône (DSDEN13), qui a facilité dans un premier temps (2005-2007) l'intervention des conseillères conjugales et familiales du Planning Familial dans les écoles pour accompagner les enseignants (formés hors temps de travail) et mettre en place le dispositif. Ensuite, de 2008-2009 à 2017, le programme a connu un déploiement dans plusieurs écoles et quartiers suite à l'inscription de la formation PRODAS dans le plan académique de formation départemental des enseignants. A partir de 2017, la formation des enseignant-e-s a dû être inscrite au niveau des circonscriptions et non plus du Plan Académique de formation, du fait des réformes instaurant le dédoublement des classes de CP de l'Education Nationale, nécessitant davantage de brigades de remplacement.

A travers cette évolution du dispositif de formation des enseignants au PRODAS, la collaboration de la DSDEN13 a promu sur Marseille une cohérence des pratiques et des lignes d'action en termes de promotion de la santé. L'implantation du PRODAS s'inscrit donc dans une logique d'inscription de l'éducation à la santé dans l'enseignement public, promu par les textes législatifs et réglementaires présentés dans cette première partie. Ces réformes introduites par le ministère de l'Education vont dans le sens d'une convergence entre les différents acteurs impliqués dans l'implémentation du PRODAS, puisque ce dernier est identifié par les acteurs comme un programme contribuant au développement des compétences psychosociales et s'inscrivant dans une démarche de promotion de la santé.

2.4.9 - Présentation du projet de transférabilité du PRODAS

A la suite de l'évaluation du programme réalisée sur Marseille entre 2008 et 2011, les acteurs engagés dans la mise en œuvre du programme ont pu avoir une idée des effets attendus dans le cadre de la mise en œuvre du programme à Marseille, sur des classes d'école élémentaire et sur des critères de jugement qui du point de vue des acteurs de l'Education Nationale, étaient exclusivement liés à la santé. Une des questions qui restait en suspens pour les acteurs était la façon dont le programme devait être transféré pour assurer la reproduction de ses effets ? Quels étaient, au sein de ce programme complexe, les éléments essentiels à conserver pour retrouver les effets attendus sur un nouveau territoire ?

Dans le sillage de ces questions, l'ARS PACA a souhaité financer en 2016-2017 un projet portant sur l'étude de la transférabilité du programme. C'est dans le cadre de cette étude qu'ont été initiés les travaux de recherche présentés dans cette thèse, avec un accent mis sur la mise en œuvre du PRODAS dans les Bouches-du-Rhône et dans le Vaucluse.

3-Le courant de l'évaluation fondée sur la théorie et le modèle de la Théorie Du Programme

3.1 Le courant de l'évaluation fondée sur la théorie

Les grandes figures du courant de l'évaluation fondée sur la théorie (*theory-based* ou *theory-driven evaluation*) sont Chen et Rossi (1980) (90) et Weiss (1997) (91). Selon ces auteurs, les interventions sociales sont des théories, c'est-à-dire qu'« *elles sont fondées sur l'idée (la théorie) qu'une intervention est censée produire un effet pour différentes raisons liées aux activités mises en œuvre* » (92). Weiss (1997) (91) précise qu'une théorie est l'ensemble des croyances ou suppositions qui soutiennent les activités du programme. Les théories sont les hypothèses sur lesquelles les acteurs, élaborent leurs interventions et programmes, de manière plus ou moins consciente. Mettre à jour la théorie du programme est décrit par les auteurs pères de cette théorie, comme la façon la plus pertinente de pouvoir élaborer une évaluation, d'en assurer la validité et de pouvoir interpréter les résultats. Il existe des théories différentes en fonction du type d'évaluation fondée sur la théorie. Par exemple, la théorie de moyenne portée est fréquemment mentionnée lorsque l'approche réaliste (issue de l'évaluation fondée sur la théorie) est évoquée.

3.2 La Théorie Du Programme

Le modèle de la Théorie Du Programme (TDP) est également issu du courant de l'évaluation fondée sur la théorie. Elle présente de multiples avantages (16) :

« *Depuis près de quatre décennies, l'évaluation fondée sur la théorie du programme est une approche utilisée par les évaluateurs afin de porter un jugement sur la valeur d'un programme social (Chen, 1990 ; Chen et Rossi, 1983, 1987 ; Donaldson, 2012 ; Lipsey, 1993 ; Rogers, Petrosino, Huebner et Hacsí, 2000 ; Weiss, 1972). Cette approche d'évaluation se révèle très utile à plusieurs égards. Elle permet de mieux définir l'intervention à évaluer (Champagne, Contandriopoulos, Brousselle, Hartz et Denis, 2011), de comprendre les processus impliqués dans l'implantation (Green et McAllister, 2002), d'identifier ses effets et les mécanismes en jeu dans la production des effets (Chagnon, Daigle, Gervais, Houle et Béquet, 2008), d'élaborer le devis d'évaluation et de choisir des méthodes de collecte et d'analyse de données appropriées (Chen, 1990), d'accroître l'utilisation des résultats de l'évaluation (Wholey, 1987), et de faciliter l'atteinte d'un consensus entre les parties prenantes au sujet des tâches d'évaluation à accomplir et leurs visées (Weiss, 1995)».*

Cependant, malgré les avantages que comporte la Théorie Du Programme (TDP), la littérature reste pauvre concernant la description des méthodes à mobiliser pour la mettre à jour. Les travaux de Saavedra et al. (2016) (16) sur l'évaluation fondée sur la théorie du programme ont semblé intéressants à retenir pour la suite de ce travail de thèse, puisqu'ils présentaient l'intérêt de proposer une méthode reliée à un contexte théorique.

Les travaux de Saavedra et al. (2016) (16) s'inspirent de la conceptualisation proposée par Chen (1990) (93), qui décompose la théorie du programme en deux théories, l'une normative et l'autre causale : « *La **théorie normative** correspond à la structure du programme et comprend l'intervention planifiée, les effets escomptés et l'implantation reliés aux valeurs du programme. Cette théorie normative est composée d'une série de prémisses, principes et/ou propositions interreliés que les acteurs concernés utilisent pour expliquer et orienter l'action sociale. Il s'agit d'une théorie qui demeure souvent implicite dans la pratique courante des acteurs concernés (Renger, 2010). La **théorie causale** correspond aux mécanismes de cause à effet sous-jacents à la relation entre l'intervention planifiée, l'implantation, et les résultats escomptés. Cette théorie réunit les connaissances empiriques relatives à la relation causale entre l'intervention et les effets, y compris la nature de cette relation, les facteurs intervenant dans cette relation, et les conditions contextuelles influençant cette relation.* »

À partir de la conceptualisation de Chen (1990) (93), Saavedra et al. (2016) (16) a conçu une TDP divisée en quatre composantes théoriques essentielles, l'historique du programme, la théorie du problème, la théorie des processus et la théorie des effets. Chacune des composantes est conçue à partir de la synthèse de données recueillies, avec ou sans la participation des parties-prenantes. Ces composantes « *permettent d'affiner l'information, de procéder à une collecte de données rigoureuse et systématique et de dégager un cadre de participation des parties prenantes dans l'évaluation.* » (16).

La première composante de la TDP, l'historique du PRODAS, peut être présentée sous la forme d'une frise chronologique. Cette première étape permet de construire « *un récit partagé de l'histoire du programme* » afin de mieux « *cerner les facteurs contextuels ayant une influence sur son évolution* » (16), notamment par le biais des politiques publiques éducatives et de santé, tout comme par le vécu propre des individus. La seconde composante de la TDP concerne le problème auquel le programme tend à répondre. Un programme est sollicité pour répondre à une situation problématique identifiée par les acteurs de terrain. Cette composante peut être présentée sous la forme d'un arbre à problèmes, qui se décompose de la manière suivante : « *au centre se trouve le problème central, ses racines sont les*

causes de ce problème et les ramifications, les conséquences. Il permet d'établir le problème à l'origine de l'implantation du programme. » (16). L'intérêt est de prendre de la distance avec le programme lui-même, pour se centrer sur le problème initial auquel le programme souhaite répondre et de distinguer ce qui est de l'ordre du problème, de ce qui relève du programme. Cet arbre à problème(s), comme chacune des parties de la TDP, est une hypothèse de travail élaborée par les acteurs. La troisième composante, appelée fonctionnement du programme ou théorie des processus est examinée, afin de comprendre les actions et processus en jeu dans le fonctionnement du programme. Cette composante se décompose en plusieurs niveaux : l'objectif du programme ; les stratégies, principale et spécifiques, mises en œuvre ; les activités déployées au sein d'un contexte de terrain particulier. La quatrième composante, ou théorie des effets, favorise l'émergence d'une compréhension plus fine du chez les parties-prenantes de la contribution du programme et de leurs interventions à la résolution du problème auquel il s'adresse. Cette composante permet d'identifier les effets du programme à court, moyen et long terme.

Les travaux de thèse qui seront présentés dans la partie résultats (*Partie Théorie du Programme*) se sont inspirés des travaux menés par Saavedra et al. (2016) (16).

Pour conclure, l'ensemble des éléments de cet état des connaissances a permis d'explicitier les concepts et les méthodes clés sur lesquelles nous nous sommes appuyés pour mettre en place une démarche pratique d'étude de la transférabilité du PRODAS en région PACA.

En particulier, il nous est apparu essentiel, d'étudier les effets de l'intervention, les contextes dans lesquels l'intervention a été mise en place et d'essayer de dégager les éléments essentiels pour assurer les effets de l'intervention, ce qu'on appelle les fonctions-clés. L'ensemble de ces éléments ont été utiles pour élaborer une Théorie Du Programme, telle que Saavedra (2016) (16) l'a proposée.

CHAPITRE III :
OBJECTIFS ET STRATÉGIES DE
RECHERCHE

1-Objectifs de la recherche

Afin de documenter la transférabilité d'un programme complexe, dans le champ du développement des CPS en milieu scolaire, à savoir le PRODAS, les objectifs spécifiques suivants ont été fixés :

- 1- Synthétiser les connaissances sur les effets du PRODAS, en référence au concept de CPS,
- 2- Explorer les contextes d'implémentation du PRODAS, depuis sa conception jusqu'à son implantation en France, dans le département des Bouches-du-Rhône, à travers l'étude des politiques publiques et des systèmes de valeurs et de représentations des acteurs impliqués dans la mise en œuvre du programme,
- 3- Identifier les effets du PRODAS perçus par les acteurs et en dégager les fonctions-clés du programme, afin de transmettre aux acteurs de terrain des éléments utiles à son implantation et de contribuer à enrichir la littérature relative à l'étude de la transférabilité des programmes de PPS en milieu scolaire.
- 4- Elaborer une première version d'une Théorie Du Programme.

2-Stratégies de la recherche

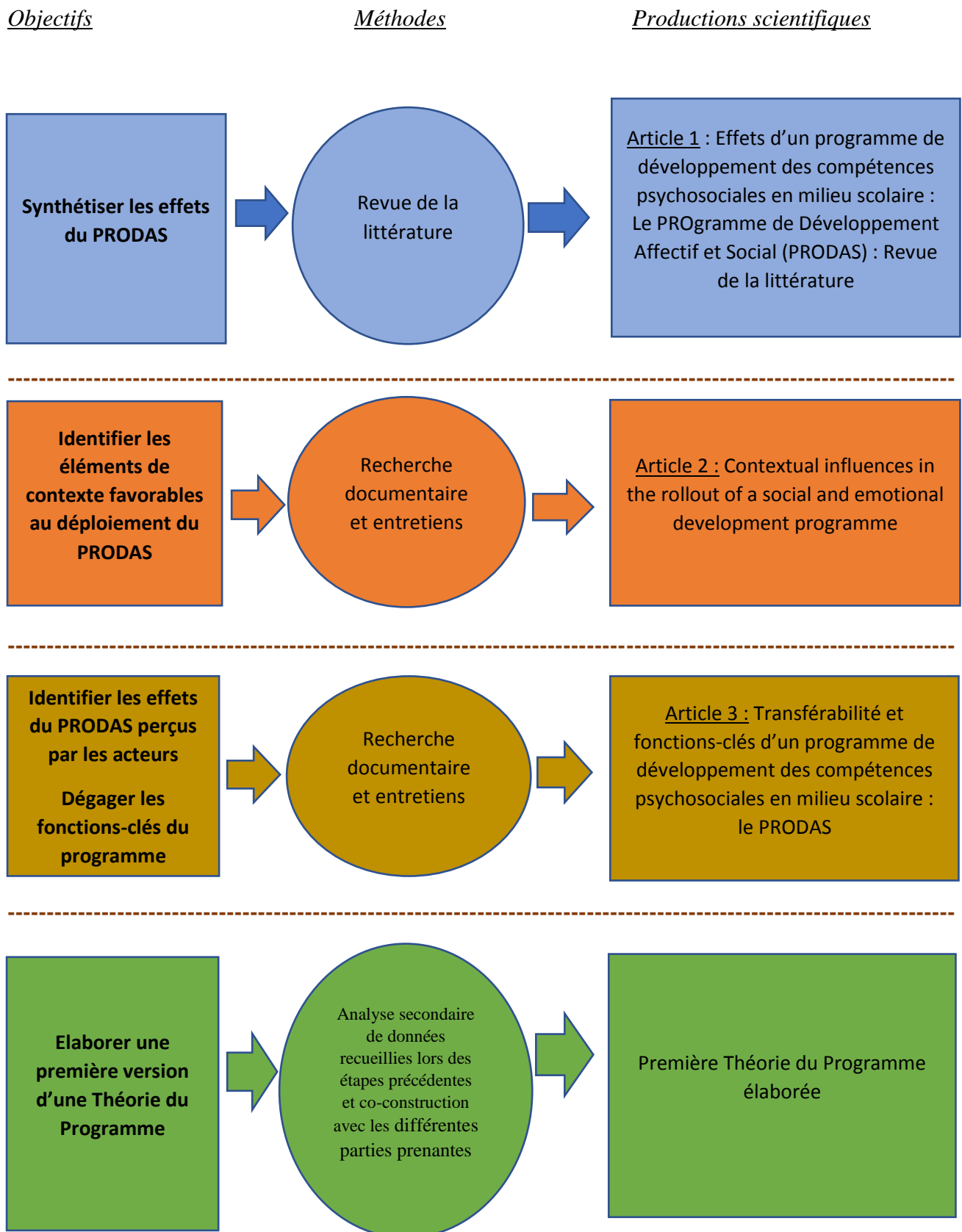
Notre stratégie de recherche est globalement sous-tendue par l'objectif de fournir un corpus de données probantes concernant la transférabilité du PRODAS.

Pour répondre à nos quatre objectifs, nous avons structuré notre recherche en quatre étapes :

- 5) Une première étape visant à synthétiser les effets du PRODAS documentés dans la littérature, dans ses différents sites d'implantation depuis ses origines (Article 1 : *Effets d'un programme de développement des compétences psychosociales en milieu scolaire : Le PROgramme de Développement Affectif et Social (PRODAS) : Revue de la littérature*),
- 6) Une seconde étape qui devait permettre d'identifier les éléments de contexte favorable au déploiement du programme (Article 2 : *Contextual influences in the rollout of a social and emotional development programme*),
- 7) Une troisième étape qui visait, d'une part, à identifier les effets du PRODAS perçus par les acteurs et, d'autre part, à mettre à jour les fonctions-clés du programme (Article 3 : *Transférabilité et fonctions-clés d'un programme de développement des compétences psychosociales en milieu scolaire : le PRODAS*),
- 8) Une quatrième étape permettant d'élaborer une première version d'une Théorie du Programme.

La **figure 1** ci-dessous intitulé *Stratégie de la recherche* résume notre approche et les résultats qui en découlent.

Figure 1 : Stratégie de la recherche



La méthodologie détaillée mise en œuvre dans chacune des opérations de recherche étant présentée dans les articles correspondants, nous nous focaliserons ici sur les principes et les méthodes qui ont sous-tendu la démarche globale de notre travail.

3-Méthodes

3.1 Article 1

Dans la perspective de documenter la transférabilité du PRODAS, c'est-à-dire la mesure dans laquelle les effets du programme peuvent être reproduits lors de son transfert sur un nouveau territoire, il a semblé nécessaire, dans un premier temps, d'avoir une idée précise des effets qui peuvent être attendus lors de la mise en œuvre du PRODAS. **La revue de la littérature** a permis de synthétiser toutes les études portant sur le programme dans ces différents pays d'implantation, ce qui permet de mieux cerner les effets du programme et également, dans une perspective de transférabilité, de la mesure dans laquelle le programme produit le même type d'effets d'un pays à l'autre. Par ailleurs, l'objectif de ce travail consistait à apporter des données probantes utiles à l'étude de la transférabilité du PRODAS. Dans le champ de la promotion de la santé, comme nous l'avons vu précédemment, l'analyse critique des données scientifiques issues de différentes disciplines, comme les revues de la littérature, articles, ouvrages, thèses et rapports scientifiques, constitue l'une des méthodes pouvant conduire à la production de données probantes.

3.2 Article 2

Afin d'identifier les éléments de contexte favorables au déploiement du PRODAS, en lien avec les politiques publiques, une **recherche documentaire** a été effectuée sur le thème de l'histoire de la politique de santé publique, la politique sociale et les politiques éducatives aux États-Unis, au Québec et en France.

Une **démarche qualitative par entretiens individuels semi-directifs** a permis d'appréhender les représentations des acteurs institutionnels et des acteurs de terrain impliqués dans la mise en œuvre du programme, afin de répondre à l'objectif d'identifier les éléments de contexte favorables au déploiement du PRODAS. Cette démarche permet d'apporter une approche compréhensive et contextualisée des phénomènes et de s'intéresser à l'expérience subjective et sociale des acteurs (94-96). Dans le cadre de cette thèse, nous avons opté pour les techniques d'entretien de recherche, qui

consistent à faire en sorte que les personnes puissent développer une thématique dans toute l'extension qu'elle peut avoir pour elles (97). Plus précisément, il s'agit d'une technique privilégiée pour appréhender la nature à la fois individuelle et sociale des données recueillies dans le cadre de l'expérience de mise en œuvre du PRODAS. En effet, les discours des personnes ne nous renseignent pas seulement sur leur expérience subjective, mais produisent des informations révélatrices de leur appartenance socioculturelle (98), nous permettant ainsi d'appréhender les systèmes de normes, de valeurs et de représentations que les personnes mobilisent dans leur rapport au DAS des enfants et à la mise en œuvre du PRODAS.

3.3 Article 3

Pour identifier les effets du programme perçus par les acteurs et dégager les fonctions-clés du programme, un guide d'entretien a été élaboré sur la base d'une recherche documentaire et une série d'entretiens a été réalisée avec des acteurs engagés dans la mise en œuvre du PRODAS dans les Bouches-du-Rhône et le Vaucluse.

La **recherche documentaire** effectuée en vue de l'élaboration d'un guide d'entretien, visait à recenser les recommandations existantes sur la qualité et la mise en œuvre des programmes de DAS et CPS des enfants en milieu scolaire. Ont été recherchés pour cela, tous les documents synthétisant des recommandations sur la qualité et la mise en œuvre des programmes de développement socio-affectif et CPS des enfants, décrivant les caractéristiques et conditions d'implantation de programmes. L'analyse des recommandations et synthèses : rapports officiels, synthèses, guides de pratique validés, est un élément important en vue de produire des données probantes.

Les entretiens semi-directifs (individuels ou de groupes) ont été conduits, en s'appuyant sur le guide d'entretien préalablement élaboré. Leur objectif était de mettre à jour les fonctions-clés du PRODAS et les effets perçus du programme par les acteurs des deux départements de la région Sud (Provence Alpes Côte d'Azur), le Vaucluse et les Bouches-du-Rhône.

La technique des focus groups, peut être considérée comme une forme collective de l'entretien de recherche. Les deux techniques (entretiens individuels et focus groups) partagent donc un certain nombre des principes que nous avons évoqués précédemment. Toutefois, les focus groups possèdent une spécificité qui leur est propre, dans la mesure où les discours se construisent dans et par l'interaction dynamique entre les membres du groupe (99). Plus précisément, cette technique qualitative favorise l'interaction sociale entre les participants et encourage chacun à construire son discours sur les commentaires des autres (100). Ce choix méthodologique nous a ainsi permis de

prendre en compte les éventuels désaccords, les conflits et les consensus qui sont en jeu dans les discours afin de mieux comprendre l'expérience vécue propre à chacun des acteurs dans la mise en œuvre du programme.

3.4 Théorie Du Programme

La Théorie Du Programme repose principalement sur l'analyse secondaire de données recueillies lors d'étapes précédentes et sera détaillée dans le chapitre Résultats. Elle s'est efforcée de s'appuyer sur la co-construction avec les différentes parties prenantes sur les deux sites d'implantation, Bouches-du-Rhône et Vaucluse.

Le **Tableau IV** ci-dessous synthétise les objectifs et les méthodes de la recherche.

Tableau IV. Synthèse des objectifs et des méthodes

Objectifs	Méthodes
1) Synthétiser les connaissances sur les effets du PRODAS en référence au concept de CPS, afin de contribuer à l'étude de sa transférabilité	- Revue de littérature (n=20 études) sur des études datant de 1970 à 2017 en interrogeant les bases de données ScienceDirect, PsycNET, ERIC, PsycINFO, erudit, ISIDOR, Cochrane.
2) Explorer dans quelle mesure les politiques publiques, ainsi que les systèmes de valeurs et de représentations des acteurs impliqués dans la mise en œuvre du PRODAS, ont pu influencer son déploiement depuis sa conception jusqu'à son implantation en France, dans le département des Bouches-du-Rhône	- Recherche documentaire menée sur l'histoire de la santé publique et des politiques sociales et éducatives aux États-Unis, au Québec et en France. - Recherche qualitative par entretiens auprès d'acteurs impliqués dans la mise en œuvre et la diffusion du programme des États-Unis et du Québec vers la France (n=6) et auprès de divers acteurs locaux en France (n=12)
3) Documenter la transférabilité du programme, dans le cadre de son déploiement en région PACA, en identifiant les effets du programme perçus par les acteurs et en dégagant les fonctions-clés	- Recherche documentaire concernant les recommandations existantes sur la qualité et la mise en œuvre des programmes de développement affectif et social et des compétences psychosociales des enfants en milieu scolaire (n=7 documents) - Recherche qualitative par focus groups auprès d'enseignants, animateurs et acteurs institutionnels impliqués dans la mise en œuvre du programme sur deux sites différents (n=8)
4) Elaborer une première version d'une Théorie Du Programme en définissant les quatre composantes essentielles : historique, arbre à problème(s), fonctionnement et effets	-Recueil et synthèse des quatre grandes catégories de données : documents sur le PRODAS, entretiens avec les acteurs de la mise en œuvre du programme réalisés pour l'étape 3, revue de la littérature concernant le PRODAS et revue exploratoire d'éléments théoriques issus de différents champs disciplinaires. Discussion et validation par un Comité de pilotage

CHAPITRE IV :

RÉSULTATS

Comment accompagner le déploiement d'un programme de développement des CPS en milieu scolaire sur un nouveau territoire en assurant la reproduction de ses effets ? Répondre à cette question revient à documenter la transférabilité du PRODAS. Après avoir présenté l'état des connaissances, les objectifs et stratégies de recherche de ce travail, nous allons présenter successivement les quatre grandes étapes qui constituent les résultats. En préambule, il nous a paru intéressant de rapporter, dans la **figure 2**, l'articulation des 3 articles et résultats en fonction de leurs objectifs et de la stratégie de recherche.

Figure 2. Articulation des articles en fonction de leurs objectifs de recherche

[Article 1] Effets d'un programme de développement des compétences psychosociales en milieu scolaire : Le PROgramme de Développement Affectif et Social Revue de la littérature

[Objectif] Synthétiser les connaissances sur les effets du PRODAS afin de contribuer à l'étude de sa transférabilité



Intérêt de considérer le contexte d'implantation et de déploiement du programme propice à la production de ses effets



[Article 2] Contextual influences for dissemination of a social and emotional development program

[Objectif] Explorer dans quelle mesure les politiques publiques, ainsi que les systèmes de valeurs et de représentations des acteurs impliqués dans la mise en œuvre du PRODAS, ont pu influencer son déploiement depuis sa conception jusqu'à son implantation en France, dans le département des Bouches-du-Rhône



Intérêt d'identifier les éléments récurrents du programme, fondant son efficacité, dans différents sites d'implantation



[Article 3] Transférabilité et fonctions-clés d'un programme de développement des compétences psychosociales en milieu scolaire : le PROgramme de Développement Affectif et Social (PRODAS)

[Objectif] Documenter la transférabilité du programme, dans le cadre de son déploiement en région PACA, en identifiant les effets du programme perçus par les acteurs et en en dégagant les fonctions-clés



Nécessité de construire un modèle de ce qu'est le PRODAS, afin d'identifier de nouvelles questions d'évaluation répondant à des éléments qui ont été moins étudiés jusque là



[Résultat 4] Première Théorie du Programme élaborée

[Objectif] Elaborer une première Théorie du Programme en définissant les quatre composantes essentielles : historique, arbre à problème(s), fonctionnement et effets

1-Article 1 - Effets d'un programme de développement des compétences psychosociales en milieu scolaire : Le PROgramme de Développement Affectif et Social (PRODAS)

1-1Contexte et présentation

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) souligne le rôle important des compétences psychosociales (CPS) « *dans la promotion de la santé dans son acception large renvoyant au bien-être physique, psychique et social* » (1). En France, les politiques de santé et d'éducation (101, 64) mettent aujourd'hui l'accent sur l'importance du développement des CPS des enfants en milieu scolaire.

Cependant, encore peu de programmes de développement des CPS sont aujourd'hui disponibles en France pour les jeunes enfants (moins de 6 ans). Parmi ces rares programmes, le Programme de Développement Affectif et Social (PRODAS) (6), initialement connu sous le nom de Human Development Program (HDP) (102), a été l'un des premiers proposés en milieu scolaire à partir de 4 ans. Ce dernier est mis en œuvre depuis 2005 par l'association Planning Familial, dans des écoles maternelles, élémentaires et lycées professionnels de la ville de Marseille, en région Sud Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA), et auprès d'enfants et d'adolescents de différentes régions françaises.

Depuis 2015, le PRODAS est déployé en région PACA avec le soutien de l'Agence Régionale de Santé (ARS). Cependant, il n'existait pas, jusqu'ici, de synthèse actualisée des connaissances sur les effets du PRODAS et ces données paraissaient essentielles aux acteurs du Comité de pilotage du programme en région PACA. En effet, mieux cerner ce qui peut être attendu en termes d'effets lors d'un nouveau déploiement du PRODAS, contribue à l'analyse de sa transférabilité (c'est-à-dire la mesure dans laquelle les effets du PRODAS dans un contexte donné peuvent être observés dans un autre contexte) (11), enjeu majeur pour un des seuls programmes disponibles aujourd'hui en France pour développer les CPS des jeunes enfants.

L'Article 1, rédigé en français, a fait l'objet d'une publication dans *Global Health Promotion* et a pour objectif de synthétiser les connaissances sur les effets du PRODAS, en référence au concept de CPS, à partir d'une revue de la littérature des études réalisées au sujet du programme depuis ses origines, dans les différents pays dans lesquels il a été mis en œuvre, afin de contribuer à l'étude de sa transférabilité.

Précisions concernant la méthode :

La revue de la littérature présentée dans cet article est une revue systématique suivant les étapes proposées par les standards de qualité PRISMA (103). Elle a suivie quatre phases : 1-identification des références après interrogation d'une ou plusieurs bases de données (revue systématique) ; 2-sélection des références basée sur la lecture du titre et du résumé après suppression des doublons lorsque plusieurs bases de données ont été consultées ; 3-éligibilité des articles après lecture du texte intégral ; 4-inclusion des études. Ont été exclues les études non réalisées par des structures externes à celles mettant en place le PRODAS, celles portant sur un public très spécifique et en dehors du milieu scolaire et les documents non disponibles en texte intégral car les rapports d'activités ou résumés obtenus ne comportaient pas les informations nécessaires au recensement des études (cf. article 1 de la thèse partie Analyse des données). L'ensemble de la revue a été réalisée avec une triangulation des chercheurs (analyse parallèle par deux chercheurs, puis analyse des divergences et recherche de consensus).

1-2-Effets d'un programme de développement des compétences psychosociales en milieu scolaire : Le PROgramme de Développement Affectif et Social (PRODAS) : Revue de la littérature

Auteurs : Aurélie Tardy, Brimbelle Roth, Alexandre Daguzan, Roland Sambuc, Marie-Claude Lagouanelle-Simeoni

Référence : Tardy A, Roth B, Daguzan A, Sambuc R, Lagouanelle-Simeoni M-C. Effets d'un programme de développement des compétences psychosociales en milieu scolaire : Le PROgramme de Développement Affectif et Social (PRODAS) : Revue de la littérature. Global Health Promotion. May 2021. doi:10.1177/17579759211007456

Effets d'un programme de développement des compétences psychosociales en milieu scolaire : Le PROgramme de Développement Affectif et Social (PRODAS)

Revue de la littérature

Résumé

Objectif : Le Programme de Développement Affectif et Social (PRODAS) est un programme de développement des compétences psychosociales des enfants ou adolescents, mis en œuvre depuis 2005 en milieu scolaire par une association française (le Planning Familial). L'objectif de cet article était de synthétiser les connaissances sur les effets de ce programme, afin de contribuer à l'étude de sa transférabilité.

Méthodes : La revue de littérature réalisée, a porté sur des études datant de 1970 à 2017. Ont été interrogées les bases de données : ScienceDirect, PsycNET, ERIC, PsycINFO, erudit, ISIDOR, Cochrane. Les mots-clés utilisés étaient « Human Development Program » ou « PRODAS ».

Résultats : Une amélioration, le plus souvent significative, des compétences émotionnelles et sociales des enfants et des adolescents était rapportée. Une relation de type dose-effet était également suggérée par certains résultats. Peu de données étaient disponibles chez les jeunes enfants (école maternelle) et aucune étude n'explorait les effets du programme à long terme.

Conclusion : Cette synthèse a permis de mettre en lumière les principaux effets du PRODAS. Toutefois, considérant que ce programme est un des seuls à s'adresser aux enfants dès 4 ans en France, de futures études portant sur des enfants d'écoles maternelles avec un suivi à long terme, seraient utiles pour compléter les données sur l'efficacité d'un tel programme.

Keywords

Mots clés : promotion de la santé, French, compétence psychosociale, milieu scolaire, évaluation de programme, revue de la littérature

Ce manuscrit a été soumis le 20 January 2021. Après évaluation par des pairs, il a été accepté pour publication le 14 March 2021)

Introduction

Dès 1993, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit les compétences psychosociales (CPS) comme « *la capacité d'une personne à répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne* », « *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* » et souligne leur « *rôle important dans la promotion de la santé dans son acception large renvoyant au bien-être physique, psychique et social* » (1). En France, les politiques de santé et d'éducation (2,3) mettent aujourd'hui l'accent sur l'importance du développement des CPS des enfants en milieu scolaire, notamment par la mise en place d'un Parcours Educatif en Santé.

Cependant, encore peu de programmes de développement des CPS sont aujourd'hui disponibles en France pour les jeunes enfants (moins de 6 ans) (4). Le Registre des Interventions Probantes de Santé Publique France (5) répertorie, par exemple : le Jeu des Trois Figures (J3F), qui vise à lutter contre la violence en milieu scolaire et s'adresse à des enfants à partir de 3 ans ; le Programme de Soutien aux Familles et à la Parentalité (PSFP), un programme d'accompagnement à la parentalité qui intègre des enfants à partir de 3 ans et leurs parents ; et le Programme de Développement Affectif et Social (PRODAS), qui a été l'un des premiers proposés en milieu scolaire. Ce dernier est mis en œuvre depuis 2005 par l'association Planning Familial, dans des écoles maternelles et élémentaires de la ville de Marseille, en région Sud Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA) et auprès d'enfants et d'adolescents de différentes régions françaises. Il avait été identifié d'une part, comme l'un des seuls programmes permettant de renforcer l'estime de soi dès l'âge de 4 ans et jusqu'à 12 ans, et d'autre part, comme étant en cohérence avec les pratiques professionnelles développées par l'association, qui mobilisent plusieurs outils autour des CPS dans les actions de prévention et une écoute centrée sur la personne, en référence aux travaux du psychologue Carl Rogers (6).

Initialement connu sous le nom de Human Development Program (HDP) (7), ce programme a été créé dans les années 70 aux États-Unis par Bessell (psychologue), Palomares (professeur de pédagogie) et Ball (enseignante), en référence à différents modèles théoriques (psychanalyse, psychologie du développement, psychologie humaniste) (8), puis déployé aux États-Unis et au Québec. Dans les années 70–80, environ 15000 enseignants ont été formés à ce programme (environ 10000 aux États-Unis et 5000 au Québec (9)). Il a ensuite été transféré dans plusieurs pays d'Europe, dont la France, la Belgique et la Suisse, l'intérêt autour du développement des CPS en France ayant été plus tardif que dans d'autres pays comme les États-Unis ou le Canada.

L'objectif du PRODAS était pour ses concepteurs de prévenir à long terme les situations de mal-être à l'âge adulte en favorisant le développement affectif et social des enfants (7), par une action menée sur trois facteurs que les concepteurs considéraient comme essentiels dans le développement de l'enfant : Conscience (définie par les auteurs comme le fait de prendre conscience de ses sentiments, pensées et comportements, pouvoir les accepter et, au besoin, les exprimer aux autres), s'apparentant à des CPS émotionnelles ; Réalisation (accroître l'estime de soi et exercer ses compétences de manière responsable, en identifiant ses capacités, ses réussites et ses limites), relevant des CPS cognitives ; et Interaction Sociale (percevoir l'influence qu'on a sur les autres et celle que les autres ont sur soi, pour une meilleure appréhension des situations sociales et une meilleure capacité à gérer les conflits), correspondant à des CPS sociales. L'outil principal du programme est le cercle de parole - appelé Cercle Magique par les élèves - ; il est complété par des activités pédagogiques. Au cours d'une séance de 30 à 45 mn, l'enseignant propose un thème et les élèves qui le souhaitent racontent une expérience vécue sur ce thème. Chaque histoire est reformulée par un autre participant. Dans les récits, l'animateur met l'accent sur les émotions, pensées et comportements associés aux expériences. Les thèmes et activités pédagogiques ont été construits et testés en fonction de l'âge des participants, avant d'être intégrés aux différents guides de l'animateur sous forme de programmes recommandant une séance quotidienne pendant 36 semaines. Le PRODAS se décline pour les adolescents à partir de 12 ans dans le programme *Trans-formation* (10), constitué de modules thématiques (violences, addictions, relations humaines, échanges interculturels...) permettant de renforcer les trois facteurs de développement déjà mentionnés. La méthode s'appuie fortement sur le savoir-être des enseignants, pour établir la communication avec les enfants, les aider à formuler leurs ressentis, pensées et comportements, de manière bienveillante et non intrusive, et animer le cercle de parole qui est intégré aux heures de classe. En France, depuis 2005, le PRODAS est mis en œuvre par des équipes éducatives volontaires, selon un dispositif comprenant, la première année, quatre jours et demi de formation sur le temps de travail des enseignants, quinze séances individuelles d'accompagnement des enseignants à la mise en œuvre du programme en classe, puis deux séances collectives d'analyse de la pratique des équipes par an. En contexte français, le programme se veut pluriannuel et les séances hebdomadaires.

En France, comme aux Etats-Unis ou au Québec, le déploiement du PRODAS s'est fait dans un contexte où les politiques publiques en matière de santé et les politiques sociales s'orientaient vers la prévention, en particulier sur des territoires vulnérables ou en direction de publics défavorisés. L'expérimentation et le déploiement du PRODAS en France ont été soutenus par différentes politiques publiques (3,11) favorisant la création d'espaces protégés d'innovation socio-éducative.

Le PRODAS s'est donc implanté et déployé en France sur la base des connaissances scientifiques et empiriques du programme (ancrage théorique, savoirs sur ses modalités d'implantation, contenu et format des séances (6,8,12 –15) ainsi que des savoirs issus de l'expérience des professionnels du Planning Familial. En 2017, à notre connaissance, il n'existait pas de synthèse actualisée des connaissances sur les effets du PRODAS, hormis un rapport colligeant un ensemble d'études, diffusé par l'Institut de Développement Humain (16), ne se référant pas au concept de CPS. Néanmoins, ces données paraissaient essentielles aux acteurs du Comité de pilotage du programme en région PACA pour mieux cerner les effets attendus lors du déploiement de ce programme.

Afin d'apporter des éléments de réflexion dans la stratégie de déploiement du PRODAS en France, le but de cet article est de dresser un état des lieux des connaissances sur les effets du PRODAS à partir d'une revue de la littérature, en référence au concept de CPS.

Matériel et méthodes

Recherche bibliographique

Une recherche bibliographique a été effectuée en consultant différentes bases de données : ScienceDirect, PsycNET, ERIC, PsycINFO, erudit, ISIDOR, Cochrane, avec les mots-clés suivants : « Human Development Program » ou « HDP », ou « PROgramme de Développement Affectif et Social » ou « PRODAS », sur la période du 01/01/1970 jusqu'au 31/12/2017.

La littérature grise a également été recueillie en consultant un moteur de recherche généraliste, Google Scholar, ainsi que par contacts personnels avec Jacques Lalanne, ayant implanté le programme des Etats-Unis au Québec puis formé des formateurs en Europe (Belgique). Les personnes mettant en œuvre le programme en France sur des territoires où il a été évalué (Marseille, Montpellier) ont également été contactées, afin d'obtenir les rapports d'étude ou mémoires universitaires disponibles au 31/12/2017.

Enfin, une recherche manuelle à partir des listes de références bibliographiques des articles retenus a été réalisée.

Critères de sélection

Ont été inclus, les documents fournissant une évaluation des effets du PRODAS en langue anglaise et française, concernant les enfants, les adolescents et les enseignants, rédigés depuis la conception du

programme jusqu'au 31/12/2017. Ont été exclues les études non réalisées par des structures externes à celles mettant en place le PRODAS, celles portant sur un public très spécifique et en dehors du milieu scolaire et les documents non disponibles en texte intégral.

Analyse des données

Les documents ont été analysés à partir d'une grille de lecture, basée sur le cadre PICO (Population étudiée, Intervention, Comparaison, Outcome) (17). Ont ainsi été recensés :

- a) les éléments descriptifs généraux : nom des auteurs, année de publication, nature du document, discipline du premier auteur, objectifs de l'étude, type d'étude, population, durée d'exposition au programme ;
- b) les critères de jugement pour l'évaluation des effets du programme, classés en six catégories : CPS émotionnelles, sociales, cognitives, en référence à la catégorisation des CPS proposée par l'OMS (18) et à celle du Collaborative for Academic, Social and Emotional Learning (19) ; Performances scolaires ; Comportements dans les relations interpersonnelles et en classe ; Attitudes envers les autres et l'école ;
- c) les méthodes d'évaluation (qualitatives et/ou quantitatives) ;
- d) les principaux résultats.

L'analyse des documents a été réalisée par l'auteur correspondant et un co-auteur. Les divergences, portant sur la catégorisation des critères de jugement, ont été discutées afin d'établir un consensus.

Résultats

Présentation des études

Parmi 47 références, 29 ont été transmises par les acteurs de la mise en œuvre du programme, huit sélectionnées à partir de Google Scholar et dix à partir des autres bases de données (Tableau 1 et 2). Après exclusion des documents non disponibles en texte intégral ($n = 23$), des études réalisées sur un public très spécifique et en dehors du milieu scolaire ($n = 1$) et des doublons ($n = 3$), vingt documents ont été analysés.

Plus de la moitié des études venait des États-Unis (articles de revues périodiques ($n = 8$), thèses de doctorat ($n = 4$), rapport d'étude ($n = 1$)). Les autres étaient issues du Canada (articles de revues périodiques ($n = 2$) et mémoire universitaire ($n = 1$)) et de la France (rapports d'évaluation ($n = 4$)).

Concernant les années de publication, neuf études datent des années 70, six des années 80, une des années 90 et quatre des années 2010.

Tableau 1.
Descriptif des études portant sur les enfants de 4 à 12 ans.

Auteurs	Type d'étude	Population de l'étude (âge, N = effectif, répartition par groupe)	Groupes PRODAS (si > 1)
			Durée d'exposition Nombre de séances (Durée ; Fréquence)
Keelin (30)	Comparative ^a : oui		NP
	Randomisation: NP	4 ans	NP
	Pré-test post-test	N total = 20 (effectif par groupe NP)	NP (15 minutes ; 1/jour)
Kleinpeter (29)	Comparative : oui	4 à 5 ans	12 semaines ;
	Randomisée : non	N intervention = 20	
	Pré-test post-test	N contrôle = 20	NP (15/20 mn ; 1/jour)
	Solomon 4 group design	Enfants dits vulnérables, 3 centres	
Brett (32) cité par Robertson (1980)	Comparative : oui	5 ans	6 mois
	Randomisation : NP	N total = 145	NP (20 mn ; 4/semaine)
	Solomon 4 group design		
Summerlin <i>et al.</i> (25)	Comparative : oui	6 ans	3 mois
	Randomisation : oui	N intervention = 39	NP (25 mn ; 3/semaine)
	Post test seulement	N contrôle = 20	
MacDonnel (35)	Cohorte prospective	6 à 8 ans	22 semaines
	Descriptive	N total = 203	NP (20 à 25 mn ; 1/jour)
	Non comparative		
Giltzow (23)	Comparative	6 à 10 ans	4 mois
	Randomisation : oui, des enseignants et des élèves stratifiés sur le comportement et la réussite scolaire	N total = 265, 50% ne maîtrisant pas l'anglais	NP (NP ; 3/semaine)
	Post-test seulement	N enseignants = 10	
Darrigrand et Gum (28)	Comparative : oui	7 ans	10 semaines ;
	Randomisation : non	N intervention = 28	50 séances (20 mn ; 1/jour)
	Pré-test post-test	N contrôle = 29	
Halpin <i>et al.</i> (27)	Comparative : oui	7 à 8 ans	4 groupes
	Randomisation : non		5 semaines
	Pré-test post-test	N total = 95	10 séances pour 2 groupes et 5 pour 2 autres groupes (NP ; 2/semaine pour 2 groupes et 1/semaine pour 2 autres groupes)
Moskowitz <i>et al.</i> (24)	Comparative : oui	8 ans	14 groupes
	Randomisation : oui, classes stratifiées sur caractéristiques socio-économiques, urbanisation et enseignement	N intervention = 217 N contrôle = 250 Enseignants	25 semaines 22 séances (±8, 7) (NP ; 1/semaine)
		Groupe intervention N = 14	
	Pré-test post-test	Groupe contrôle N = 14	

Auteurs	Type d'étude	Population de l'étude (âge, N = effectif, répartition par groupe)	Groupes PRODAS (si > 1)
			Durée d'exposition
			Nombre de séances (Durée ; Fréquence)
Mestler (31)	Comparative : oui	8 à 9 ans majoritairement [7 2 groupes ans ; 10 ans]	
	Randomisation : NP	N total = 76	8 mois
	Pré-test post-test	Population défavorisée	60 séances (20 mn ; 2/semaine)
Service Santé publique AP-HM (34)	Comparative : oui	8 à 9 ans	9 groupes (répartis en groupes petits parleurs ou gros parleurs)
	Randomisation : non	N intervention = 99	3 ans
	Post test seulement	N contrôle = 115	13 à 14 séances/an (30 mn ; 1/semaine)
Martin (21)	Comparative : oui	9 ans	4 groupes
	Randomisation : oui, par bloc et stratifiée sur score IAR et sexe	Groupe intervention N = 30	10 semaines ;
	Post-test uniquement	Groupe contrôle N = 31	19 séances (NP ; 2/semaine)
Jackson (20)	Comparative : oui	9 et 10 ans	10 semaines
	Randomisée : oui, stratifiée sur sexe et rang au score IAR	Groupe intervention N = 32	19 séances (25 mn ; 2/semaine)
		Groupe contrôle N = 32	
ORS Languedoc-Roussillon (37)	Cohorte prospective	9 et 10 ans	2 ans
	Descriptive	2 classes de 2 écoles dont une en Réseau d'éducation prioritaire (REP)	NP (NP ; NP)
	Non comparative	Effectif total N = 44	
Harris (22)	Comparative : oui	10 à 12 ans	NP ;
	Randomisation : oui, par bloc et stratifiée sur sexe	N PRODAS = 16	
		N intervention autre = 16	15 séances (25 mn ; 2/semaine)
Tremblay et Home (36)	Pré-test post-test	N placebo = 16	
	Cohorte prospective	N contrôle = 17	
	Descriptive	10 à 12 ans	5 mois ;
	Non comparative	N total = NP	
		Elèves « agressifs » et « prosociaux »	26 séances (50 mn ; NP)

NP: non précisé.

^aComparative = comparant un groupe bénéficiant du PRODAS et au moins un autre groupe n'en bénéficiant pas.

Tableau 2.
Descriptif des études portant sur les adolescents.

Auteurs	Type d'étude	Population de l'étude (âge, N = effectif, répartition par groupe)	Groupes PRODAS (si > 1)
			Durée d'exposition
			Nombre de séances (Durée ; Fréquence)
Wanat (26)	Comparative : Oui	15 à 18 ans	16 semaines ;

Auteurs	Type d'étude	Population de l'étude (âge, N = effectif, répartition par groupe)	Groupes PRODAS (si > 1)
			Durée d'exposition Nombre de séances (Durée ; Fréquence)
	Randomisation : Oui, stratifiée sur sexe, âge, origine ethnique, niveau de classe, QI	N intervention = 15	
	Pré-test post-test	N contrôle = 15	
		Troubles des apprentissages Majoritairement des garçons	80 séances (55 minutes ; 1/jour)
IREPS Languedoc Roussillon (38)	Comparative : Non Randomisation : Non	15 à 18 ans N total = 187	19 groupes 8 mois
	Post-test uniquement	N enseignants animateurs = 17	en moyenne 12 séances [2 à 20] (NP ; NP)
CODES Gard (39)	Comparative : Non Randomisation : Non	15 à 18 ans N total = 173	19 groupes 6 mois
	Post-test uniquement		en moyenne 7 séances [2 à 10] (NP ; NP)
Brunel (33)	Comparative : Oui	16 à 19 ans	Trans-formation ^a seul (N = 12)
	Randomisation : Non	N total = 50	Trans-formation + atelier d'écriture sur soi (N = 10)
	Pré-test post-test	Uniquement des garçons Niveau secondaire professionnel	15 semaines ; NP (60 minutes ; 1/semaine)

^aTrans-formation : PRODAS pour les adolescents.

Concernant le schéma d'étude, quinze études étaient comparatives (c'est-à-dire comparant un groupe bénéficiant du PRODAS avec au moins un autre groupe n'en bénéficiant pas) : sept étaient des études randomisées (20 –26), sept étaient des études non randomisées avec pré-test et post-test (27 –33), une étude était non randomisée avec post-test uniquement (34). Cinq étaient des études de cohorte non comparatives, prospectives (35 –39).

Population étudiée

Les vingt études ont inclus au total plus de 2 315 enfants ou adolescents et 55 enseignants ou animateurs. L'effectif variait de 20 (30) à 467 (24) enfants ou adolescents (information manquante pour une étude (36)). La population cible était majoritairement des enfants entre six et douze ans (20 –25,27,28,31,34 –37). Seules trois études portaient sur des enfants entre quatre et cinq ans (29,30,32). Quatre études ciblaient des adolescents entre 15 et 19 ans (26,33,38,39). Sept des vingt études rapportaient également des effets sur les enseignants (23,24,30,34,37 –39).

Exposition au programme

La fréquence des séances était rapportée dans seize des vingt documents et variait d'une séance quotidienne (26,28 –30,35) à une séance hebdomadaire (24,27,33,34).

La durée totale d'exposition au programme s'étendait de cinq semaines (27) à huit mois (31,38), à l'exception de deux études où elle était de deux ans (37) et de trois ans (34).

La durée des séances variait de 15 (30) à 20 minutes (32) chez les enfants de quatre à cinq ans. Chez les enfants de six à douze ans, elle variait de 20 (28,31,35) à 50 minutes (36). Chez les adolescents de 15 à 19 ans, elle variait de 55 minutes (26) à 60 minutes (33).

Le contenu des séances était choisi parmi les thèmes des cercles de parole prévus par le programme pour la tranche d'âge ciblée dans toutes les études, sauf pour celle de Tremblay et Home (36) où la thématique de la gestion des conflits était systématiquement choisie.

Domaines et critères d'évaluation des effets du PRODAS

Sur onze études ayant réalisé des pré-tests, ceux-ci étaient réalisés quelques jours avant le début des séances PRODAS dans cinq d'entre elles (24,27,29,31,37). Dans les six autres (22,26,28,30,33,35), le délai n'était pas précisé. Les post-tests intervenaient à court terme, dans les jours qui suivaient la fin de l'exposition au programme. Pour cinq études, le délai n'était pas précisé (27,28,30,32,33).

Les études s'intéressaient aux effets attendus du PRODAS chez les enfants ou adolescents concernant : les CPS émotionnelles ($n = 14$), les CPS sociales ($n = 13$), les CPS cognitives ($n = 2$) ; les performances scolaires ($n = 5$) ; les comportements et les attitudes envers l'école, les pairs et l'environnement social ($n = 7$). Sept études exploraient également les effets du programme chez les enseignants, détaillés plus loin, et quatre études la qualité des relations entre élèves et enseignants (34,37 –39).

Les critères d'évaluation étaient documentés uniquement par des méthodes quantitatives dans neuf études (20 –22,25 –28,31,32). Dix études employaient une méthode mixte (quantitative et qualitative) (23,24,29,33 –39). Aucune étude ne recourait qu'à des méthodes qualitatives.

Effets du PRODAS en fonction de l'âge

Enfants de 4 à 5 ans

Chez les enfants de quatre à cinq ans ayant bénéficié du PRODAS (3 études), il était retrouvé une amélioration significative des (Tableau 1) :

- a) CPS émotionnelles : concept de soi (29),
- b) comportements en classe (29),
- c) relations interpersonnelles au sein du groupe (30),
- d) performances scolaires (32).

L'éventail des CPS restait cependant peu exploré.

Enfants entre 6 et 12 ans

Chez les enfants de six à douze ans, les études ($n = 13$) rapportaient majoritairement une amélioration significative ou une tendance à l'amélioration des CPS (Tableau 1) :

- a) émotionnelles ($n = 8$) telles que : le concept de soi, l'estime de soi (23-25,28,34), la conscience de soi ou le contrôle de soi (35-37),
- b) sociales ($n = 7$) telles que : l'affirmation de soi, l'expression des ressentis, l'empathie, l'écoute et l'acceptation des pensées et ressentis d'autrui, qui s'accompagnait d'une amélioration de la qualité des interactions interpersonnelles, notamment avec les pairs et surtout chez les filles (22,27,28,34-37).

Peu d'études portaient sur les CPS cognitives, les performances scolaires, les comportements ou les attitudes envers l'école et les pairs.

Adolescents

Les études ($n = 4$) montraient une amélioration significative ou une tendance à l'amélioration des (Tableau 2) :

- a) CPS émotionnelles : dimension du concept de soi (26,33),
- b) CPS sociales : communication et écoute, expression des ressentis, affirmation de soi, acceptation de l'autre (38,39),
- e) comportements : adaptation dans les relations interpersonnelles (26).

Aucune étude n'explorait les effets du programme sur les CPS cognitives, les performances scolaires ou les attitudes envers l'école et les pairs.

Enseignants

Une grande diversité de dimensions concernant les enseignants était explorée dans certaines études ($n = 7$) : leurs compétences professionnelles (34,37), leur satisfaction professionnelle (23,24), leurs compétences d'animation du programme (24,38,39) ou encore leurs CPS (concept de soi, compétences d'écoute, gestion des conflits) (23,34,37 –39). Dans leur grande majorité, ces études rapportaient une amélioration significative ou une tendance à l'amélioration de ces dimensions.

Discussion

Un intérêt de ce travail de synthèse est de rendre compte des effets du PRODAS, en référence au concept de CPS, suivant la classification de l'OMS (18), aujourd'hui largement partagée par les acteurs du champ de la Promotion de la Santé. En outre, cette analyse révèle une convergence dans la nature des effets observés. Chez les enfants, quelle que soit la classe d'âge, sont rapportés le développement des CPS émotionnelles, en particulier du concept de soi (40) (la conscience, la connaissance et l'estime de soi) (23 –26,28,29,33,34,36) et des CPS sociales (27,28,31,34 –38). Ces résultats sont cohérents avec ceux d'une autre étude (41), non incluse dans cette synthèse, portant sur une population très spécifique (perturbée sur le plan affectif) et non scolarisée en milieu ordinaire. Reconnaître et exprimer ses émotions, mieux se connaître, être empathique, mieux s'accepter les uns les autres sont les principaux effets décrits concernant les programmes de développement des CPS en milieu scolaire (4,42). Par ailleurs, la mise en perspective des études suggère que des interventions plus nombreuses et plus fréquentes seraient plus susceptibles de produire des effets, en particulier sur la tranche d'âge des quatre à cinq ans concernant les performances scolaires (29,32) et sur la tranche d'âge des six à douze ans, concernant les CPS émotionnelles (concept de soi) (20,23,25,28) et les CPS sociales (27). Ces résultats vont dans le sens de ce qui est souligné dans la littérature : un programme long et intense qui commence tôt et se poursuit pendant toute la scolarité est l'une des composantes-clés de l'efficacité des programmes de développement des CPS menés en milieu scolaire (4). De même, plusieurs des études analysées (34,37 –39) rapportent, conformément à la littérature, l'importance de la formation et du soutien aux enseignants qui mettent en œuvre le programme. Une des spécificités du PRODAS, en plus de s'adresser à des enfants à partir de 4 ans, est de proposer une intervention conduite en milieu scolaire, pluriannuelle, qui agit sur le développement de compétences pédagogiques et psycho-

affectives des équipes éducatives, avec une approche relationnelle et interactionnelle non centrée uniquement sur des activités séquencées dans le temps et par âge (43). L'accent est mis sur des ateliers expérimentiels où l'enseignant acquiert une posture bienveillante orientée sur les ressources et le potentiel de chaque enfant, avec une approche résolument humaniste et non comportementaliste qui permet aux enfants d'expérimenter des relations interpersonnelles saines s'intégrant à la vie quotidienne à l'école.

Les études sélectionnées présentent plusieurs limites : le faible effectif des échantillons inclus pouvant entraver la mise en évidence des effets par manque de puissance ; une durée d'exposition au programme généralement courte, alors que le PRODAS est un programme pluriannuel ; une fréquence des séances souvent moindre par rapport aux recommandations du programme d'origine ; des schémas d'étude hétérogènes, parfois sans groupe de comparaison ni randomisation, ce qui, selon le paradigme épidémiologique, limite le niveau de preuve d'efficacité d'une intervention. Aucune étude n'explorait la durabilité des effets, une fois le programme terminé, toutefois les quatre études réalisées en France, évaluaient le PRODAS sur plusieurs années ou après plusieurs années de mise en œuvre (34,37–39). En outre, les études ont été publiées entre 1970 et 1980, et de façon générale, les conditions de mise en œuvre du PRODAS étaient peu documentées. L'influence potentielle du contexte d'implantation du programme sur les effets produits n'était pas explorée, alors qu'une récente synthèse des interventions probantes pour le développement des CPS (4) montre que l'efficacité des programmes de développement des CPS menés en milieu scolaire est également conditionnée par le contexte dans lequel ils sont mis en œuvre (environnement scolaire, engagement parental, partenariats associatifs notamment).

Enfin, même si certains acteurs de terrain rapportent un impact du programme sur l'univers de l'enfant y compris en dehors de l'école, ce programme ne propose pas de module spécifique en direction des parents, contrairement à d'autres programmes aujourd'hui déployés en France, comme le Programme de Soutien aux Familles et à la Parentalité (PSFP) (44). Dans un contexte où les parents, les familles ne sont pas toujours faciles à mobiliser, que ce soit pendant ou en dehors du temps scolaire, proposer un programme qui cible prioritairement le milieu scolaire peut en faciliter la mise en œuvre. Afin de développer les CPS des enfants et adolescents, il pourrait néanmoins être pertinent de mobiliser sur un même territoire d'autres programmes complémentaires (préscolaires ou extrascolaires, destinés aux parents ou aux professionnels au contact des enfants et adolescents...) (4).

Perspectives

Aujourd'hui, une étude prospective, avec un suivi à long terme de jeunes enfants (écoles maternelles), pourrait compléter les données sur l'efficacité du PRODAS. Le PRODAS mis en œuvre en milieu scolaire est un programme complexe, impliquant « *de multiples actions enchevêtrées, agissant dans des relations la plupart du temps non linéaires, organisées dans un contexte spécifique et comprises comme des systèmes ouverts [...]* » (45), implémentées dans des systèmes complexes. Sa mise en œuvre et ses effets sont ainsi liés à son contexte d'implémentation, et l'évaluation de ce programme ne peut faire abstraction de ce contexte (politiques publiques, stratégies organisationnelles, éléments culturels, représentations des acteurs...) et des relations programme-contexte (46). Dans cette perspective, l'essai randomisé rencontre ses limites, comme l'ont souligné plusieurs auteurs (47). Des méthodes qualitatives, en complément de méthodes quantitatives, permettraient d'intégrer une dimension compréhensive de l'intervention en complément de la démonstration d'efficacité (48). Une méthodologie, comme l'évaluation fondée sur la théorie du programme (49), pourrait être mobilisée. Mieux cerner ce qui est essentiel à préserver pour obtenir les effets attendus lors d'un nouveau déploiement du PRODAS, contribuerait à l'analyse de sa transférabilité (c'est-à-dire la mesure dans laquelle les effets du PRODAS dans un contexte donné peuvent être observés dans un autre contexte) (50), et reste un enjeu majeur. En effet, le PRODAS est à ce jour l'un des seuls programmes disponibles en France pour développer les CPS des jeunes enfants (5).

Remerciements

Les auteurs remercient le Planning Familial des Bouches du Rhône, le Planning Familial de l'Hérault, Jacques Lalanne (Institut de Développement Humain), Rosa Belmouloud, Clara Corteggiani, Hervé Meur (ARS PACA), Pierre Taudou et Danielle Degremond (Médecins Conseillers Techniques, Education Nationale).

Conflit d'intérêts

Aucun conflit d'intérêt déclaré.

Financement

Les auteurs tiennent à remercier pour son soutien financier l'Agence Régionale de Santé PACA (Fonds d'Intervention Régional, Convention C2016000).

Références

1. World Health Organization (WHO). Life Skills Education in School. Genova: WHO; 1997.
2. Ministère de la Santé. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé [Internet]. n° 2016-41. [cited 2016 janv 26]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2016/1/26/AFSX1418355L/jo/texte>
3. Ministère de la Santé. Mise en place du parcours éducatif en santé pour tous les élèves [Internet]. [cité 2017 avril 20]. Disponible sur: circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2016/02/cir_40508.pdf
4. Chaire de recherche en prévention des cancers INCA, IReSP, EHESP, UIPES, ARS Picardie. Synthèse d'interventions probantes pour le développement des compétences psychosociales: SIPrev (Stratégies d'interventions probantes en prévention). Rennes; 2017.
5. Santé Publique France. 2019. Répertoire des interventions efficaces ou prometteuses [Internet]. [cité 2019 déc 10] Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/a-propos/services/interventions-probantes-ou-prometteuses-en-prevention-et-promotion-de-la-sante/repertoire-des-interventions-efficaces-ou-prometteuses-en-prevention-et-promotion-de-la-sante>
6. Planning Familial 13. Rapport d'activité. Marseille; 2005, pp.41–42.
7. Bessel H. Human Development Program Theory Manual. Human Development Training Institute, Inc. California; 1969, p.234.
8. Bessel H. Le développement socio-affectif de l'enfant. Actualisation; 1987, p.250.
9. Samuel NH. Human Development Program. Program Report. Berkeley: Far West Laboratory for Educational Research and Development; 1972, p.17.
10. Ball G. Trans-formation. Programme de développement personnel en groupe. Guide de l'animateur. Actualisation; 1985, p.149.
11. Hyppolite SR, Parent A-A. Stratégies d'action communautaire. In: La Promotion de la Santé, comprendre pour agir dans le monde francophone. Eric Breton (dir.), Françoise Jabot (dir.), Jeanine Pommier (dir.), William Sherlaw (dir.). Rennes: Presses de l'EHESP; 2017, p.194.
12. Bessel H, Palomares U. Programme de Développement Affectif et Social. Guide de l'animateur. Niveau pré-scolaire. Actualisation; 1985, p.189.

13. Palomares U, Ball G. Programme de Développement Affectif et Social. Guide de l'animateur. Premier cycle. Actualisation; 1975, p.193.
14. Palomares U, Ball G. Programme de Développement Affectif et Social. Guide de l'animateur. Deuxième cycle. Actualisation; 1985, p.444.
15. Palomares U, Ball G. Programme de Développement Affectif et Social. Guide de l'animateur. Prévention et résolution des conflits. Actualisation; 1987, p.291.
16. Institut de Développement Humain. Programme de développement affectif et social - Rapport de recherches [Internet]. 2017. [cité 2017 avr 17]. Disponible sur: <http://developpement-humain.com/1152/>
17. Schardt C, Adams MB, Owens T, Keitz S, Fontelo P. Utilization of the PICO framework to improve searching PubMed for clinical questions. BMC Med Inform Decis Mak. 2007; 7: 16.
18. World Health Organization (WHO). Skills for Health: Skills Based Health Education Including Life Skills: An Important Component of a Child Friendly/Health Promoting School [Internet]. Geneva: WHO; 2003, p.88. [cité 2017 avril 20]. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42818>
19. Collaborative for Academic, Social, and Emotional Learning (CASEL). The 2013 CASEL Guide: Effective Social and Emotional Learning Programs—Preschool and Elementary School Edition. Chicago: CASEL; 2012.
20. Jackson J. A study of the relationship between a small group discussion activity, the self-concept and reading achievement of selected fourth grade boys and girls. Diss Abstr Int Humanit Soc Sci. 1973; 34 : 76 p.
21. Martin C. The relationship between the human development program and locus of control as measured by the intellectual achievement responsibility questionnaire using selected fourth grade students. Thesis in education, University of Oregon, 1973.
22. Harris SR. Rational-emotive education and the Human Development Program: a guidance study. Elem Sch Guid Couns. 1976; 11: 113–121.
23. Giltzow S. Magic circle: effect of the human development program on pupil and teacher self-concept. Diss Abstr Int. 1981; 42 : 94 p.

24. Moskowitz JM, Schaps E, Malvin JH. Process and outcome evaluation in primary prevention, The Magic Circle program. *Eval Rev.* 1982; 6: 775–788.
25. Summerlin ML, Hammett VL, Payne ML. The effect of Magic Circle participation on a child's self-concept. *Sch Couns.* 1983; 31: 49–52.
26. Wanat PE. Social skills: an awareness program with learning disabled adolescents. *J Learn Disabil.* 1983; 16: 35–38.
27. Halpin WG, Halpin GM, Hartley DL. The effects of classroom guidance programs on sociometric status of second grade pupils. *Elem Sch Guid Couns.* 1972; 6: 227–232.
28. Darrigrand GE, Gum MF. A comparison of the effects of two methods of developmental guidance on the self-concept, peer relationships, and school attitudes of second grade children. In G. Miller (Ed.), *Additional Studies in Elementary School Guidance: Psychological Education Activities Evaluated*, St Paul, MN: Minnesota Dept. of Education, Pupil Personnel Services Section; 1973, pp.63–90.
29. Kleinpeter WJ. Change in emotional awareness and self-concept in four to five old disadvantages negro children through a structured group psychological education program. Doctoral dissertation for the degree of Doctor of philosophy, Faculty of Texas Tech University, 1973.
30. Keelin PW. The effects of Magic Circles on the interpersonal communication of four-year-old children. *Elem Sch Guid Couns.* 1976; 11: 138–143.
31. Mestler JE. Behavioral changes of elementary students involved in the human development program: "Magic circle". *J Clin Child Psychol.* 1976; 5: 18–20.
32. Brett A. The influence of affective education on the cognitive performance of kindergarten children. *Child Study J.* 1978; 8: 165–173.
33. Brunel M-L. Parler de soi ou écrire sur soi: effets de ces deux procédés sur le concept de soi chez les adolescents. *Santé Ment Au Qué.* 1986; 11: 40.
34. Equipe hospitalo-universitaire du service de santé publique de l'AP-HM. La Santé à St-Mauront Belle-de-Mai on s'y met tous! Résultats de l'évaluation du PROgramme de Développement Affectif et Social [Internet]. 2013. [cité 2018 janv 24]. Disponible sur: <http://prodas-cerclemagique.org/wp-content/uploads/2015/08/Resultats-evaluation-externe-Juillet-2013.pdf>

35. MacDonnel M. Magic circle in the classroom. Thesis in counselling psychology, University of Alberta, 1987.
36. Tremblay Y, Home AM. Groupe et prévention de l'agression chez les jeunes en milieu scolaire. *Serv Soc.* 1990; 39: 114–137.
37. ORS Languedoc Roussillon. Accompagnement méthodologique pour une évaluation du processus et des activités du programme expérimental PRODAS à Montpellier par le Planning familial 34. 2011.
38. IREPS Langedoc Roussillon. Evaluation expérimentation PRODAS Lycée Gaston Darboux Nîmes. 2014.
39. CODES 30. Programme PRODAS Gaston Darboux: Rapport d'évaluation année 2. 2015.
40. Battacchi M. Conscience de soi et connaissance de soi dans l'ontogenèse. *Enfance.* 1996; 49: 156–164.
41. Maloney C. Application du Programme de développement affectif et social à un groupe d'enfants perturbés affectifs de maternelle et de première année [Mémoire]. [Trois-Rivières]: Université du Québec à Trois-Rivières; 1974.
42. Durlak JA. The impact of enhancing students' social and emotional learning: a meta-analysis of school-based universal interventions. *Child Dev.* 2011; 82: 405–432.
43. Planning Familial 13. Disponible sur l'Espace de Ressources Numériques du PRODAS. [cité 2017 avril 20]. Disponible sur: <http://prodas-cerclemagique.org/theorie/lecoute/>
44. Roehrig C. Expérimentation du Programme de soutien aux familles et à la parentalité. *Cah Puéric.* 2015; 291: 24-27.
45. Ridde V, Haddad S. Pragmatisme et réalisme pour l'évaluation des interventions de santé publique. *Rev Épidémiol Santé Publique.* 2013; 61: S95–S106.
46. Shiell A, Hawe P, Gold L. Complex interventions or complex systems? Implications for health economic evaluation. *BMJ.* 2008; 336: 1281–1283.
47. McQueen DV, Anderson LM. Données probantes et évaluation des programmes en promotion de la santé. *Ruptures Rev Transdiscipl En Santé.* 2000; 7: 79–98.
48. Cambon L, Ridde V, Alla F. Réflexions et perspectives concernant l'evidence-based health promotion dans le contexte français. *Rev Épidémiol Santé Publique.* 2010; 58: 277–283.

49. Chen H. *Theory-Driven Evaluations*. Thousand Oaks, CA. SAGE Publications; 1990.
50. Wang S, Moss JR, Hiller JE. Applicability and transferability of interventions in evidence-based public health. *Health Promot Int*. 2006; 21: 76–83.

1-3-Principaux résultats de l'article 1

L'article permet d'avoir une idée précise du type d'effets attendus lors de la mise en œuvre du programme.

Une quarantaine d'études ont été recensées dont une vingtaine en texte intégral. Les tranches d'âge explorées étaient les suivantes : 4-5 ans, 6-12 ans, 15-19 ans.

Chez les enfants, était rapportée une amélioration, le plus souvent significative, des compétences émotionnelles : estime de soi, conscience de soi, contrôle de soi et concept de soi (conscience, connaissance et estime de soi) ; ainsi que des compétences sociales : affirmation de soi, expression des ressentis, empathie, écoute et acceptation des pensées et ressentis d'autrui, qualité des relations interpersonnelles.

Chez les enseignants, était rapportée une amélioration significative des compétences professionnelles, de leur satisfaction professionnelle, de leurs compétences d'animation du programme et de leurs compétences psychosociales.

Par ailleurs, une relation de type dose-effet était suggérée par certains résultats.

Peu de données étaient disponibles chez les jeunes enfants (école maternelle) et aucune étude n'explorait les effets du programme à long terme, justifiant de futures études portant sur des enfants d'écoles maternelles avec un suivi à long terme, pour compléter les données sur l'efficacité du programme.

Comme explicité dans la partie état des connaissances de cette thèse, un des objectifs de ce travail était également de faire le lien entre le Développement Affectif et Social et les CPS. A ce titre, le **Tableau V** ci-dessous, permet d'établir des correspondances entre les dimensions améliorées par le PRODAS et les CPS telles que définies par l'OMS et le guide CASEL (69), autre référence en matière de CPS.

Tableau V : Les CPS travaillées avec le PRODAS en référence aux CPS selon l'OMS et aux CPS selon le guide CASEL

En bleu, les compétences améliorées dans les trois tranches d'âge (15)

	Dimensions améliorées de manière significative par le PRODAS (cf. synthèses des effets)	CPS OMS	CPS CASEL
Enfants 4-5 ans	Concept de soi	Compétences d'auto-évaluation	Conscience de soi
	Comportement en classe	Compétences de coopération et de collaboration en groupe	Prise de décision responsable
	Relations interpersonnelles au sein du groupe	-Compétences de communication verbale et non verbale : écoute active - Compétences de coopération - Capacités de résistance et de négociation : gestion des conflits, résistance à la pression d'autrui	Compétences relationnelles
	Performances scolaires		Autogestion
Enfants 6-12 ans	Concept de soi	Compétences d'auto-évaluation	Conscience de soi
	Estime de soi	Compétences d'auto-évaluation et d'autorégulation qui favorisent la confiance et l'estime de soi	Conscience de soi
	Conscience de soi	Compétences d'auto-évaluation	Conscience de soi
	Contrôle de soi	Compétences de régulation émotionnelle	Autogestion
	Affirmation de soi	Capacité de résistance et de négociation	Compétences relationnelles
	Expression des ressentis	Compétences de communication verbale et non verbale : expressions des émotions	
	Empathie	Empathie	Conscience sociale
	Ecoute	Compétences de communication verbales et non verbales : écoute active	Compétences relationnelles
	Acceptation des pensées et ressentis d'autrui	Empathie	Conscience sociale
	Qualité des interactions interpersonnelles	-Compétences de communication verbale et non verbale : écoute active - Compétences de coopération - Capacités de résistance et de négociation : gestion des conflits, résistance à la pression d'autrui	Compétences relationnelles
Adolescents	Concept de soi	Compétences d'auto-évaluation	Conscience de soi

Communication et écoute	Compétences de communication verbale et non verbale : écoute active	Compétences relationnelles
Expression des ressentis	Compétences de communication verbale et non verbale : expressions des émotions	
Affirmation de soi	Capacité de résistance et de négociation	Compétences relationnelles
Acceptation de l'autre	Empathie	Conscience sociale
Comportements (adaptation dans les relations interpersonnelles)	-Compétences de communication verbale et non verbale : écoute active - Compétences de coopération - Capacités de résistance et de négociation : gestion des conflits, résistance à la pression d'autrui	Prise de décision responsable

Conclusion et plan d'action

Une fois mis à jour ce qui peut être attendu du PRODAS en termes d'effets, compte-tenu de l'importance (souligné dans le chapitre état des connaissances) qu'il y a à prendre en considération certains éléments concernant le contexte d'implantation et de déploiement du programme dans la production de ses effets, il semblait pertinent de s'intéresser au contexte d'implantation et de déploiement du programme dans les différents pays où il a été mis en œuvre depuis ses origines, afin de mieux cerner quels éléments ont pu favoriser ou entraver son déploiement.

2-Article 2 - Contextual influences in the rollout of a social and emotional development programme

2-1-Contexte et présentation

En France et sur le plan international (7), le développement des CPS en milieu scolaire passe notamment par la mise en place de programmes spécifiques impliquant les enseignants. Ces programmes sont, pour la plupart, importés des Etats-Unis ou du Canada, ce qui pose la question de leur applicabilité (« *mesure dans laquelle le processus d'une intervention peut être mis en œuvre dans un autre contexte* ») (11) et de leur transférabilité (« *mesure dans laquelle les effets d'une intervention dans un contexte donné peuvent être observés dans un autre contexte* » (11, 104, 19). L'analyse du contexte d'implantation de ces programmes, c'est-à-dire des « *caractéristiques du lieu dans lequel l'intervention s'implémente, de ses parties prenantes et des réseaux les reliant, de temporalité et d'histoire, ainsi que d'autres éléments structurels (politique, institutionnel, organisationnel, culturel, etc.)* » (48, 19), constitue donc un enjeu majeur dans leur déploiement.

En France, le PRODAS est un des programmes proposés en milieu scolaire pour développer les CPS des enfants et des adolescents. Or, il n'y avait pas, à notre connaissance de données publiées étudiant l'influence du contexte sur la mise en œuvre et les effets du PRODAS. Plus spécifiquement, il n'y avait pas de données étudiant l'influence des politiques publiques au niveau national. Il n'y avait pas non plus de données explorant l'influence des systèmes de valeurs et de représentations des acteurs locaux. Ces données pourraient pourtant constituer un levier ou un frein au déploiement du programme.

L'article 2, rédigé en anglais, a fait l'objet d'une soumission dans la revue *Health Promotion International*, et a pour objectif d'explorer dans quelle mesure les politiques publiques, ainsi que les systèmes de valeurs et de représentations des acteurs impliqués dans la mise en œuvre du PRODAS, ont pu influencer son déploiement depuis sa conception jusqu'à son implantation en France, dans le département des Bouches-du-Rhône.

Précisions concernant la méthode :

Partie Politiques publiques :

Dans le cadre de la recherche documentaire, les documents sélectionnés pour l'étude des politiques publiques en France, étaient principalement les différents textes de l'Education

Nationale cités dans la partie 2.2 *Cadre français pour le développement des CPS des enfants en milieu scolaire de l'état des connaissances*, ainsi que des manuels de référence en Santé Publique (105-106) et des rapports concernant les politiques publiques (107). La partie concernant les politiques publiques aux Etats-Unis et au Canada a été élaborée à partir des entretiens réalisés auprès des acteurs et d'articles portant sur les politiques publiques, publiés dans des revues internationales (108-112).

Six entretiens semi-dirigés ont été réalisés avec des acteurs engagés dans la mise en œuvre et la diffusion du programme des Etats-Unis et du Québec vers la France. L'objectif de ces entretiens était avant tout exploratoire en recueillant les éléments de contexte (politiques publiques en matière sociale, de santé et éducative) ayant pu favoriser ou freiner le déploiement du programme dans ces différents pays d'implantation. Les fondements théoriques du programme ainsi que son impact aujourd'hui dans les politiques éducatives, ont également été interrogés. Les entretiens ont été réalisés avec la question inaugurale suivante : « *Qu'est-ce qui selon vous dans les politiques publiques (politiques sociales, éducatives, sanitaires) a pu favoriser ou freiner le déploiement du PRODAS depuis ses origines jusqu'à nos jours, que ce soit aux Etats-Unis, au Canada ou en Europe ?* »

Les entretiens se sont déroulés par téléphone ou par *Skype*. Ils ont été enregistrés avec l'accord des participants, puis retranscrits.

Partie Représentations des acteurs au sujet du DAS :

Participants

Les entretiens semi-directifs ont été réalisés afin d'interroger les représentations sociales relatives au développement affectif et social de l'enfant, auprès des acteurs éducatifs et institutionnels impliqués dans le PRODAS. L'échantillon visait à représenter la diversité des acteurs impliqués dans la mise en œuvre, le financement au niveau local (ville), départemental et régional, ainsi que dans la régionalisation du PRODAS et sa diffusion auprès des acteurs de l'éducation et de la santé. Par ailleurs, les acteurs ont été sélectionnés en fonction de leur pouvoir dans les prises de décisions régionales/locales relatives au PRODAS et aux programmes de promotion et d'éducation à la santé de manière plus générale. L'inclusion de nouveaux participants s'est faite jusqu'à saturation de l'information. Le choix d'un échantillon d'acteurs diversifiés (appartenances professionnelles différentes et statut sociaux distincts) vise à explorer l'éventuelle émergence de représentations révélatrices d'ancrages à la fois

psychologiques, sociologiques et psychosociologiques et reflétant des pratiques propres à un ensemble social.

La population se compose de 12 participants. Elle est constituée, d'une part, de 3 enseignants formés au PRODAS ou sur le point d'intégrer le programme et exerçant au sein d'écoles maternelles ou élémentaires des REP + (réseaux d'éducation prioritaire) de la ville de Marseille (14^e et 15^e arrondissements). Par ailleurs, neuf acteurs associatifs et institutionnels impliqués dans l'implantation, le financement et la régionalisation du PRODAS ont été interrogés. Ces professionnels sont issus du Planning Familial de Marseille (N = 2), de l'Agence Régionale de Santé (N=1), de l'Ecole Supérieure du professorat et de l'éducation (N = 1), de la Direction Des Services Départementaux de l'Education Nationale des Bouches du Rhône (N = 1), de médecins conseillers techniques auprès du recteur de l'Académie d'Aix-Marseille (N = 3) et d'inspecteurs de l'Education Nationale (N= 1).

L'Annexe 4 : Guide d'entretien article 2 précise les dimensions investiguées dans les entretiens concernant la partie portant sur les représentations des acteurs au sujet du DAS des enfants.

Analyse

L'analyse de contenu thématique s'est particulièrement intéressée, dans la présente étude, à explorer le lien entre les catégories constituées par le chercheur et la place sociale des interviewés. Une analyse verticale a été menée pour chaque entretien, puis les différentes thématiques ont été rassemblées en fonction de leur sens, en thèmes supra-ordonnés et catégories. L'analyse horizontale a consisté à coder la présence (1) ou l'absence (0) d'un thème dans le discours de chaque participant, permettant alors de mettre en exergue la fréquence d'apparition d'un thème au sein de l'échantillon, mais également au sein de chaque groupe différencié a priori. Cette distinction concourt à mettre en relief l'expression d'éléments représentationnels conditionnés par l'appartenance professionnelle des acteurs.

La **grille finale d'analyse** est présentée en **Annexe 5** de la thèse.

2-2-Contextual influences in the rollout of a social and emotional development programme

Auteurs : Aurélie Tardy, Alexandre Daguzan, Jacques Lalanne, Rosa Belmouloud, Roland Sambuc, Marie-Claude Lagouanelle-Simeoni

Article soumis dans la revue *Health Promotion International*.

Contextual influences in the rollout of a social and emotional development programme

Abstract

Purpose: To explore how public policies, value systems, and representations of the players involved in the implementation of a social and emotional development (SED) programme for children – the Human Development Programme (HDP) – were able to influence its deployment from its conception in the USA to its implementation in deprived neighbourhoods of south-eastern department France.

Methodology: Literature search on the history of public health, and social and educational policy in the USA, Quebec, and France; six interviews with players involved in the implementation and rollout of the programme from the USA and Quebec to France; twelve more interviews to explore representations of children's SED with a variety of local players in France.

Findings: In the USA, Quebec and France, preventive health measures, and the implementation of social policies and policies combining health and educational initiatives for disadvantaged populations promoted the implementation of the HDP. Its implementation, since 2005, in nursery and primary schools in Marseille, has help to construct representations which have enabled the different stakeholders in the programme to arrive at a shared vision of SED. It has also aroused interest in the development of strategies for promoting SED inside and outside of schools.

Originality: This paper addresses an empirical gap in the literature, considering both public policies and psychosocial factors as a context. Moreover, it has practical implications for optimising the implementation of SED programmes in a given territory.

Introduction

In France, recent laws and regulations (French Department of Health, 2016) have reaffirmed that the policy of health prevention and promotion involves several government departments: health, national education, agriculture, food... In health education today, attention is focused on the development of life skills in children, defined by the World Health Organization (WHO) as *'the abilities for adaptive and positive behaviour that enable individuals to deal effectively with the requirements and challenges of everyday life'* (WHO., 1997). These are now recognised as major determining factors of health and well-being and as essential components of healthy human development (Lambooy & Guillemont, 2014).

In France and internationally, the development of life skills in the school environment requires the implementation of specific programmes involving teachers (INCa/IReSP/EHESP Research Chair in Cancer Prevention, 2017). Most of these programmes are imported from the USA or Canada, raising questions about their applicability (*'the extent to which the process of an intervention can be implemented in another context'*) (Wang & al., 2006) and their transferability (*'the extent to which the effects of an intervention in one context can be observed in another context'*) (Wang *et al.*, 2006; Cambon, 2012; Villeval, 2015). When extending these programmes, it is therefore crucially important to analyse the context in which they are implemented, i.e., the *'characteristics of the place in which the intervention is implemented, its stakeholders and the networks linking them, temporality and history, as well as other structural elements (political, institutional, organizational, cultural, etc.)'* (Hawe *et al.*, 2009; Villeval, 2015).

The *Human Development Programme* (HDP) or *Le programme de développement affectif et social* in French (PRODAS) is a programme offered in schools for the development of life skills for children and adolescents (see Box 1). It has been implemented in France since 2005 by the Planning Familial association in the department of Bouches-du-Rhône (PF13), in nursery and primary schools in deprived neighbourhoods in the city of Marseille. It has also been implemented by the same association for children and adolescents in other areas of France.

To our knowledge, there is no published data examining the influence of context on the implementation and effects of HDP. More specifically, there are no data on the influence of public policies at national level, or of the value systems and representations of local players. This data could, however, act as a lever for or an obstacle to programme expansion. The objective of this article is therefore to explore the extent to which public policies and the value systems and representations of the players involved in the HDP were able to influence its

deployment from its conception to its implementation in France, in the Bouches-du-Rhône department.

Methods

Literature search:

A literature search was conducted using general search engines such as Google Scholar, on the history of public health, social, and educational policy in the USA, Quebec, and France. The search was focused on transfers of the programme between these three countries, specifically to Marseille, in France. The programme has been implemented in other countries; however, very little published material is available, which has led to their exclusion from the literature. In addition, the documentary analysis also made it possible to specify the theoretical foundations of the HDP, in connection with the associative values and the socio-educational approach carried out by the PF13 [1] association in Marseille. The analysis followed the chronology of the deployment of the programme in different countries where it has been implemented.

Semi-directed interviews

Six interviews were conducted with players involved in the implementation and rollout of the programme from the USA and Quebec to France. The objective of these interviews was primarily exploratory, and involved compiling contextual elements (public policies on social, health, and educational matters) that may have promoted or obstructed the rollout of the programme in these different countries. The theoretical foundations of the programme as well as its current impact on educational policies were also questioned. Interviews were conducted by telephone or via Skype.

Another series of twelve interviews was conducted to explore representations of children's social and emotional development (SED) with a variety of local players involved in the implementation, monitoring, financing, and regionalisation of the programme. The goal was to obtain the greatest possible diversity of SED representations constructed by the players during the years of experimentation with the HDP programme in Marseille.

It was thus hypothesised that some of the meanings constructed around the HDP had merged to form a common vision of SED (Potvin *et al.*, 2005), while several other elements resulted from a psychosocial anchoring of representations in line with different professional fields (education and health fields, institutional and associative players and teachers) (Moliner *et al.*, 2002). These interviews offered an opportunity to question the meaning attributed to children's SED, the strategies for promoting this development and the difficulties that may hinder it, the place of SED in the fields of education and health, and the players who could be involved in SED.

A thematic content analysis (Bardin, 1977) was carried out on all transcribed interviews. A reduction of the interview data was conducted, and the most essential themes were identified for each interview in order to explore the diversity of elements related to SED. The frequency of appearance of the different themes in all the interviews was then analysed to identify the most common elements in the content of the representations of SED (Miles and Huberman, 2003; Schilling, 2006). This type of analysis is likely to help us find the meaning constructed around SED and to situate the content elements of SED representations within the frames of reference for the various players involved in SED in the school environment (Dany, 2016; Lahlou and Abric, 2011).

Results

I-History of the deployment of the HDP and the socio-political context:

1-The role of prevention in health policies and its links with social and educational policies:

In the USA (Ibee and Ryan-Finn, 1993), the 1960s and early 1970s were marked by the appearance of strong prevention challenges in the field of mental and emotional disorders as well as miserable living conditions that generated high rates of mental disorders, alcoholism, and drug use. It was in this context of new poverty reduction policies that various early intervention programmes were implemented on an experimental basis in the USA, notably the HDP experiment, which started in 1965. In the 1980s, with the election of Ronald Reagan, all the prevention measures implemented since the 1960s stopped and around fifty social programmes were cancelled.

Initially, in the 1970s, the creators of the HDP proposed the universal SED programme. However, state institutions have, from the start of the programme, often viewed it as a

‘corrective’ programme to prevent contemporary problems among certain populations. In the 1980s, the programme began to evolve: the designers (Bessell, Palomares and Ball) had more requests to create specific programmes for children referred to as at risk and children from disadvantaged backgrounds. The authors thus created specific modules which they added to the HDP, for instance the ‘*Drug, alcohol, and tobacco prevention*’ module. It was also during this period that G. Ball wrote the *Inner Change Educational Guide* for Teenage Group Leaders. Subsequently, programmes targeting violence prevention, such as *Vers le Pacifique*, *Gardiens de la paix*, and *Anges de la cour* (CIRCM, 2003), became more popular.

In France, the PF13 launched its HDP experiment in 2005 following several observations in schools in deprived neighbourhoods, related to the poor language of the pupils, their listening, and emotional expression difficulties. Many tensions appeared between them, especially in relationships between girls and boys. During the first years, the initial implementation of the programme was made possible by the human resources made available by the national education system at local level and by *City Policy* [2] funding for experimenting with new forms of public action (Kirszbaum and Epstein, 2010). This first experimental phase, supplemented by a second in 2008, supported financially by a national call for projects that made possible the implementation of the programme in all primary schools in two deprived neighbourhoods in Marseille (Hyppolite and Parent, 2017), had an incentive effect on other common law public policies [3]. The national education system has included a five-day HDP training course as part of in-service teacher training to enable the programme to be rolled out in priority education areas [4]. HDP has also benefited from new state funding through the Regional Prevention Plan with co-sponsorship from the PACA Regional Health Agency [5]. Thus, the programme could be implemented locally in Marseille in many schools located in deprived neighbourhoods, and then in the neighbouring departments of Vaucluse and Hautes-Alpes as part of the HDP regionalisation project requested by the ARS [6] in 2015-2016. The HDP is currently financially supported by the Regional Health Agency, City Policy, and the City of Marseille. It is managed by a committee that brings together institutional players from the various institutions mentioned above three times a year, and by the PF13 association. Its local implementation was thus achieved through this interinstitutional partnership and intersectoral coordination.

2- The role of health education and children’s SED in educational policies

a- Specific time in the classroom, focused on personal and social development

One of the interviews conducted as part of this study revealed that in Quebec, until 1973, SED was not yet recognised and implemented in public policy. Nevertheless, public policy indirectly played a role in the implementation of the HDP in Quebec. At that time, the Canadian Department of Education set objectives in terms of children's personal and social development. Teachers were therefore requested to spend a specific time in class focusing on personal and social development, without any specific guidance for implementation. The first wave of teachers was trained in this area, until around 1975. These teachers, highly motivated by the HDP, believed in the importance of developing children's expression and more constructive relationships in school. They were trained in the programme outside their working hours, often during weekends. The training offered by the *Institute of Human Development* lasted for 5 days. From 1975 to 1982, 'continuous professional training' was offered to teachers by the Canadian Department of Education, during which they were free to choose the training they wanted. This second wave of teachers was above all committed to meeting the objectives of the Department of Education, the HDP being simply one of the possible programmes.

Approximately 5,000 teachers were trained as well as 800 psychologists and social workers. During the same period, some 100 trained professionals in turn became trainers.

At the beginning of the 1980s, the Department of Education decreed that personal and social development should be integrated with other subjects and no longer be subject to specific times in the school day. This marked the decline of the HDP in Quebec. Subsequently, the authorities began to support targeted prevention programmes rather than universal emotional and social development programmes, in order to respond to problems that had already been identified (for example, the use of drugs, alcohol, tobacco, etc.).

b- Regulations promoting health education in schools

In France, the HDP was set up with a view to incorporating health education into the state education system. Several laws and regulations, dating from the 2000s and up to the present day, have influenced the place of life skills development programmes and potentially the implementation of the HDP. Thus, in 2013, the planning bill for the reform of the French state school system (French Department of National Education), stated that '*Measures to promote student health are part of the missions of the National Education system....] During their schooling, pupils benefit in this regard from prevention and information measures [...], which comprise their health pathway while in the school system. These measures in particular help*

them to succeed academically and reduce health inequalities' (translated by the authors). A 2015 decree related to the *Common Base of Knowledge, Skills, and Culture* (Department of National Education) emphasised the concepts of skills development and the overall development of the individual.

In 2016, an official memo (Department of Health) introduced the Health Education Pathway (*Parcours Educatif de Santé* (PES) in French) for all students and promoted the competency-based approach. The PES reaffirmed that the development of health promotion in the school environment was a lever for educational success because health is a key factor in the successful acquisition of learning. Supported by all members of the education team, the PES was structured around three goals, including health education, based on the development of life skills and linked to the *Common Base of Knowledge, Skills, and Culture*. Thus, the PES enabled pupils to acquire skills on a transdisciplinary basis, skills referred to as civic and social skills by those involved in the National Education system and as life skills by those involved in health promotion according to WHO standards.

II-Factors promoting the involvement of local players in trialling the HDP

1-Consistency between the theoretical foundations of the programme and the socio-educational approach promoted by project leaders

In the USA, the HDP originated in California (trailing began in 1965), where Rogers, the originator of the Person-Centred Approach (PCA), settled in 1964. It was at that time that the attention of the humanistic psychologist turned more specifically to encounter groups, that is, sharing groups whose aim was to increase freedom of expression and decrease the participants' 'defences' in a climate of security created by the group leader (Rogers, 1970). Interest in the experience of this type of group has thus developed among professional educators, social workers, psychiatrists, and others working with groups (Devonshire *et al.*, 2011). In education, this influence has been strongly felt and many innovations have emerged as well as significant research on attitude and behaviour change (Rogers, 1969). Beyond their specificities, the practices of the HDP and encounter groups present strong similarities.

The HDP theory manual (translated into French under the title *Le développement socio-affectif de l'enfant*) (Bessell, 1987) and the HDP Leader's Guide Levels V and VI (translated into French under the title *Guide de l'animateur Deuxième Cycle*) (Ball, 1985) made explicit

reference to Rogers and a PCA-trained counsellor, Timmerman, who was involved in the programme design. Bessell's emphasis on the teacher's attitude of acceptance required to lead HDP sessions was reminiscent of the principles of person-centred counselling (Rogers, 1967): Through the HDP, the goal was to empower children to develop personally and to fulfil their potential in a climate of emotional trust.

In 2005, PF13 recognised the HDP not only as a programme that addressed the problems identified in the situational diagnosis it had carried out, but also as a programme whose theoretical background referred to counselling and whose values and practices were in line with the social-educational approach promoted by the organisation. The popular education movement, PF, aims to transform society from the viewpoint of greater social justice. It espouses the values of emancipation, solidarity, and justice. One of the methods it uses to support people, counselling, is a militant, professional tool, meaning that it is used to promote health prevention and promotional measures, with the aim of emancipating people and fighting oppression, freeing expression and facilitating individual self-knowledge. By enabling the person to hear what they are saying, the listener creates conditions which encourage the emergence of the person's own resources, promote their development, and their capacity to transform their environment (PF13).

2- Representations of stakeholders involved in the implementation of the HDP in Marseille

Representations of social and emotional development (SED)

All the players interviewed associated the SED more with the development of empathy, self-awareness, a better expression of feelings, and more favourable peer relationships. Around 42% also mentioned that the SED helps to develop cognitive skills such as the child's ability to actively integrate what they are learning, to understand what is asked of them and what they are experiencing, to make choices, make decisions, and solve problems. For 75% of the players, emotional development was associated with enabling the child to listen to himself or herself, and to recognise and express emotions. Social development was associated with the ability to establish positive relationships with peers and with the teacher (83% of the sample mentioned it), learning life rules to develop a good classroom climate (50%), and being open to the experiences, points of view, and feelings of others (50%).

‘It is necessary to be able to take into account the child's emotions and feelings, and to be aware of what an emotion, a feeling is. (...) the [HDP] programme allows you to listen, to express yourself, to be acknowledged by your peers and by the adults in the circle.’

Several reasons for promoting SED in schools were expressed in a consensual manner by players (Chart 1).

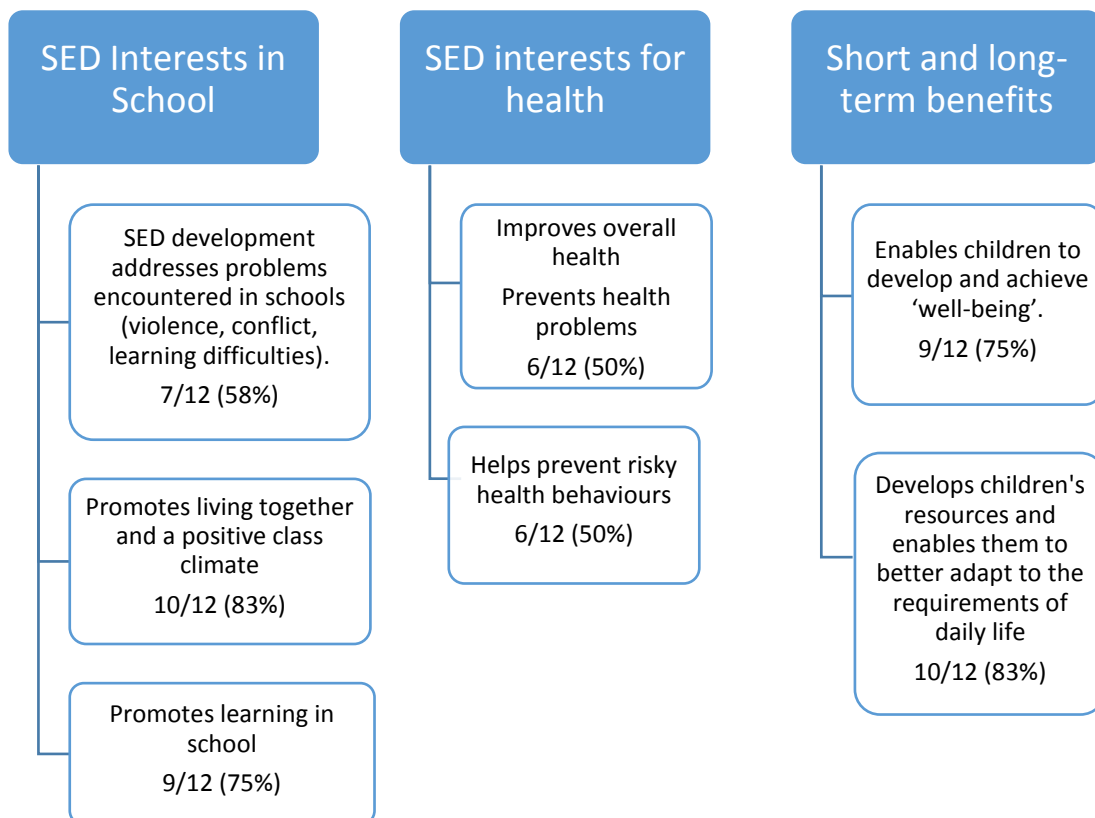


Chart 1. Themes most frequently mentioned by stakeholders surveyed on the interests and benefits of SED in schools

The development of emotional and social skills at a very young age made it possible, in particular, to promote the development of children's fulfilment and well-being (75% of stakeholders), to promote the development of individual resources to equip them with and enable them to adapt to the events and requirements of daily life (83%), and to help address

several problems encountered in school in terms of learning difficulties, conflict, and even violence (58%).

'It's because psychosocial skills are also developed, that learning to read, write and count takes place in calmer conditions, which are more positive for the child, and afterwards he/she can redeploy these more academic skills in different situations, so that they become life tools.'

The importance of the SED for health was mentioned almost exclusively by players from PF13 and the health field:

'(...) I think that it makes it easier to adopt preventive behaviours, if you believe in yourself, if you have a high self-esteem, you'll take care of yourself, you'll protect yourself, but if you've been humiliated all the time, and you can't acknowledge your emotions, you're put in a corner and so on, then washing your hands three times a day and eating your five a day, you don't really care!'

The players in the field of education did not seem to associate this notion with the prevention of risk behaviours and the promotion of overall health.

The strategies to develop measures to promote SED were mainly conceived in the school environment. Around 83% of the people interviewed mentioned first and foremost the implementation of programmes, activities, and tools for working with children on SED in the time allocated at school:

'The child's emotional and social development is taken into account in almost all classroom activities, and largely in the child-adult relationship, and in the relationship between children (...) In the HDP, activities are carried out during the week (...), precisely to become aware of the emotions that can be felt when faced with a situation (...), few activities are carried out on a regular basis.'

Around 67% also felt that it would be useful to include the development of life skills in the initial and further training of teachers. Indeed, according to the 67%, teachers are poorly trained in the relational aspects of the profession and in the development of skills centred on the teacher's interpersonal skills, which help to promote children's SED:

'Both in initial training, and afterwards in the teacher training programme, so that they can really acquire knowledge, improve their skills and practise using tools. To be properly equipped

and supported with implementation. I do not think that it is a natural thing. (...) And because we are all interacting, discussing, engaged in active listening, etc., and we have never learned.'

The implementation of an SED programme in schools led the players to question the value of developing different strategies to promote SED in schools: the implementation of so-called transversal strategies, which means promoting children's well-being and expression throughout the educational process, but not offering activities specifically focused on SED; implementation by the teacher of daily educational strategies, which indirectly help to promote SED (seating in the class, movement between rows, allocation of individual and collective speaking time, approaches to group projects to develop well-being, etc.), and prioritise the implementation of this type of programme for schools facing specific difficulties in managing the classroom climate. Support for teachers in class in developing these practices aroused divergent points of view because it had many disadvantages in terms of teachers' working time management:

'Support in setting up the magic circle and therefore the implementation of this programme, requires, from what I understand, 15 support sessions. And it's true that it can encroach on purely academic time because I don't know how it can be done, so it can actually slow down implementation.'

From a wider perspective, players also expressed the importance of developing intervention strategies outside the school environment that could make it possible to create living environments which foster the development of SED in children, whether it be in supporting parents in developing life skills in their parental role (75%), or in the search for consistency and continuity in the practices of the various persons involved with the child in relation to SED (83%):

'It is important to work on health education issues in general and especially on the development of life skills, both in and out of school. Ideally, this would mean working in both fields, in order to reach the entire educational community: parents, teachers, and social stakeholders who work with children.'

In fact, several stakeholders (67%) emphasised the need for consistency between the SED in the school environment and the place allocated to it within the family unit, and 58% deplored the impact of underprivileged social backgrounds and social inequalities on children's SED.

Representations of benevolence, well-being, and listening

All respondents agreed that teachers could take children's SED into account in all their daily classroom activities: 75% stressed the importance of being good listeners, building trust, and establishing a caring environment for the children. For the players interviewed, benevolence, empathy, and an understanding of the children's life context were the main elements characterising a positive teacher's attitude to SED. About 33% of the players interviewed also mentioned a necessary alliance between benevolence and demands:

'Benevolence, as a professional attitude, really means creating this climate. When we look at the skills expected of teachers within the frame of reference, we talk about creating a classroom climate which is conducive to work, because we need a framework, and then there is indeed this benevolence, which is not the same as permissiveness.'

Discussion

One limitation of this study is that it presents a selective view of the elements that influenced the expansion of the HDP, from the standpoint of a focus on the influence of public policies and the value and representation systems of the players involved in its implementation. Moreover, public policies and their designs were not analysed exhaustively. However, the study makes it possible to highlight several key elements related to public policies and the value and representation systems of the players involved in the implementation of the HDP, which influenced its extension.

Preventive health measures and the implementation of social policies represent a common context in the USA, Quebec, and France, one which fostered the implementation of the HDP. Indeed, life skills development programmes were gradually established in deprived neighbourhoods, such as the HDP and its various experimental phases in Marseille. However, the HDP and, more broadly, strategies to promote SED were initially universal and applied to all children. The specificity of the French context surrounding the HDP experiment was due to its deployment supported by different public policies in order to enable the creation of protected environments for social-educational innovation. The implementation of the HDP since 2005 in nursery schools and primary schools in Marseille, has thus contributed to the construction of representations that allow the different stakeholders in the programme to arrive at a common vision of SED. Acknowledging and expressing emotions, establishing positive relationships with peers and with the teacher, adapting to the events and requirements of daily life, creating

a positive classroom climate and promoting living together were all elements that made it possible to establish a common understanding of SED within the school context.

Nevertheless, several representations highlighted issues in education and health policies: the development of early prevention (acting from the earliest age), intersectoral action to act on different health-determining factors, initial and in-service teacher training, and the epistemic tension between the objectives of child development and academic success. The reform of educational approaches based on the notion of benevolence was, for example, rooted in different pre-existing systems of representations, with the players interviewed referring to it in terms of positive vision and listening, and at the same time associating it with the fear of permissiveness and concern for respect for the school environment.

Policies that combined health initiatives with educational initiatives also represented a positive element in the implementation of the programme in the Quebec and French experiments. The periods during which the Department of Education referred explicitly to SED or the development of life skills in its texts and requested teachers to work on them at specific times, fostered the expansion of the programme in each of these implementation contexts. The health laws of the 2000s on prevention (French Department of Health) and the law on the reform of the French state school system (French Department of National Education), which incorporated benevolence and well-being into the teacher–pupil relationship and into teachers' professional practices (Réto, 2017), created a political and institutional context, which a priori promoted this type of programme as a solution for public action and its perception as a window of opportunity for decision-makers (Berthet and Simon, 2013), in order to encourage this transformation of preventive health policies and benevolent social-educational approaches.

However, once these experimental steps have been completed, extending this type of programme can bring to light different issues, depending on the institutions, with the risk that the programme will be continued on a partial basis and therefore with potentially more diluted effects (Grenier *et al.*, 2017). Thus, one of the challenges of health education in schools, depending on the form it takes, is to bring players from different fields to the table, and to support the changes in paradigms and practices brought about by the SED programme: representations of child development less exclusively centred on cognitive processes and more on motivational processes and emotional and social factors (Racle, 1987), professional identity based on the vision of the profession resulting from the experiential knowledge of teachers in their relationship with children, and the development of social-educational activities and

practices that make it possible to meet the new objectives of the national education system, as the delivery and appropriation of these practices is decisive for the deployment of the programme in certain regions rather than others.

The continuation of the HDP and its current extension to other departments in France thus offer various stakeholders the opportunity to design a shared framework of knowledge on SED by bringing together the expertise of the reference frameworks of the health, social, and educational sectors, reinforced by the involvement of research teams in the theoretical foundations, mechanisms, and effects of the HDP.

Box n°1: Description of the HDP

Initially known as the *Human Development Programme* (HDP), the HDP was created in the 1970s in the USA by Harold Bessell (psychologist), Uvaldo Palomares (professor of education), and Geraldine Ball (teacher). In the original programme manual, Bessell (Bessell, 1987) explains that the theoretical foundations of HDP are based on the work of different authors and psychological disciplines (psychoanalysis, developmental psychology, and humanistic psychology).

The goal of the programme was to prevent distress in adulthood by promoting children's SED (Bessell, 1970). To achieve this, the designers targeted three factors considered essential in child development: awareness (self-awareness and sensitivity to others), mastery (self-esteem and efficiency), and social interaction (interpersonal understanding and tolerance).

The sharing circle, called the Magic Circle by the children, is the main tool of the programme, supplemented by educational activities. During a 30-45-minute session, the teacher suggests a theme and the children who wish to share an experience on this theme. Each disclosure is in turn rephrased by another participant. While sharing, the focus is on the feelings, thoughts, and behaviours associated with the experiences. The themes and educational activities were designed, selected, and tested according to the age of the participants before being incorporated into the different leaders' guides in the form of programmes proposing a daily session. The method relies heavily on the teachers' interpersonal skills for communicating with the children, to help them express their feelings in a caring and non-intrusive way, and to lead the sharing circle that is incorporated into school time. In France, since 2005, the HDP has been implemented by volunteer teams, based on a system including, in the beginning, four and a half

days of training during teachers' working hours, and then each year, fifteen individual coaching sessions and two collective sessions of practice analysis.

Acknowledgements

We would like to thank the Planning Familial association in the Department of Bouches-du-Rhône and the Planning Familial association in the Department of Hérault, Hervé Meur (Provence Alpes Côte d'Azur Regional Health Agency at state level), and Pierre Taudou and Danielle Degremond (Medical Technical Advisors, National Education system).

Funding

The author(s) disclosed receipt of the following financial support for the research, authorship, and/or publication of this article: This work was supported by the Provence Alpes Côte d'Azur Regional Health Agency at state level (Fonds d'Intervention Régional, Convention C2016000).

References

- Ball, G., 1985. *Programme de développement affectif et social: Guide de l'animateur Deuxième cycle*. p. 74 et p. 114.
- Bardin, L., 1977. *L'analyse de contenu*, PUF. ed. Paris.
- Berthet, T., Simon, V., 2013. "La réforme de l'orientation scolaire : De la crise des banlieues à la loi de 2009 : quelles dynamiques de changement ?" *Agora débats/jeunesse* 64, 31–44. <https://doi.org/doi:10.3917/agora.064.0031>.
- Bessell, H., 1987. *Le développement socio-affectif de l'enfant*, Institut de Développement.
- Cambon, L., 2012. *Etude de la transférabilité des interventions de promotion de la sante dans une perspective de promotion des démarches evidence based health promotion : Développement d'un outil d'analyse de la transférabilité des interventions*. Université de Lorraine.
- Chaire de Recherche en prévention des cancers INCa/IReSP/EHESP, 2017. *Synthèse d'interventions probantes pour le développement des compétences psychosociales*.
- CIRCM, 2003. *Guide d'implantation des programmes d'habiletés sociales et de résolution de conflits en milieu scolaire*.
- Dany, L., 2016. "Analyse qualitative du contenu des représentations sociales", in: *Les Représentations Sociales*.
- Devonshire, C.M., Stora, N., Suhner, N., 2011. "L'Approche centrée sur la personne et la communication interculturelle". *Approche Centrée Sur Pers. Prat. Rech.* 13, 23–55. <https://doi.org/10.3917/acp.013.0023>
- Grenier C, Coruble G, Apostolidis T, Daguzan A, Darmon N, Rym I, Jaffre Y, Lampropoulos D, Manzour Z, Passel S, Perez S, Sambuc R., 2017. "Intervenir pour réduire les inégalités

- sociales de santé : des espaces favorables pour expérimenter, pérenniser et diffuser l'intervention"—*Guide IVRISS d'accompagnement méthodologique*.
- Hawe, P., Shiell, A., Riley, T., 2009. "Theorizing interventions as events in systems". *Am J Community Psychol* 43, 267–76.
- Henrie, S.N., 1972. 'Human Development OProgram. Program Report'. Far West Lab. for Educational Research and Development, Berkeley, Calif.
- Hyppolite, S.R., Parent, A.-A., 2017. "Stratégies d'action communautaire", in: *La Promotion de La Santé, Comprendre Pour Agir Dans Le Monde Francophone*. p. 194.
- Ibee, G.W., Ryan-Finn, K.D., 1993. 'An Overview of Primary Prevention'. *Journal of Counselling & Development* 72.
- Kirszbaum, T., Epstein, R., 2010. "Synthèse de travaux universitaires et d'évaluation de la politique de la ville" (Rapport pour le Comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques de l'Assemblée nationale).
- Lamboy, B., Guillemont, J., 2014. "Développer les compétences psychosociales des enfants et des parents : pourquoi et comment?" *Devenir* 26, 307–325.
<https://doi.org/10.3917/dev.144.0307>
- Lahlou, S., & Abric, J. C., 2011. 'What are the " elements" of a representation?' *Papers on social representations*, 20(2), 20-1.
- Martin, C.L., 1973. 'The relationship between the Human Development Program and locus of control as measured by the intellectual achievement responsibility questionnaire using selected fourth grade students' (Thesis in Education). University of Oregon.
- Miles, M.B., Huberman, A.M., 2003. *Analyse des données qualitatives*, De Boeck. ed.
- Ministère de la Santé (France), 2016. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.
- Ministère de la Santé (France), Mise en place du parcours éducatif en santé pour tous les élèves.
- Ministère de la Santé (France), LOI n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
- Ministère de la Santé (France), LOI n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique.
- Ministère de l'Éducation Nationale (France), LOI n° 2013-595 du 8 juillet 2013 d'orientation et de programmation pour la refondation de l'école et de la République.
- Ministère de l'Éducation Nationale (France), Décret n° 2015-372 du 31-03-2015 relatif au socle commun de connaissance, de compétences et de culture.
- Moliner, P., Rateau, P., Cohen-Scali, V., 2002. *Les représentations sociales : pratiques des études de terrain*, Presses universitaire de Rennes. ed, Collection Didact psychologie sociale.
- Moskowitz, J.M., Schaps, E., Malvin, J.H., 1982. 'Process and Outcome Evaluation in Primary Prevention: The Magic Circle Program.' *Eval. Rev.* 6, 775–788.
<https://doi.org/10.1177/0193841X8200600604>
- Planning Familial 13, "Espace de Ressources Numériques du PRODAS", available at: prodas-cerclemagique.org/theorie/lecoute/, accessed 20-04-2017.
- Planning Familial 13, "Rapport d'activité 2016", available at: https://www.leplanning13.org/wp-content/uploads/2018/10/pf13_ra2016.pdf, accessed 01-05-2020.

- Potvin, L., Avargues, M. C., Berghmans, L., Bilodeau, A., Bourdages, J., Brunelle, Y., & Hartz, Z., 2005. "L'intégration de la promotion et de la prévention dans les systèmes de santé". *Promot Educ.*
- Racle, G., 1987. "Une intelligence ou des intelligences ?" (suite). *Communication & Langages*, 73(1), 78-103.
- Réto, G., 2017. "La bienveillance à l'École : vers un changement de paradigme ?" *Recherche & éducatives.*
- Rogers, C.R., 1970. *Les groupes de rencontre*, Dunod. ed. Paris.
- Rogers, C.R., 1972. *Liberté pour apprendre*, Dunod. ed. Paris.
- Rogers, C.R., 1967. *Le développement de la personne*, Dunod. ed. Paris.
- Schwartz, S., 2006. "Les valeurs de base de la personne : théorie, mesures et applications." *Revue française de sociologie* 47, pages 929 à 968.
- Schilling, J., 2006. 'On the pragmatics of qualitative assessment: Designing the process for content analysis'. *European journal of psychological assessment*, 22(1), 28.
- Villeval, M., 2015. *Evaluation et transférabilité des interventions de réduction des inégalités sociales de santé : un programme de recherche interventionnelle*. Université de Toulouse, Université Toulouse III - Paul Sabatier.
- Wang, S., Moss, J.R., Hiller, J.E., 2006. 'Applicability and transferability of interventions in evidence-based public health'. *Health Promot. Int.* 21, 76–83.
<https://doi.org/10.1093/heapro/dai025>
- World Health Organization (WHO)., 1997. "Life skills education in school". WHO, Genova.

Notes:

[1] Family Planning association in Marseille

[2] Since the 1980s, city policy has consisted of a set of local measures implemented by the French State in the most disadvantaged urban districts in order to reduce social inequalities between regions.

[3] The so-called 'common law' policies refer to the French sectoral policies of the state, the region, the departments and the cities which apply to the entire region with no distinction between districts.

[4] The priority education policy in France aims to step up pedagogical and educational measures in schools and establishments in areas which experience the greatest social difficulties.

[5] Regional health agencies are responsible for the regional management of the health system. They define and implement regional health policies.

[6] Regional Health Agency

2-3-Principaux résultats de l'article 2

- Au niveau des politiques publiques :

Aux États-Unis, au Québec et en France, les efforts de prévention sanitaire, la mise en place de politiques sociales et de politiques combinant des initiatives sanitaires et éducatives pour les populations défavorisées ont favorisé la mise en œuvre du programme.

- Au niveau des systèmes de valeur :

L'analyse documentaire a également permis de préciser les fondements théoriques du PRODAS, en lien avec les valeurs associatives et l'approche socio-éducative portées par le Planning Familial.

- Au niveau des représentations des acteurs impliqués dans la mise en œuvre du PRODAS :

La mise en œuvre du programme, depuis 2005, dans les écoles maternelles et primaires de Marseille, a contribué à construire des représentations qui permettent aux différents acteurs du programme de tendre vers une vision commune du Développement Affectif et Social.

La mise en œuvre du programme, depuis 2005, dans les écoles maternelles et primaires de Marseille, a suscité un intérêt pour le développement de stratégies de promotion du Développement Affectif et Social à l'intérieur et à l'extérieur de l'école.

Conclusion et plan d'action

Toujours dans la perspective de documenter la transférabilité du PRODAS et ainsi contribuer à son déploiement, une fois cerné ce qui peut être attendu du programme en termes d'effets et mis à jour les éléments contextuels qui constituent un frein ou un levier à sa mise en œuvre et à la production de ses effets, il semblait essentiel d'identifier les éléments récurrents du programme, fondant son efficacité, dans différents sites d'implantation (fonctions-clés).

3-Article 3 – Transférabilité et fonctions-clés d'un programme de développement des compétences psychosociales en milieu scolaire : le PROgramme de Développement Affectif et Social (PRODAS)

3-1-Contexte et présentation

Le PRODAS possède toutes les caractéristiques d'un programme complexe, c'est-à-dire, d'« *un système qui s'adapte aux changements dans son environnement local, est composé d'autres systèmes complexes et se comporte de manière non linéaire.* » (113). Lors du transfert d'un programme complexe dans d'autres contextes - la transférabilité étant « *la mesure dans laquelle les effets d'une intervention dans un contexte donné peuvent être observés dans un autre contexte* » (11, 104, 19) - il existe un dilemme entre sa standardisation et son adaptation au contexte dans lequel il s'implante (la notion de contexte a pu être définie par certains auteurs en termes de « *caractéristiques du lieu dans lequel l'intervention s'implémente, de ses parties prenantes et des réseaux reliant ces différentes parties prenantes, de temporalité et d'histoire, ainsi que d'autres éléments structurels (politique, institutionnel, organisationnel, culturel, etc.)* » (48, 19). L'enjeu est de permettre l'adaptation de la forme du programme tout en préservant le fond, c'est-à-dire ce qui est indispensable pour qu'il produise les effets attendus. Ainsi, Hawe introduit la notion de fonctions-clés qui constituent « *les aspects fixes de l'intervention, ses fonctions essentielles* » (39) dans le processus de changement visé par l'intervention en opposition à « *l'aspect variable de l'intervention qui est sa forme dans des contextes différents.* »

Dans le cadre du déploiement du PRODAS dans la région Provence-Alpes-Côte d'Azur (PACA), à la demande de l'Agence Régionale de Santé (ARS), une étude de la transférabilité du PRODAS a été réalisée dans les départements des Bouches-du-Rhône (13) et du Vaucluse (84).

En s'appuyant sur le PRODAS, programme prototypique, les travaux menés visaient à apporter des éléments concernant les composantes clés servant plus largement l'implémentation et la transférabilité des programmes de développement des CPS en milieu scolaire, ainsi que les enjeux qui sous-tendent la mise en œuvre de ce type de programmes à l'école. En effet, peu d'études documentent aujourd'hui la transférabilité de ce type de programmes. Les travaux

présentés ici permettent d'exposer et d'illustrer les étapes de réflexion d'une démarche de transférabilité, à partir d'une mise en œuvre spécifique.

L'article 3, rédigé en français, a fait l'objet d'une soumission dans la Revue Devenir et a pour objectif de présenter cette étude exploratoire, dans laquelle il s'agissait donc :

- 5- d'identifier les effets du PRODAS perçus par les acteurs
- 6- d'en dégager les fonctions-clés du programme
- 7- de transmettre aux acteurs de terrain des éléments utiles à son implantation et de contribuer à enrichir la littérature relative à l'étude de la transférabilité des programmes de PPS en milieu scolaire.

Précisions concernant la méthode :

Recherche documentaire en vue de l'élaboration du guide d'entretien :

Elle visait à recenser les recommandations existantes sur la qualité et la mise en œuvre des programmes de Développement Affectif et Social (DAS) et CPS des enfants en milieu scolaire.

Dans un premier temps, ont été recherchés tous les documents synthétisant des recommandations sur la qualité et la mise en œuvre des programmes de développement affectif et social et CPS des enfants, décrivant les caractéristiques et conditions d'implantation de programmes. Différentes bases de données ont été interrogées (Base de Données en Santé Publique (BDSP), PubMed, Cairn, Science Direct et Google Scholar), en combinant les groupes de mots clés suivants, en français : programmes ; développement affectif et social ou compétences psychosociales ; enfants ou adolescents ; mise en œuvre ou implantation ou transférabilité ou milieu scolaire ; et en anglais : programmes ; emotional and social development or life skills ; children or adolescents ; implementation or transferability or school setting.

Ont été sélectionnés les documents publiés entre 2000 et 2018, en langue française ou anglaise.

Sept documents ont été recensés : cinq étaient spécifiques de programmes de développement des CPS (74-78) ; et deux concernaient plus généralement les programmes de promotion de la santé (79, 42).

L'analyse des documents a été menée en recourant à une méthode de triangulation des chercheurs afin de limiter les biais d'analyse. Trois des chercheurs (deux issus du champ de la

santé publique et un de la psychologie sociale de la santé) ont lu tous les documents sélectionnés afin d'identifier les critères de qualité des programmes de développement affectif et social et CPS et les recommandations concernant la mise en œuvre de ces programmes.

Puis, un travail de confrontation des résultats de chacun, suivi d'une synthèse des critères repérés dans la littérature, a été opéré par les trois auteurs. La synthèse des critères a permis d'élaborer le guide d'entretien qui a été utilisé à l'étape suivante.

Concernant les dimensions d'analyse des entretiens et focus groups, **la grille d'analyse est présentée en Annexe 7** de la thèse.

Pour dégager les fonctions-clés, les sous-thèmes apparus lors de l'analyse de contenu séquencé ont été classés en éléments clés ou secondaires, en fonction de leur fréquence d'évocation : les sous-thèmes en lien avec la transférabilité ayant été évoqués par plusieurs types d'acteurs (acteurs de terrain et institutionnels), par au moins 50% d'interviewés sur les deux territoires (départements 13 et 84) ont été classés en éléments clés. Les sous-thèmes en lien avec la transférabilité ayant été évoqués par plusieurs types d'acteurs ou à 100% par un seul type d'acteurs sur au moins un des deux territoires, ont constitué des éléments secondaires. Puis, ont été identifiés des clusters, c'est-à-dire des catégories thématiques rassemblant des éléments clés et des éléments secondaires, correspondant à une même fonction du programme. Les catégories thématiques qui regroupent les mêmes éléments de significations sans que ces derniers apparaissent dans d'autres éléments clés ou secondaires ont constitué des clusters. Les clusters les plus homogènes (un cluster regroupe les mêmes éléments de significations sans que ces derniers apparaissent dans un autre cluster), fidèles (accord entre les différents chercheurs sur la construction des clusters) et pertinents (équilibre entre le reflet du contenu exprimé par les acteurs et les objectifs de l'étude) d'un point de vue de l'analyse qualitative ont constitué les fonctions-clés du programme.

3-2-Transférabilité et fonctions-clés d'un programme de développement des compétences psychosociales en milieu scolaire : le PROgramme de Développement Affectif et Social (PRODAS)

Auteurs : Aurélie Tardy, Alexandre Daguzan, Alice Gares, Alix Lesieur, Thémis Apostolidis, Emmanuelle Le Barbenchon, Roland Sambuc, Marie-Claude Lagouanelle-Simeoni

Article soumis dans la Revue Devenir.

Transférabilité et fonctions-clés d'un programme de développement des compétences psychosociales en milieu scolaire : le PROgramme de Développement Affectif et Social (PRODAS)

Résumé

Objectifs Transmettre aux acteurs de terrain des éléments utiles concernant la transférabilité des programmes de développement des compétences psychosociales (CPS) en milieu scolaire, à partir du Programme de Développement Affectif et Social (PRODAS), en identifiant les effets du programme perçus par les acteurs et en dégagant ses fonctions-clés.

Méthodes Une recherche documentaire a permis d'élaborer le guide d'entretien utilisé pour conduire les entretiens individuels et les focus groups auprès de 38 acteurs impliqués dans la mise en œuvre du programme, sur deux sites différents.

Résultats Sur les deux sites, les effets du programme perçus par les acteurs étaient cohérents avec ceux retrouvés dans la littérature concernant l'évaluation du programme et les programmes de développement des CPS en général. Quatorze fonctions-clés ont été identifiées. Leur forme était stable d'un site à l'autre, excepté pour trois fonctions-clés.

Conclusion Ce travail a permis d'envisager concrètement comment ce programme précoce de développement des CPS en milieu scolaire fonctionne et produit ses effets, et d'élaborer une grille favorisant le transfert de ce type de programmes.

Mots-clés Compétences psychosociales – Milieu scolaire- Transférabilité – Fonctions-clés

Abstract

Objectives To provide field players with useful elements about the transferability of life skills programmes in school, based on the Programme de Développement Affectif et Social (PRODAS), by identifying the effects of the programme as perceived by the stakeholders and by identifying its key functions.

Methods A literature search was used to develop the interview guide used to conduct individual interviews and focus groups with 38 players involved in the implementation of the programme in two different settings.

Results In both settings, the effects of the programme as perceived by the stakeholders were consistent with those found in the literature on the programme evaluation and, more generally, on life skills programmes. Fourteen key functions were identified. Their form was similar from one setting to another, except for three key functions.

Conclusion This work has made it possible to determine in concrete terms how this early life skills programme in school works and produces its effects, and to create a framework for the transfer of this type of programmes.

Key words Life skills - School - Transferability - Key function

INTRODUCTION

Dès 1997, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) soulignait, dans son rapport *Life skills education in school*, l'importance des Compétences PsychoSociales (CPS) (WHO, 1997), qu'elle définit comme « *la capacité d'une personne à répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne, 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* ». Plus récemment, l'OMS recommande dans son plan d'action pour la Santé Mentale 2013-2020, de mettre en œuvre des mesures de Prévention et de Promotion de la Santé (PPS) en milieu scolaire (OMS, 2013).

En France, plusieurs textes législatifs promeuvent la PPS et le renforcement des CPS chez les enfants et les adolescents. C'est le cas depuis 2016, de la loi de modernisation du système de santé (loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016) (Ministère des Solidarités et de la Santé-France, 2017), qui prévoit le renforcement de la PPS et ouvre la voie au renforcement des CPS chez les enfants et les adolescents à travers, d'une part, l'instauration du Parcours Educatif de Santé (PES) (Ministère des Solidarités et de la Santé-France, 2016) et d'autre part, le Projet Territorial de Santé Mentale (PTSM). Le PES vise le renforcement de l'éducation à la santé à l'école, en développant les compétences des enfants à travers le socle commun de connaissances, de compétences et de culture ; et le PTSM se construit autour de six priorités dont la sixième prévoit des « actions visant le renforcement des CPS de la population » (Ministère des solidarités et de la Santé-France, 2018).

Les programmes de PPS, dont les programmes de développement des CPS en milieu scolaire, sont souvent qualifiés de programmes complexes (IREPS Auvergne-Rhône-Alpes, 2018), c'est-à-dire « *un système qui s'adapte aux changements dans son environnement local, est composé d'autres systèmes complexes et se comporte de manière non linéaire.* » (Shiell, Hawe, Gold, 2008). Lors du transfert d'un programme complexe dans d'autres contextes, il existe un dilemme entre sa standardisation et son adaptation au contexte dans lequel il s'implante (le contexte pouvant être défini comme « *les caractéristiques du lieu dans lequel l'intervention s'implémente, de ses parties prenantes et des réseaux reliant ces différentes parties prenantes, de temporalité et d'histoire, ainsi que d'autres éléments structurels (politique, institutionnel, organisationnel, culturel, etc.)* ») (Hawe, Shiell, Riley, 2009). En d'autres termes, la transférabilité du programme, c'est-à-dire « *la mesure dans laquelle les effets d'une intervention dans un contexte donné peuvent être observés dans un autre contexte* » (Wang, Moss, Hiller, 2006), est questionnée. L'enjeu est de permettre l'adaptation de la forme du programme tout en en préservant le fond, c'est-à-dire ce qui est indispensable pour qu'il produise les effets attendus. Ainsi, Hawe introduit la notion de fonctions-clés qui constituent « *les aspects fixes de l'intervention, ses fonctions essentielles* » (Hawe, Shiell, Riley, 2004) dans le processus de changement visé par l'intervention en opposition à « *l'aspect variable de l'intervention qui est sa forme dans des contextes différents.* »

Dans le cadre du déploiement, en région Sud (PACA), d'un programme de développement des CPS en milieu scolaire, le PROgramme de Développement Affectif et Social (PRODAS), une étude de sa transférabilité a été réalisée à la demande de l'Agence Régionale de Santé (ARS), dans les départements des Bouches-du-Rhône (13) et du Vaucluse (84). En s'appuyant sur le PRODAS, programme prototypique, les travaux menés visaient à apporter des éléments concernant les composantes clés servant plus largement l'implémentation et la transférabilité des programmes de développement des CPS en milieu scolaire, ainsi que les enjeux sous-tendant leur mise en œuvre. L'objectif de cet article n'était donc pas la démonstration d'efficacité du PRODAS, des données existant par ailleurs sur l'efficacité de ce programme (Tardy, Roth, Daguzan, Sambuc, Lagouanelle-Simeoni, 2021¹). L'article se situait plutôt dans une démarche d'analyse d'implantation (Brousselle, Champagne, Contandriopoulos, 2006 ; Durlak & DuPre, 2008) visant à spécifier les facteurs qui fondent l'intégrité du programme et l'optimisation de ses effets (dans ce cadre, l'étude des effets du programme constituait une étape à l'identification des fonctions-clés). Peu d'études documentent aujourd'hui de manière concrète la transférabilité des programmes de PPS, alors que cela représente un intérêt, en

particulier pour les professionnels engagés dans l'implantation et le déploiement de ces programmes. En effet, la mise à disposition de données interventionnelles, va dans le sens de combler l'écart important qui existe aujourd'hui entre les données scientifiques et les pratiques professionnelles (Lambooy & Smeding, 2021). Les travaux présentés ici permettent d'exposer et d'illustrer les étapes de réflexion d'une démarche de transférabilité, à partir d'une mise en œuvre spécifique.

L'objectif de cet article était de présenter cette étude exploratoire. Il s'agissait :

- 8- d'identifier les effets du PRODAS perçus par les acteurs
- 9- d'en dégager les fonctions-clés du programme
- 10- de transmettre aux acteurs de terrain des éléments utiles à son implantation et de contribuer à enrichir la littérature relative à l'étude de la transférabilité des programmes de PPS en milieu scolaire

Encadré n°1

Le PRODAS est un des programmes initialement développés aux Etats-Unis, qui s'inscrit dans une démarche de PPS à l'école et plus spécifiquement de prévention précoce en santé mentale, en permettant le renforcement des CPS dès le plus jeune âge. En effet, le PRODAS est à ce jour l'un des seuls programmes de ce type, en France, s'adressant à des enfants à partir de 4 ans. Il figure dans le Répertoire des interventions probantes ou prometteuses de Santé Publique France (Santé Publique France, 2019). Ce programme a pour objectif de favoriser le bien-être des enfants à l'école et leur estime de soi, en développant les CPS des enfants lors des séances, ainsi que les CPS des enseignants lors des formations et des séances d'accompagnement à la mise en œuvre du programme. Il est porté par le Planning Familial des Bouches-du-Rhône depuis 2005, dans des écoles maternelles et élémentaires de Marseille et déployé dans différentes régions : Sud Provence-Alpes-Côtes-d 'Azur (PACA), Occitanie, Isère et Ardèche, via la même association, auprès d'enfants ou d'adolescents. A Marseille, les séances ont lieu sur une douzaine d'écoles situées en quartiers socio économiquement vulnérables, de la moyenne section de maternelle à la fin de l'école élémentaire. Le programme est également expérimenté en lycée professionnel depuis 2018.

Le cercle de parole est l'outil principal du programme, complété par des activités pédagogiques qui ont été construites, sélectionnées et testées en fonction de l'âge des participants, avant d'être

intégrées aux différents guides de l'animateur sous forme de programmes proposant, à l'origine, une séance quotidienne. A Marseille, la mise en œuvre des séances se fait de façon hebdomadaire. Le Planning Familial des Bouches-du-Rhône a créé un Espace de Ressources Numériques (ERN) à destination des équipes enseignantes formées à l'animation du programme, qui regroupe les aspects organisationnels en lien avec sa mise en œuvre, les aspects théoriques transmis lors de la formation, les thèmes de cercle de parole ainsi que les activités pédagogiques issus des manuels d'origine et quelques activités supplémentaires, créées à partir de 2005. La méthode s'appuie fortement sur le savoir-être des enseignants, pour établir la communication avec les enfants ou les adolescents, les aider à formuler leur ressenti de manière bienveillante et non intrusive, et animer le cercle de parole qui est intégré aux heures de classe.

METHODE

Pour identifier les effets du programme perçus par les acteurs et dégager les fonctions-clés du programme, un guide d'entretien (Tableau 1) a été élaboré sur la base d'une recherche documentaire et une série d'entretiens a été réalisée avec des acteurs engagés dans la mise en œuvre du PRODAS dans les Bouches-du-Rhône et le Vaucluse.

Recherche documentaire en vue de l'élaboration du guide d'entretien

Elle visait à recenser les recommandations existantes sur la qualité et la mise en œuvre des programmes de Développement Affectif et Social (DAS) et CPS des enfants en milieu scolaire.

Dans un premier temps, ont été recherchés tous les documents synthétisant des recommandations sur la qualité et la mise en œuvre des programmes de développement affectif et social et CPS des enfants, décrivant les caractéristiques et conditions d'implantation de programmes. Différentes bases de données ont été interrogées (Base de Données en Santé Publique (BDSP), PubMed, Cairn, Science Direct et Google Scholar), en combinant les groupes de mots clés suivants, en français : programmes ; développement affectif et social ou compétences psychosociales ; enfants ou adolescents ; mise en œuvre ou implantation ou transférabilité ou milieu scolaire ; et en anglais : programmes ; emotional and social development or life skills ; children or adolescents ; implementation or transferability or school setting.

Ont été sélectionnés les documents publiés entre 2000 et 2018, en langue française ou anglaise.

Sept documents ont été recensés : cinq étaient spécifiques de programmes de développement des CPS (Institut Pacifique, 2009 ; CIRCM, 2003 ; GEMMS, 2005 ; Lamboy, 2017 ; Barry & Dowling, 2015) ; et deux concernaient plus généralement les programmes de promotion de la santé (Durlak & DuPre, 2008 ; Cambon, Minary, Ridde et al. 2014).

L'analyse des documents a été menée en recourant à une méthode de triangulation des chercheurs afin de limiter les biais d'analyse. Trois des chercheurs (deux issus du champ de la santé publique et un de la psychologie sociale de la santé) ont lu tous les documents sélectionnés afin d'identifier les critères de qualité des programmes de développement affectif et social et CPS et les recommandations concernant la mise en œuvre de ces programmes.

Puis, un travail de confrontation des résultats de chacun, suivi d'une synthèse des critères repérés dans la littérature, a été opéré par les trois auteurs. La synthèse des critères a permis d'élaborer le guide d'entretien qui a été utilisé à l'étape suivante.

Entretiens avec les acteurs

Des entretiens semi-directifs (individuels ou de groupes) ont ainsi été conduits, en s'appuyant sur le guide d'entretien préalablement élaboré. Leur objectif était de mettre à jour les fonctions-clés du PRODAS au regard des effets du programme perçus par les acteurs (après vérification de la cohérence de ces effets avec ceux figurant dans la littérature) ainsi que de documenter ses modalités d'implantation sur deux départements de la région Sud (PACA), le Vaucluse et les Bouches-du-Rhône.

Les personnes interrogées devaient représenter la diversité des acteurs impliqués dans la mise en œuvre du PRODAS dans les deux départements : d'une part les acteurs de terrain du PRODAS (les équipes éducatives composées des enseignants des écoles PRODAS et les animateurs du Planning Familial) ; d'autre part les acteurs institutionnels, ayant une implication dans le pilotage du PRODAS (représentants de l'Agence Régionale de Santé, des Contrats et Politique des villes, de l'Education Nationale et des directeurs et coordinateurs du Planning Familial).

Au total, huit entretiens ont été réalisés, dont trois entretiens individuels et cinq entretiens de groupe, permettant d'obtenir la saturation de l'information. Ils ont réuni entre une et dix personnes. Dix-huit enseignants, dix représentants institutionnels, et dix professionnels des Plannings Familiaux ont été interrogés. Ces entretiens ont duré entre trois et cinq heures, en une à deux rencontres.

Les entretiens ont été enregistrés, intégralement retranscrits et analysés en utilisant l'analyse thématique séquencée (Paillé & Mucchielli, 2012). Chaque corpus a été analysé à l'aide d'un double codage par deux couples de chercheurs constitué chacun d'un chercheur en santé publique et d'un chercheur en psychologie sociale de la santé. Une grille d'analyse des entretiens a progressivement été élaborée, discutée et révisée, en vérifiant l'accord des codeurs sur la structuration des thèmes et sous-thèmes, assurant ainsi la validité des analyses produites (Restivo & Apostolidis, 2019). Les quatre chercheurs se sont ensuite réunis pour homogénéiser, reformuler, et réorganiser l'architecture thématique, s'accordant sur les catégories générées, s'assurant d'une inférence faible pour tendre vers l'objectivité et rester fidèle au discours des acteurs, et vérifiant la fidélité (c'est-à-dire la stabilité) des résultats. L'analyse a systématiquement distingué, d'une part, les éléments évoqués par les acteurs de Marseille de ceux du Vaucluse, d'autre part les éléments évoqués par les acteurs institutionnels de ceux des acteurs de terrain, et enfin les éléments évoqués concernant les effets du programme de ceux relevant des fonctions-clés. Pour ces dernières, les sous-thèmes ont été classés en éléments clés ou secondaires, en fonction de leur fréquence d'évocation. Enfin, ont été identifiés des clusters, c'est-à-dire des catégories thématiques rassemblant les éléments clés (forte fréquence d'évocation) et les éléments secondaires, correspondant à une même fonction du programme. Les clusters les plus homogènes, fidèles et pertinents d'un point de vue de l'analyse qualitative ont constitué les fonctions-clés du programme.

Ces fonctions-clés ont par la suite été classées en différentes catégories, selon qu'elles étaient davantage en lien avec les caractéristiques du programme, son implémentation ou son contexte de mise œuvre, ou bien avec plusieurs de ces éléments à la fois. Les caractéristiques du programme étaient décrites comme des attributs constitutifs de celui-ci, en termes d'objectifs, fondements théoriques, public(s) cible(s), tranche d'âge du ou des public(s) cible(s), durée/fréquence et contenu des séances, durée de l'intervention, compétences requises par les professionnels qui mettent en œuvre le programme, etc. L'implémentation correspondait au processus par lequel les fonctions clés d'une intervention sont mises en œuvre sous la forme d'activités concrètes. Ces activités étaient spécifiques du contexte et constituaient la « forme » de l'intervention (Villeval, Bidault, Shoveller, Alias., Basson, Frasse et al., 2016).

Les effets perçus du programme ont été regroupés selon qu'il s'agissait d'effets perçus chez les enfants, chez les enseignants, chez les parents, au niveau de la Direction d'école ou au niveau du climat scolaire.

RESULTATS

Effets perçus par les acteurs (Tableau 2)

Lors des entretiens, les acteurs ont rapporté qu'ils percevaient des effets du programme à différents niveaux : les enfants, l'ambiance de classe, les enseignants et les parents.

Les effets perçus concernant les enfants étaient de l'ordre des compétences émotionnelles (meilleure conscience d'eux-mêmes), sociales (meilleure écoute et expression des émotions, empathie, meilleures capacités à s'affirmer et résistance à la pression des pairs, meilleure gestion des conflits, etc.) et cognitives (meilleures capacités d'auto-évaluation, enrichissement du vocabulaire (en particulier des émotions), meilleures dispositions pour apprendre). Le type d'effets rapporté par les acteurs de chacun des deux départements ne présentait pas de différence notable, excepté en ce qui concerne l'amélioration du comportement des enfants en difficultés (capacités de concentration) pendant le temps des séances, relevé uniquement dans le Vaucluse.

Les effets perçus concernant l'ambiance de classe se traduisaient par un apaisement et une détente. Ces effets se retrouvaient dans les deux départements.

Les effets perçus concernant les enseignants étaient de l'ordre des compétences émotionnelles (meilleure conscience de soi, meilleur développement affectif) et sociales (regard plus positif sur les enfants, meilleures capacités de gestion des conflits, plus d'écoute, d'empathie et de bienveillance dans les relations) et des compétences professionnelles (analyse et recul sur sa posture éducative, davantage de souplesse, d'adaptation et de détente dans les pratiques professionnelles, prise en compte des élèves en tant qu'individus/ouverture à une relation plus humaine avec les élèves, meilleure prise en compte de leurs ressentis et besoins, mise en place de pédagogies alternatives, changement de positionnement vis-à-vis de la sanction : plus de réparation et moins de punition ; meilleures capacités pour favoriser les apprentissages des élèves, réinvestissement de la posture d'écoute avec les parents et amélioration des relations avec eux). Le type d'effets rapporté par les acteurs des deux départements ne présentait pas de différence notable, excepté pour la Direction d'école, dont les relations avec les familles étaient perçues comme facilitées dans les Bouches-du-Rhône.

Les effets perçus concernant les parents étaient de nature relationnelle. Dans les Bouches-du-Rhône, ces effets étaient décrits en termes de changement de regard sur leurs relations avec

leurs enfants et avec les enseignants, tandis que dans le Vaucluse, ils étaient décrits en termes d'amélioration des compétences d'écoute envers leurs enfants.

Fonctions-clés repérées dans le discours des différents acteurs (Tableau 3)

Au total, quatorze fonctions-clés ont été identifiées en lien avec les caractéristiques du programme, son implémentation et/ou son contexte de mise œuvre :

En lien avec le contexte de mise en œuvre, une fonction-clé a été trouvée : programme répondant à des besoins et des problématiques identifiés par les équipes enseignantes.

Les quatre fonctions-clés en lien avec l'implémentation du programme comprenaient : compréhension initiale du programme par les équipes éducatives ; réinvestissement par les enseignants du savoir-être et du savoir-faire, propres au programme, au sein de la vie scolaire ; participation de l'ensemble de l'équipe éducative (direction et enseignants) ; harmonisation, mutualisation des pratiques et intérêt d'avoir différents temps d'échange en équipe.

En lien avec les caractéristiques du programme, deux fonctions-clés ont été retrouvées : fondements théoriques humanistes clairement identifiés par les acteurs (Approche Centrée sur la Personne (ACP) - Carl Rogers (Rogers, 1970)) ; transmission aux enseignants du savoir-être nécessaire à l'animation du programme par l'expérience d'une posture bienveillante (ACP) avec l'intervenant.

Deux fonctions-clés étaient en lien, à la fois, avec le contexte de mise en œuvre et son implémentation : prise en considération des caractéristiques sociales, socio-éducatives du site d'implantation ; engagement des équipes enseignantes.

Cinq autres fonctions-clés étaient en lien, à la fois, avec les caractéristiques et l'implémentation du programme : programme débuté précocement dans le développement de l'enfant ; mise en œuvre régulière et pérenne du programme ; programme qui vise l'autonomisation des enseignants ; évolution globale des enseignants en termes de pratiques (techniques d'animation, posture d'écoute, utilisation des outils du programme, prise en compte des émotions), positionnement (regard positif et soutenant sur les enfants, prise en compte globale de l'enfant) et rôle (dans le développement affectif et social de l'enfant) ; fidélité aux outils du programme (cercles de parole et activités pédagogiques) en complément de la posture d'écoute bienveillante des enseignants.

Concernant la forme que prenaient ces fonctions-clés sur les deux sites d'implémentation du programme étudiés, celle-ci était stable dans la majorité des fonctions-clés. Néanmoins, trois fonctions-clés s'illustraient par des formes assez variables d'un site à l'autre.

La fonction-clé « Prise en considération des caractéristiques sociales, socio-éducatives du site d'implantation », s'illustre dans les Bouches-du-Rhône et le Vaucluse, à la fois par l'engagement des structures relais (Planning Familial) envers un ensemble commun de critères concernant le choix des écoles et par l'usage d'un document formalisé concernant ces critères (écoles en Réseau d'Education Prioritaire (REP) ou Réseau d'Education Prioritaire renforcé (REP+) c'est-à-dire écoles situées sur les territoires qui rencontrent les plus grandes difficultés sociales, projet d'école, volontariat, sentiment d'appartenance et absence de conflit dans l'équipe, qualité de la relation entre Direction et équipe, soutien de la Direction, coordonnatrice REP et Inspecteur de l'Education Nationale (IEN) sur la circonscription, petites équipes stables, équipes déjà sensibilisées aux pédagogies alternatives). Toutefois, dans le Vaucluse, l'intégration du programme dans le projet d'école était moins systématique que dans les Bouches-du-Rhône.

La fonction-clé « Transmission aux enseignants du savoir-être nécessaire à l'animation du programme par l'expérience d'une posture bienveillante (ACP) avec l'intervenant » s'illustre sur les deux sites par la formation des formateurs du Planning Familial à l'Approche Centrée sur la Personne (ACP) telle que définie par C. Rogers (empathie, congruence, regard positif inconditionnel), la transmission aux enseignants de cette posture et attention portée à l'expression des ressentis, pensées, comportements des enfants et la transmission aux enseignants des compétences d'animation des outils du programme (cercles de parole et activités pédagogiques). En revanche, là où dans les Bouches-du-Rhône les équipes enseignantes pouvaient bénéficier d'une formation initiale en 4.5 jours et d'un accompagnement individuel la première année, dans le Vaucluse les équipes enseignantes ne bénéficiaient pas de la formation initiale et, à défaut, l'accompagnement individuel se poursuivait sur 2 à 3 années.

De la même façon, la fonction-clé « Evolution globale des enseignants en termes de pratiques (techniques d'animation, posture d'écoute, utilisation des outils du programme, prise en compte des émotions), positionnement (regard positif et soutenant sur les enfants, prise en compte globale de l'enfant) et rôle (dans le développement affectif et social de l'enfant) » s'illustre sur les deux sites par l'enrichissement des pratiques enseignantes du fait d'une approche socio-

éducative nouvelle des porteurs de projet (Planning Familial) et par l'expérience d'une pratique réflexive. Cependant, comme dans la fonction-clé précédente, les équipes enseignantes du Vaucluse ne bénéficiant pas d'une formation initiale en 4.5 jours la première année, les modalités d'accompagnement prolongé sur 2 à 3 années constituaient une forme différente de la fonction-clé.

ELEMENTS DE DISCUSSION

Ce travail constitue un apport à la littérature, qui reste pauvre, au sujet des fonctions-clés des programmes de développement des CPS en milieu scolaire. Enrichir la littérature existante constitue donc un enjeu essentiel, afin de comprendre comment ces programmes fonctionnent et produisent leurs effets, et comment ils peuvent être transférés de manière pertinente. De plus, les exemples de mise en œuvre de méthodologies pour faire émerger ces fonctions-clés sont peu présents dans la littérature, qui reste très théorique dans ce domaine. Cela constitue un autre intérêt de ce travail. Cet article, en s'intéressant à un programme de développement des CPS en particulier, donne des éléments concrets de réflexion qui peuvent servir aux acteurs de terrain pour implanter et déployer des programmes de développement des CPS en milieu scolaire.

Une limite de ce travail est que la démarche devrait être complétée par une dernière étape permettant de clôturer ce cycle. Elle consisterait à présenter les éléments qui figurent dans cet article aux acteurs de la mise en œuvre du programme et voir dans quelle mesure ils les valident ou les amendent. Par ailleurs, ce processus peut être envisagé comme récurrent, avec plusieurs cycles successifs, au fur et à mesure de l'évolution des contextes.

Concernant les fonctions-clés, la démarche utilisée dans cet article pour étudier la transférabilité, était spécifique, dans la mesure où, à la différence d'autres démarches francophones qui ont permis d'obtenir des modèles ou des outils pour transférer tous types d'interventions en PPS (Cambon, Minary, Ridde et al. 2014 ; Villeval, 2015), celle-ci a permis d'élaborer une grille d'analyse des critères-candidats aux fonctions-clés favorisant le transfert de programmes de PPS, spécifiques au développement des CPS en milieu scolaire. Au-delà du PRODAS, cette grille est donc potentiellement réutilisable pour identifier les éléments clés à transférer dans d'autres programmes de PPS en milieu scolaire, ce qui constitue un enjeu majeur. En effet, des travaux scientifiques (Whole School, Whole Community, Whole Child, 2014) montrent que l'école constitue un environnement susceptible de favoriser la santé des

élèves et, qu'être en bonne santé est une des conditions de la réussite scolaire. Ces travaux confortent également l'intérêt de développer la PPS en milieu scolaire, pour favoriser la réussite scolaire et la santé des élèves. En cela, le développement des CPS constitue un déterminant à plus long terme de leur santé mentale et sociale, ce qui représente un enjeu de taille particulièrement souligné par la crise sanitaire liée à la COVID-19. Néanmoins la littérature concernant la transférabilité des programmes de développement des CPS reste peu abondante.

Plusieurs fonctions-clés du PRODAS identifiées dans cette étude, se retrouvent de manière générique dans les écrits scientifiques (Lamboy, 2018 ; INCA, IReSP, EHESP, UIPES, ARS Picardie, 2017) et avaient été préalablement identifiés comme des critères-candidats aux fonctions-clés dans le guide d'entretien. C'est le cas, par exemple des fonctions-clés qui concernent le cadre théorique du programme, sa longueur et sa régularité, le type de participation de l'équipe enseignante ou encore les compétences pédagogiques qu'il nécessite. Plus particulièrement, ces écrits soulignent l'intérêt de débiter les programmes précocement dans le développement de l'enfant pour en optimiser les effets et les pérenniser, ce qui renforce l'intérêt d'un programme comme le PRODAS. Cette étude a permis de spécifier ces fonctions-clés dans le contexte de mise en œuvre de ce programme particulier et d'en préciser la forme, dans les deux sites étudiés.

Les entretiens ont également permis de mettre à jour des leviers à la mise en œuvre du programme et à son déploiement : Compatibilité du programme avec les missions de l'école, ses priorités et ses valeurs ; Soutien institutionnel au programme à tous les échelons ; Idée d'efforts conjoints de différentes politiques publiques pour améliorer la vie des habitants d'un territoire ; Rôle des Directions d'école. Des données de la littérature confirment ces résultats en montrant, par exemple, l'importance d'un environnement favorable, qui s'illustre par le soutien institutionnel et le soutien du chef d'établissement pour développer des programmes de PPS à l'école (Pommier, Guével, Jourdan, 2010).

Certaines formes prises par les fonctions-clés en fonction du site d'implantation, sont plus favorables à la production des effets, que d'autres. Par exemple, la formation des enseignants au PRODAS, sur le site où elle était mise en place (Bouches-du-Rhône), a permis d'assurer plus facilement les fonctions-clés suivantes : « Transmission aux enseignants du savoir-être nécessaire à l'animation du programme par l'expérience d'une posture bienveillante (ACP) avec l'intervenant » et « Evolution globale des enseignants en termes de pratiques positionnement et rôle ». Au contraire, sur le site où la formation n'était pas mise en œuvre,

cela a parfois pu entraîner une mauvaise compréhension des objectifs du programme par les équipes enseignantes et freiné leur autonomisation dans son animation. Ce résultat rejoint des données de la littérature internationale, qui montrent le rôle déterminant de la formation et de l'accompagnement des enseignants dans le développement des approches de PPS dans les écoles (Hamel, Blanchet, Martin, 2001 ; Ministère de l'éducation nationale et de la jeunesse-France, 2020). L'accès à la formation des enseignants constitue une stratégie pour influencer positivement les pratiques de PPS des enseignants et l'environnement de PPS dans les écoles, améliorer le bien-être des enfants et des enseignants à l'école, les relations entre les écoles et les familles, développer les connaissances, les attitudes et les compétences des enfants en matière de santé et éventuellement améliorer la santé sociale, émotionnelle et physique des enfants (WHO, 1993). Il semble donc essentiel que les acteurs de la PPS et de l'Education s'accordent pour mettre en place des temps de formation conséquents, sur les sites où ils font défaut.

L'identification des effets du programme perçus par les acteurs a été utilisée dans cette démarche pour permettre la mise à jour des fonctions-clés. Les effets du programme perçus par les acteurs en direction des enfants, du climat de classe, des enseignants et des parents étaient globalement cohérents entre les Bouches-du-Rhône et le Vaucluse. Ces effets perçus étaient également cohérents avec ceux retrouvés dans une revue de la littérature portant sur l'évaluation des effets du programme (Tardy, Roth, Daguzan, Sambuc, Lagouanelle-Simeoni, 2021) confortant, d'une part, la démarche choisie de mettre à jour les fonctions-clés à partir d'entretiens avec les acteurs et, d'autre part, le fait que les fonctions-clés identifiées conservent du sens lorsqu'on les confronte à la littérature. Toutefois, dans la littérature peu d'études portaient sur les compétences cognitives des élèves, leurs performances scolaires, leurs comportements ou leurs attitudes envers l'école et les pairs. Or, dans la présente étude les acteurs des deux départements ont souligné le lien direct perçu entre la prise en compte des ressentis des élèves et des apprentissages favorisés. Par ailleurs, les effets du programme sur les parents ne sont pas documentés dans la littérature, probablement parce que les parents ne constituent pas une cible directe du programme, alors que dans cette étude, les acteurs des deux départements y faisaient référence.

Les effets perçus par les acteurs étaient également cohérents avec ceux retrouvés dans la littérature concernant les programmes de développement des CPS. Il a été montré (Lambooy & Guillemont, 2014 ; INCA, IReSP, EHESP, UIPES, ARS Picardie, 2017) que les programmes de développement émotionnel et social en milieu scolaire produisent des améliorations

significatives sur les compétences émotionnelles et sociales ciblées, la confiance en soi, les attitudes vis-à-vis de soi-même, des autres et de l'école. Les effets se retrouvent également sur le comportement pro social des élèves, l'engagement des enfants par rapport à l'école et au niveau de leurs résultats scolaires, et la diminution des problèmes de conduite et d'intériorisation. Enfin, ces programmes réduisent également le développement de problèmes comme l'anxiété et la dépression, les troubles de comportement, la violence, l'intimidation ou le harcèlement, les conflits et la colère.

Les effets du programme portant sur les enseignants apparaissent, dans cet article, à la fois dans les effets perçus du programme par les acteurs et également dans les fonctions-clés du programme. Ceci s'explique par le fait qu'en fonction du niveau où l'on se situe dans la chaîne causale qui mène aux effets du programme, les changements que le programme favorise dans les pratiques, le positionnement et le rôle des enseignants peuvent être considérés tour à tour comme des effets du programme en soi, où comme des processus permettant, à terme, des effets chez les enfants (Shaw, Gray, Baker et al., 2018). Ceci constitue un résultat important à souligner puisque les effets des programmes de développement des CPS sont essentiellement rapportés sur les enfants, alors que leur pérennité dépend pour beaucoup de ceux qui peuvent être observés chez les enseignants.

Enfin, au-delà de l'identification des fonctions-clés dans le cadre de leur transférabilité, les programmes de développement des CPS en milieu scolaire s'ancrent, au sein des équipes enseignantes, sur une dynamique collective, identitaire et une vision particulière de l'école, de l'engagement et du rôle des enseignants dans l'éducation des enfants, au-delà des apprentissages fondamentaux distillés habituellement par l'école. De la même façon, le fait que le PRODAS soit porté par des dynamiques collectives au sein de l'Education Nationale et au sein d'une association comme le Planning Familial, montre l'importance de la dimension contextuelle, à travers les engagements sociaux et collectifs qui sous-tendent la mise en œuvre du programme. Par exemple, en 2005, le Planning Familial a reconnu dans le PRODAS, non seulement un programme répondant aux problèmes repérés lors du diagnostic de situation qu'il avait réalisé, mais aussi un programme dont les valeurs et les pratiques s'accordaient avec l'approche socio-éducative promue par l'association (Planning Familial 13, 2005).

CONCLUSION

Ce travail a permis de documenter concrètement l'étude de la transférabilité d'un programme de développement des CPS en milieu scolaire et de transmettre aux acteurs de terrain des éléments utiles à l'implantation du PRODAS. Ce travail a également permis d'élaborer une grille favorisant l'analyse de la transférabilité des programmes de développement des CPS en milieu scolaire et de relever l'intérêt de certaines formes prises par les fonctions-clés en fonction du site d'implantation, plus favorables à la production des effets. L'étude du PRODAS en particulier, a remis en avant le fait que la mise en œuvre précoce de ce type de programme est un garant de la production de leurs effets. Enfin, au-delà des aspects techniques liés à l'implémentation des programmes, des éléments contextuels de l'ordre de l'engagement social et collectif des acteurs, sous-tendent leur mise en œuvre régulière et pérenne, ainsi que la production de leurs effets.

REMERCIEMENTS

Les auteurs remercient les équipes du Planning familial, les équipes enseignantes et les acteurs institutionnels des Bouches-du -Rhône et du Vaucluse ayant participé aux entretiens, Hervé Meur (ARS PACA), Pierre Taudou et Danielle Degremond (Médecins conseillers techniques, Éducation nationale).

FINANCEMENT

Les auteurs tiennent à remercier pour son soutien financier l'Agence Régionale de Santé PACA (Fonds d'Intervention Régional, Convention C2019000302 et C2020000040).

REFERENCES

- BARRY, MM., et DOWLING K. Centre collaborateur OMS de recherche en promotion de la santé. (2015). Synthèse d'interventions probantes pour le développement des compétences psychosociales. *National University of Ireland Galway*
- BROUSSELLE, A., CHAMPAGNE, F., & CONTANDRIOPOULOS, A. P. (2006). Vers une réconciliation des théories et de la pratique de l'évaluation, perspectives d'avenir. *Mesure et évaluation en éducation*, 29(3), 57–73.

CAMBON, L., MINARY, L., RIDDE, V., et al. (2014). Un outil pour accompagner la transférabilité des interventions en promotion de la santé : ASTAIRE. *Santé Publique*, 26 (6): 783-786

CENTRE INTERNATIONAL DE RÉOLUTION DE CONFLITS ET DE MÉDIATION (CIRCM). (2003). *Guide d'implantation des programmes d'habiletés sociales et de résolution de conflits en milieu scolaire*. <http://www.preventionscolaire.ca/doc/implantation.pdf>

Consulté le 20/05/2020

CHAIRE DE RECHERCHE EN PRÉVENTION DES CANCERS INCA, IReSP, EHESP, UIPES, ARS PICARDIE. (2017). Synthèse d'interventions probantes pour le développement des compétences psychosociales: SIPrev (Stratégies d'interventions probantes en prévention). Rennes. https://sites.uclouvain.be/reso/opac_css/doc_num.php?explnum_id=10763

Consulté le 20/05/2020

DURLAK, J.A., DUPRE, E. P. (2008). Implementation Matters: A Review of Research on the Influence of Implementation on Program Outcomes and the Factors Affecting Implementation. *American Journal of Community Psychology*, 41(3-4):327-50. doi: 10.1007/s10464-008-9165-0

GROUPE D'ÉTUDE SUR LA MÉDIATION EN MILIEU SCOLAIRE (GEMMS). (2005). *Rapport d'analyse des processus pour les 3 années d'implantation du programme Vers le Pacifique du Centre International de Résolution de Conflits et de Médiation (CIRCM)-Analyse synthèse pour les 3 années de la mise en œuvre (2001-2004)*. https://institutpacifique.com/wp-content/uploads/2020/06/Rapport_EvaluationImplantationPrePri_2001-2004.pdf

Consulté le 21/05/2020

HAMEL, M., BLANCHET, L., MARTIN, C. (2001). Nous serons bien mieux ! Les déterminants de la santé et du bien-être des enfants d'âge scolaire. Québec: Publications du Québec. 302 pages.

HAWES, P., SHIELL, A., RILEY, T. (2004). Complex interventions: how “out of control” can

a randomised controlled trial be? *British Medical Journal*, 328(7455), 1561-1563.
[doi:10.1136/bmj.328.7455.1561](https://doi.org/10.1136/bmj.328.7455.1561)

HAWE, P., SHIELL, A., RILEY, T. (2009). Theorising interventions as events in systems. *American Journal of Community Psychology*, 43(3-4):267-76.

INSTITUT PACIFIQUE. (2009). *Recension des programmes d'intervention en milieu scolaire visant le mieux vivre ensemble : Qu'est-ce qui favorise leur efficacité et leur implantation ?* Rapport déposé au Conseil Canadien sur l'apprentissage. http://programme-allie.ca/pdf/doc_recens_progr-2009.pdf

Consulté le 22/05/2020

IREPS AUVERGNE-RHÔNE-ALPES. Définition et enjeux autour de la transférabilité des interventions en promotion de la santé : Quelques éléments de cadrage [Internet] 2018. [cité 2018 juil 15] Disponible sur : <http://ireps-ara.org/portail/portail.asp?idz=776>

LAMBOY, B., GUILLEMONT, J. (2014) "Développer les compétences psychosociales des enfants et des parents : pourquoi et comment ?" *Devenir* 26, 307-325.
<https://doi.org/10.3917/dev.144.0307>

LAMBOY, B. (2017). *Les ateliers CPS-Enfants Mindful, Manuel d'implantation*. AFEPS.
<https://www.afeps.org/wp-content/uploads/2017/03/Manuel-implantation-CPS-enfants-Lamboy-et-al.AFEPS-2017.pdf>

Consulté le 20/05/2020

LAMBOY, B. (2018). Implanter des interventions fondées sur les données probantes pour développer les compétences psychosociales des enfants et des parents : enjeux et méthodes. *Devenir*, 4(4), 357-375. <https://doi.org/10.3917/dev.184.0357>

LAMBOY, B., SMEDING, A. (2021) « Développer des interventions de prévention et de promotion de la santé fondées sur les données probantes : la Démarche Evaluation Action (DEVA) ». *Pratiques psychologiques*, <https://doi.org/10.1016/j.prps.2021.06.001>

MINISTERE DE L'ÉDUCATION NATIONALE ET DE LA JEUNESSE (France). (2020). Vademecum – L'école promotrice de santé. Edusanté. <https://www.promosante-idf.fr/sinformer/ressources-documentaires/lecole-promotrice-de-sante-vademecum-2020>

Consulté le 01/03/2020

MINISTERE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ (France). (2016). *Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé*. <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/loi-de-modernisation-de-notre-systeme-de-sante/>

Consulté le 13/02/2020.

MINISTERE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ (France). (2016). *Mise en place du parcours éducatif en santé pour tous les élèves*. circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2016/02/cir_40508.pdf

Consulté le 22/05/2020

MINISTERE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ (France). (2018). *Projet territorial de Santé Mentale*. <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/projet-territorial-de-sante-mentale/article/priorite-6>

Consulté le 13/02/2020

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS). (2013). *Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2020*. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/89969/9789242506020_fre.pdf;jsessionid=016AE9C4EB165EE00D523EDD20F8668C?sequence=1

Consulté le 13/02/2020

PAILLÉ, P., MUCCHIELLI, A. (2012). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris: Armand Colin. doi :10.3917/arco.paill.2012.01

PLANNING FAMILIAL 13. (2005). "Rapport d'activité 2005". https://www.leplanning13.org/wp-content/uploads/2018/10/pf13_ra2016.pdf

Consulté le 20/05/2020

POMMIER, J., GUÉVEL, M-R., JOURDAN, D. (2010). Evaluation of health promotion in schools: a realistic evaluation approach using mixed methods. *BMC Public Health*, 10:43.

RESTIVO, L., APOSTOLIDIS, T. (2019). Triangulating qualitative approaches within mixed methods designs: A theory-driven proposal based on a French research in social health psychology. *Qualitative research in psychology*, 16(3), 392-416.

ROGERS, C. (1970). La relation d'aide et la psychothérapie. Traduit par JP Ziglara, Editions Sociales Françaises, Paris, 1970.

SANTÉ PUBLIQUE FRANCE (2019). Répertoire des interventions efficaces ou prometteuses [Internet]. [cité 2019 déc 10] Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/a-propos/services/interventions-probantes-ou-prometteuses-en-prevention-et-promotion-de-la-sante/repertoire-des-interventions-efficaces-ou-prometteuses-en-prevention-et-promotion-de-la-sante>

SHAW, J., GRAY, C.S., BAKER, G.R., et al. (2018). Mechanisms, contexts and points of contention: operationalizing realist-informed research for complex health interventions. *BMC Medical Research Methodology*, 18, 178 (2018). doi:10.1186/s12874-018-0641-4

SHIELL, A., HAWE, P., & GOLD, L. (2008). Complex interventions or complex systems? Implications for health economic evaluation. *British Medical Journal (Clinical research edition)*, 336(7656), 1281–1283. Doi:10.1136/bmj.39569.510521.AD

TARDY, A., ROTH, B., DAGUZAN, A., SAMBUC, R., LAGOUANELLE-SIMEONI, M-C. (2021). Effets d'un programme de développement des compétences psychosociales en milieu scolaire : Le PROgramme de Dé-veloppement Affectif et Social (PRODAS) : Revue de la littérature. *Global Health Promotion*. May 2021. doi:10.1177/17579759211007456

VILLEVAL, M. (2015). Évaluation et transférabilité des interventions de réduction des inégalités sociales de santé : un programme de recherche interventionnelle [Thèse de doctorat]. France : Université Toulouse III (Paul Sabatier) ; 366 p.

VILLEVAL, M., BIDAULT, E., SHOVELLER, J., ALIAS, F., BASSON JC., FRASSE, C., et al. (2016). Enabling the transferability of complex interventions: exploring the combination of an intervention's key functions and implementation. *International Journal of Public Health*, 61(9):1031-8.

WANG, S., MOSS, JR., HILLER, JE. (2006) Applicability and transferability of interventions in evidence-based public health. *Health Promotion International*, 21:76-83.

WHOLE SCHOOL, WHOLE COMMUNITY, WHOLE CHILD. (2014). A Collaborative Approach to Learning and Health», ASCD & CDC.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). (1993). Life skills education in school. *Geneva: WHO*.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). (1997). Life skills education in school. *Genova: WHO*.

Tableau 1 : Catégories et critères du guide d'entretien

Catégorie de critères	Facteurs internes au programme nécessaires à la qualité de l'implantation								
Critères	Accessibilité du programme	Reconnaissance du programme par les équipes éducatives	Formation et accompagnement des intervenants qui mettront en place le programme	Modalités de suivi qui favorisent un engagement continu des équipes éducatives	Travail partenarial de confiance entre personnel de l'école et intervenants extérieurs	Equilibre entre les approches universelles et ciblées (programme qui s'adresse à tous les enfants mais mis en œuvre en direction de publics vulnérables)	Présence des éléments nécessaires au transfert sur un autre territoire	Qualité de la gestion de projet	Niveau de fidélité au contenu et au format des activités du programme
Catégorie de critères	Caractéristiques du programme visant le développement socio-affectif de l'enfant								
Critères	Durée et intensité du programme	Personnes susceptibles d'être touchées par le programme	Effets perçus du programme	Type de participation des élèves et type d'interactions entre les élèves et les adultes	Application du programme à l'ensemble de la vie scolaire	Compatibilité du programme avec les missions de l'école, ses priorités et ses valeurs	Fondements théoriques perçus comme solides	Interventions qui se concentrent sur le développement socio-affectif positif des enfants comme base de compétences pour de futures interventions de prévention ciblées sur certains risques (exemple la santé sexuelle)	Philosophie d'intervention axée sur l'importance des liens empathiques
Catégorie de critères	Facteurs externes qui favorisent ou freinent l'implantation du programme								
Critères	Caractéristiques des écoles qui influencent la mise en œuvre du programme		Soutien institutionnel au programme à tous les échelons		Idée d'efforts conjoints de différentes politiques publiques pour améliorer la vie des habitants d'un territoire		Modalités de suivi qui permettent une coordination entre acteurs institutionnels et opérationnels		Rôle des Directions d'école

Tableau 2 : Effets du PRODAS perçus par les différents acteurs

Acteurs de terrain et institutionnels des Bouches-du-Rhône : effets et exemples de verbatims choisis pour leur caractère illustratif	Acteurs de terrain et institutionnels du Vaucluse : Effets et exemples de verbatims choisis pour leur caractère illustratif
<p>Acquisition du vocabulaire des émotions</p> <p>Meilleures capacités d'auto-évaluation (forces et faiblesses) « <i>Moi j'ai l'impression que les élèves arrivent maintenant à parler de leurs réussites et de leurs forces. Ils arrivent aussi à reconnaître leurs faiblesses sans que ça les affecte plus que ça. Ils sont capables de décrire leurs forces et leurs faiblesses de manière objective</i> »</p> <p>Meilleure identification de ses émotions et de celles des autres, meilleure expression de ses propres émotions, et empathie « <i>Ils arrivent plus à parler de leurs émotions, je trouve qu'ils en parlent même très bien, qu'ils arrivent à reconnaître les émotions des autres. Ça a développé l'empathie, j'ai vu un changement depuis qu'on a commencé à appliquer le programme</i> »</p> <p>Relations filles-garçons améliorées</p> <p>Transfert des compétences développées à d'autres contextes « <i>Je m'en suis rendu compte parce que cette année on travaille avec une petite bibliothèque à côté de l'école et les dames travaillent sur les émotions dans cette bibliothèque-là. Et elles ont été étonnées de tout ce que les élèves pouvaient verbaliser avant même d'avoir commencé le travail, parce qu'elles ont demandé en arrivant comment ils se sentaient et y'en a qui ont dit : « Eh bien moi je suis inquiet, je ne sais pas ce que tu vas nous faire faire ». Ils lui ont dit de ces trucs et je me suis dit : « oui, ils restituent dans plein de situation ». Et le fait que ce soit un regard extérieur à l'école qui remarque cette richesse-là, je me suis dit : « ah bah oui, y'a vraiment un effet ». Parce qu'elle comparait à d'autres classes »</i></p>	<p>Enrichissement du vocabulaire</p> <p>Meilleure conscience d'eux-mêmes, meilleure expression des ressentis</p> <p>Bien-être favorisé</p> <p>Meilleures capacités à s'affirmer et résistance à la pression des pairs</p> <p>Liberté de parole entre enfants</p> <p>Meilleure gestion des conflits, moins de moqueries, plus d'écoute et de bienveillance « <i>Moi je trouve que c'est plus dans la gestion des conflits et dans le fait de parler entre eux (...), je trouvais que dans la classe il y avait une liberté de parole, le fait d'oser dire qu'il avait eu mal, qu'il avait été blessé, qu'il était triste. Voilà, c'était des mots qu'on entendait alors que je ne les entendais pas les autres années</i> »</p> <p>Plus de confiance envers l'enseignant</p> <p>Amélioration du comportement des enfants en difficulté pendant le temps des séances</p> <p>Meilleur respect des règles en dehors des séances</p> <p>Meilleures dispositions pour apprendre « <i>Ce sont des enfants dont on a pris en compte les affects et qui une fois qu'ils ont eu ce temps d'écoute et d'expression rentrent plus facilement dans les apprentissages</i> »</p>
<p>Climat de classe</p> <p>Apaisé « <i>Du coup l'ambiance de classe était meilleure et la capacité à enseigner devenait meilleure, non pas parce qu'on leur avait amené une pratique pédagogique, mais parce qu'on leur avait appris à gérer les émotions au sein de la classe</i> »</p>	<p>Plus détendu et agréable « <i>Bien plus détendu, peut-être parce que j'avais changé ma pratique aussi hein. Mais c'étaient des gamins qui étaient capables de faire des choix d'activités, de se mouvoir dans la classe</i> »</p>
<p>Enseignants</p> <p>Regard plus positif sur les enfants</p> <p>Meilleur Développement Affectif et Social (Conscience, Réalisation, Interaction Sociale), meilleure conscience de soi et identification des émotions</p> <p>Changement de posture professionnelle « <i>C'est utile dans la pratique de classe, dans la gestion de la classe, pas tant dans la manière d'enseigner parce que ça ils savent faire. Mais dans tous les « à côté », dans la classe, dans la récréation, dans la vie de l'école qui n'est pas en soi une pratique d'enseignement mais une pratique plus globale, tout ce qui se passe entre les enseignants et les enfants qui vient interférer dans l'enseignement et l'éducation : ça donne des outils, des manières d'être et des manières de faire pour gérer les conflits</i> »</p> <p>Changement de positionnement vis-à-vis de la sanction : plus de réparation et moins de punition</p> <p>Reconnaissance de l'élève comme un individu à part entière (avec des émotions) pas seulement comme un apprenant « <i>Finalemment c'est reconnaître l'élève comme un individu à part entière, qui sont des adultes en devenir, donc il faut les traiter comme tels, et non pas comme des robots qui doivent obéir à une directive</i> »</p> <p>Gestion des conflits améliorée</p> <p>Réinvestissement de la posture d'écoute avec les parents et amélioration des relations avec eux</p> <p>Meilleures capacités pour favoriser les apprentissages des élèves</p>	<p>Regard plus positif sur les enfants</p> <p>Analyse et recul sur sa posture éducative, davantage de souplesse, d'adaptation et de détente dans ses pratiques professionnelles</p> <p>Mise en place de pédagogies alternatives « <i>Alors dans ma relation aux élèves, je suis beaucoup plus détendue, du coup beaucoup plus à leur écoute et ce que je pensais être une perte de temps ne l'était pas. Parce qu'une fois que j'avais entendu qu'ils étaient fatigués, je m'adaptais et proposais autre chose. Alors que je serais allée à l'encontre. J'aurais fait ce que j'avais prévu. (...) Et donc j'ai mis en place des pôles qui sont beaucoup plus respectueux de chaque enfant, puisque c'est lui qui décide de son activité</i> »</p> <p>Prise en compte des élèves en tant qu'individus, ouverture à une relation plus humaine avec les élèves, meilleure prise en compte de leurs ressentis et besoins</p> <p>Meilleures capacités de gestion des conflits Plus d'écoute, d'empathie et de bienveillance dans les relations</p>
<p>Direction d'école</p> <p>Meilleures relations avec les familles « <i>Pour la direction de l'école, moi je n'avais pas particulièrement l'impression d'être en difficulté sur les relations avec les familles et pour autant ça a vraiment une valeur ajoutée d'avoir suivi cette formation : on voit vraiment les choses différemment. Et même d'en parler avec les parents, de présenter le programme de leur expliquer ce qu'on fait, qu'est-ce que ça apporte aux enfants</i> » « <i>Même sans avoir été formés, je trouve que ça change un petit peu leur regard sur les relations</i> »</p>	
<p>Parents</p> <p>Changement de regard sur les relations avec leurs enfants et avec les enseignants</p>	<p>Plus à l'écoute de leurs enfants « <i>Le fait d'être à l'écoute des émotions de leur enfant, en tous cas devant moi hein parce qu'à la maison je ne sais ce qui se passait. Mais en tous cas lorsque je rendais l'enfant à ses parents la première chose qu'il regardait c'était l'étiquette qu'il avait collé sur sa poitrine [avec son émotion]. Et donc ils savaient qu'on parlait de ça à l'école ce jour-là et que ce n'est pas un sujet ordinaire</i> »</p>

Tableau 3 : Fonctions-clés du PRODAS

<p>Fonction-clé Forme = Implémentation en fonction des contextes (BDR – Vaucluse)</p>
<p>Programme répondant à des besoins et des problématiques identifiés par les équipes enseignantes : BDR/Vaucluse : détresse lexicale, conflits/violence, manque d'habitude des enfants de verbaliser leurs ressentis, manque d'outils des enseignants ; PRODAS mis en œuvre exclusivement en QPV/REP+</p>
<p>Prise en considération des caractéristiques sociales, socio-éducatives du site d'implantation : BDR/Vaucluse : Engagement des structures relais (Planning Familial) envers un ensemble commun de critères concernant le choix des écoles (écoles en REP+ ou REP, projet d'école, volontariat, sentiment d'appartenance et absence de conflit dans l'équipe, qualité de la relation entre Direction et équipe, soutien de la Direction, coordonnatrice REP et Inspecteur de l'Education Nationale (IEN) sur la circonscription, petites équipes stables, équipes déjà sensibilisées aux pédagogies alternatives) ; Document formalisé concernant les critères d'entrée des écoles dans le dispositif Vaucluse : intégration du programme dans le projet d'école moins systématique</p>
<p>Compréhension initiale du programme par les équipes éducatives : BDR : Présentation en amont de la formation et de la mise en œuvre par le Planning Familial (PF), retours d'expérience entre collègues dans le cadre du projet d'école, formation non institutionnelle (facteur humain), accompagnements individuels, Espace de Ressources Numériques (ERN) Vaucluse : Présentation en amont de la mise en œuvre par le PF, retours d'expérience entre collègues de la même équipe, accompagnements individuels, ERN</p>
<p>Engagement des équipes enseignantes : BDR : besoins repérés par les équipes, cohésion d'équipe, formation et accompagnement progressifs de l'équipe entière, projet d'école, volontariat des équipes, séances d'analyse de la pratique, ERN, disponibilité du PF y compris après l'accompagnement individuel Vaucluse : besoins repérés par les équipes, cohésion d'équipe, accompagnement progressif de l'équipe, projet d'école, ERN, disponibilité du PF y compris après l'accompagnement individuel</p>
<p>Fondements théoriques humanistes clairement identifiés par les acteurs (Approche Centrée sur la Personne (ACP) - Carl Rogers) : BDR : présentation du programme lors de la rencontre avec les équipes enseignantes, formation en 4.5 jours des équipes, accompagnement individuel des enseignants en 15 séances lors de la première année de mise en œuvre du programme, analyses de la pratique Vaucluse : présentation du programme lors de la rencontre avec les équipes enseignantes, accompagnement individuel des enseignants sur deux à trois ans</p>
<p>Programme débuté précocement dans le développement de l'enfant : BDR/Vaucluse : programme débuté en Moyenne Section (MS) de maternelle ou en Cours Préparatoire (CP)</p>
<p>Transmission aux enseignants du savoir-être nécessaire à l'animation du programme par l'expérience d'une posture bienveillante (ACP) avec l'intervenant : BDR/Vaucluse : Formation des formateurs du PF à l'Approche Centrée sur la Personne (ACP) telle que définie par C. Rogers (empathie, congruence, regard positif inconditionnel), transmission aux enseignants de cette posture et attention portée à l'expression des ressentis, pensées, comportements des enfants ; Transmission aux enseignants des compétences d'animation des outils du programme (cercles de parole et activités pédagogiques) BDR : formation initiale en 4.5 jours et accompagnement individuel la première année Vaucluse : accompagnement individuel sur 2 à 3 années, sans formation initiale</p>
<p>Evolution globale des enseignants en termes de pratiques (techniques d'animation, posture d'écoute, utilisation des outils du programme, prise en compte des émotions), positionnement (regard positif et soutenant sur les enfants, prise en compte globale de l'enfant) et rôle (dans le développement affectif et social de l'enfant) : BDR/Vaucluse : Enrichissement des pratiques par une approche socio-éducative nouvelle des porteurs de projet ; Expérience d'une pratique réflexive BDR : formation en 4.5 jours et accompagnement individuel la première année Vaucluse : accompagnement individuel sur 2 à 3 années</p>
<p>Mise en œuvre régulière et pérenne du programme : BDR/Vaucluse : Projet d'école, séances hebdomadaires, programme pluriannuel, cohortes d'enfants ayant bénéficié du programme de la Moyenne Section de maternelle au Cours Moyen 2 (CM2)</p>
<p>Programme qui vise l'autonomisation des enseignants : BDR : accompagnement progressif à l'autonomisation, usage de l'ERN, des configurations de cercles de parole qui permettent aux formateurs-trices du PF de faire des retours aux enseignants Vaucluse : accompagnement progressif à l'autonomisation, usage de l'ERN, une pratique des cercles concentriques croissante pour permettre aux formateurs PF de faire des retours aux enseignants</p>
<p>Réinvestissement par les enseignants du savoir-être et du savoir-faire, propres au programme, au sein de la vie scolaire : BDR/Vaucluse : Réinvestissement du programme en classe, pendant et en dehors des séances (vivre-ensemble et apprentissages), dans la cour (gestion des conflits), avec les familles (lien de confiance), au sein de l'équipe éducative</p>
<p>Participation de l'ensemble de l'équipe éducative (direction et enseignants) : BDR/Vaucluse : Projet d'école</p>
<p>Harmonisation, mutualisation des pratiques et intérêt d'avoir différents temps d'échange en équipe : BDR/Vaucluse : Réflexion du PF autour du déploiement du programme ; Réflexion du PF autour de l'usage de l'ERN BDR : Formation des équipes relais, organisation de journées régionales, de séances d'analyse de la pratique</p>
<p>Fidélité aux outils du programme (cercles de parole et activités pédagogiques) en complément de la posture d'écoute bienveillante des enseignants : BDR/Vaucluse : mise en place des cercles de parole et activités pédagogiques issus du programme, permettant l'identification et l'expression des ressentis, pensées et comportements, usage de l'ERN</p>

3-3-Principaux résultats de l'article 3

- Concernant les effets perçus par les acteurs :

Les effets du programme perçus par les acteurs en direction des enfants, du climat de classe, des enseignants et des parents étaient cohérents dans les Bouches-du-Rhône et le Vaucluse.

Ces effets perçus par les acteurs étaient cohérents avec ceux retrouvés dans la littérature lors de l'évaluation du programme.

Les effets perçus par les acteurs étaient cohérents avec ceux retrouvés dans la littérature sur les programmes de développement des CPS.

- Concernant les fonctions-clés du programme :

Au total, quatorze fonctions-clés ont été identifiées en lien avec les caractéristiques du PRODAS, son implémentation et/ou son contexte de mise œuvre.

Concernant la forme que prenaient ces fonctions-clés sur les deux sites d'implémentation du programme étudiés, celle-ci était assez stable dans la majorité des fonctions-clés. Néanmoins, trois fonctions-clés s'illustraient par des formes assez variables d'un site à l'autre. Certaines formes prises par les fonctions-clés en fonction du site d'implantation, étaient plus favorables à la production des effets, que d'autres.

Plusieurs fonctions-clés du PRODAS identifiées dans cette étude, se retrouvent de manière générique dans les écrits scientifiques et avaient été préalablement identifiées comme des critères-candidats aux fonctions-clés dans le guide d'entretien (fonctions-clés qui concernent le cadre théorique du programme, sa longueur et sa régularité, l'âge auquel il débute, le type de participation de l'équipe enseignante ou encore les compétences pédagogiques qu'il nécessite).

Différents temps de restitution de ces travaux ont été réalisés avec les institutions engagées dans le financement de la mise en œuvre du PRODAS, l'Education Nationale et les équipes enseignantes ayant participé aux entretiens réalisés lors de la mission d'accompagnement à la transférabilité. Des séances d'analyse de la pratique avec les équipes du PF13 et 84 ont également été réalisées pour accompagner les équipes à l'appropriation de ces éléments et également favoriser par la suite, une transmission de ces éléments par les équipes du PF aux équipes enseignantes engagées dans la mise en œuvre du programme sur les différents territoires.

4-Théorie Du Programme (TDP)

Grâce aux résultats présentés dans les articles précédents, suffisamment d'éléments sont disponibles pour formaliser une théorie du programme, ce qui permet de construire un modèle, une conceptualisation, de ce qu'est le PRODAS. L'évaluation fondée sur la théorie du PRODAS permet d'apporter une compréhension, fine et partagée de ce programme, en suggérant une participation active des acteurs concernés par l'intervention, afin d'élaborer et co-construire une compréhension commune du programme, approfondir la compréhension des processus à l'œuvre dans son implantation et identifier les effets et les mécanismes en jeu, pour espérer améliorer le programme et accroître certains de ses effets. Cette connaissance du programme peut aussi permettre de disposer des éléments nécessaires pour transposer le programme dans les meilleures conditions possibles. La réflexion partagée s'est construite avec les différentes parties-prenantes du programme sur les deux sites d'implantation (BDR et Vaucluse) lors de différents Comités de pilotage, en s'appuyant sur l'ensemble des informations recueillies aux étapes de recherche précédentes (décrites dans les articles 1, 2, 3), à partir de plusieurs sources de données, certaines de ces données émanant de ces différents acteurs, d'autres de la littérature.

4-1- Méthodologie pour l'élaboration de la Théorie Du Programme (TDP)

Saavedra et al. (2016) (16) proposent une méthodologie précise pour élaborer une TDP. L'équipe de recherche s'est inspirée de cette méthodologie. Elle se déroule en trois phases :

Phase 1 : Recueil et synthèse des données

La première phase consiste à recueillir puis synthétiser les données dont nous disposons. Un vaste ensemble de données a pu être colligé par l'équipe de recherche lors des étapes précédentes.

L'ensemble des données recueillies se répartit en quatre grandes catégories :

Données recueillies	Lors des étapes 1, 2 et/ou 3 de la thèse
Documents sur le PRODAS, comme par exemple le manuel d'origine (81)	Étapes 1 et 2
Données recueillies par l'équipe de recherche sur le terrain grâce aux entretiens effectués dans le 13 et le 84 avec les acteurs de terrain (enseignants et PF) et institutionnels (politique de la ville, ARS, Education Nationale, ASV, Ville de Marseille, Conseil Régional)	Étapes 2 et 3
Revue de la littérature des différents travaux existants sur le PRODAS en France et à l'étranger (articles réalisés par l'équipe de recherche, mémoires de Master réalisés par deux étudiantes accueillies dans l'équipe) (15, 114, 115)	Étapes 1 et 2
Revue exploratoire d'éléments théoriques appartenant à des champs disciplinaires variés (sciences humaines, sciences médicales, sciences de l'éducation...) pouvant alimenter la théorie spécifique du PRODAS (notamment sur les CPS) (7, 77)	Étape 3

Phase 2 : Elaboration d'une théorie du programme

La seconde phase consiste à élaborer la théorie du programme PRODAS, comprenant quatre grandes composantes (historique, théorie du problème ou arbre à problème, théorie des processus ou fonctionnement, théorie des effets). Nous avons sélectionné, parmi les données recueillies, celles qui étaient les plus pertinentes pour l'élaboration de chaque composante de la théorie du programme : ainsi, les documents sur le PRODAS, comme par exemple le manuel d'origine ou les documents de présentation et bilans du Planning Familial ont contribué à construire les composantes Historique et Arbre à problème. Les données recueillies par l'équipe de recherche sur le terrain grâce aux entretiens effectués dans le 13, le 84 et avec des acteurs de la diffusion du programme au Québec et en Belgique a contribué à construire les composantes Historique, Fonctionnement du programme et Effets du programme. La revue de la littérature des différents travaux existants sur le PRODAS en France et à l'étranger (articles réalisés par l'équipe de recherche, mémoires de Master réalisés par deux étudiantes accueillies dans l'équipe de recherche) a permis de construire les composantes Fonctionnement et Effets du

programme. La revue exploratoire d'éléments théoriques appartenant à des champs disciplinaires variés (sciences humaines, sciences médicales, sciences de l'éducation...) a permis de contribuer à construire les composantes Arbre à problème et Effets du programme. L'ensemble de ces éléments nous a permis de formaliser une première version de la théorie du programme présentée et validée par les différentes parties prenantes de la mise en œuvre du programme, lors de deux Comités de pilotage.

Phase 3 : Redéfinition de la TDP

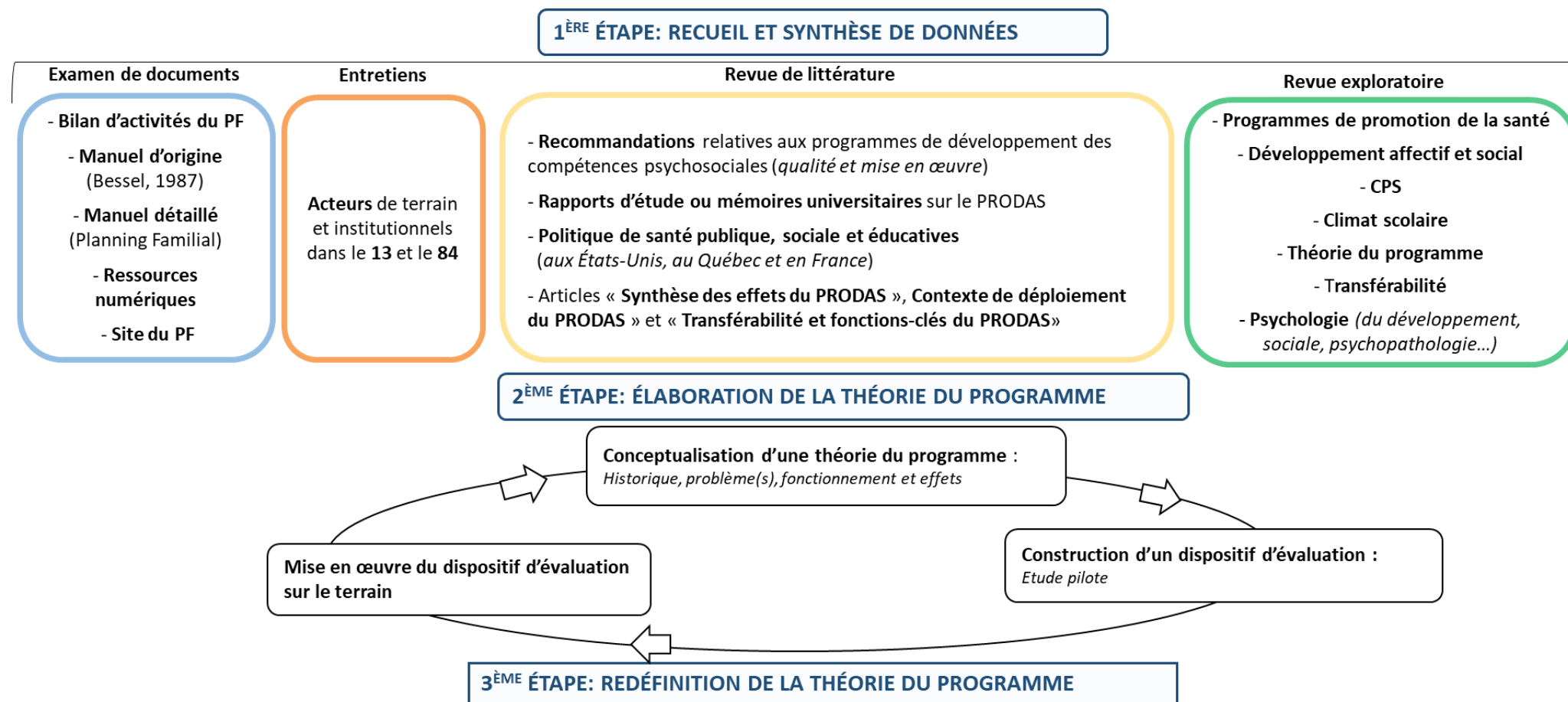
La méthodologie de construction d'une TDP est cyclique, itérative. La théorie du programme est dépendante du contexte et de ses changements, elle est donc en constante évolution. Elle implique de constants allers retours entre le terrain, la théorie et la littérature scientifique pour évaluer et comprendre comment le programme fonctionne, avec qui et dans quelles circonstances. Ce processus itératif permet d'affiner tout au long de l'évaluation la compréhension de la TDP et ainsi la redéfinir, jusqu'à ce que les chercheurs et les acteurs de terrain choisissent d'interrompre ce cycle.

En suivant le cycle de l'élaboration de la TDP, après une première ébauche, le but serait de vérifier si celle-ci correspond à ce qui se passe véritablement sur le terrain lorsque l'intervention est mise en pratique ou de compléter les parties où des informations pourraient faire défaut ou d'ajuster au besoin la Théorie.

Les résultats présentés dans cette thèse portent sur les deux premières phases de cette méthodologie. Ils représentent une première ébauche de ce travail d'élaboration de la TDP, encore en construction.

La **figure 3** ci-dessous synthétise la méthodologie utilisée pour établir la TDP du PRODAS

Figure 3 : Méthodologie utilisée pour établir la TDP du PRODAS



D'après les travaux de Saavedra et al. (2016) (16), la théorie du programme se répartit en quatre composantes essentielles : l'histoire du programme, l'étude du problème auquel le programme est censé répondre, le fonctionnement au cœur du programme et enfin les effets produits.

4-2- Historique du PRODAS (figures 4 et 5)

Cet historique a été élaboré à partir des données recueillies pour la réalisation de l'article 2 *Contextual influences in the rollout of a social and emotional development programme* de cette thèse.

Figure 4. Historique du PRODAS : De la première expérimentation jusqu'à l'arrivée du PRODAS en France en 2005

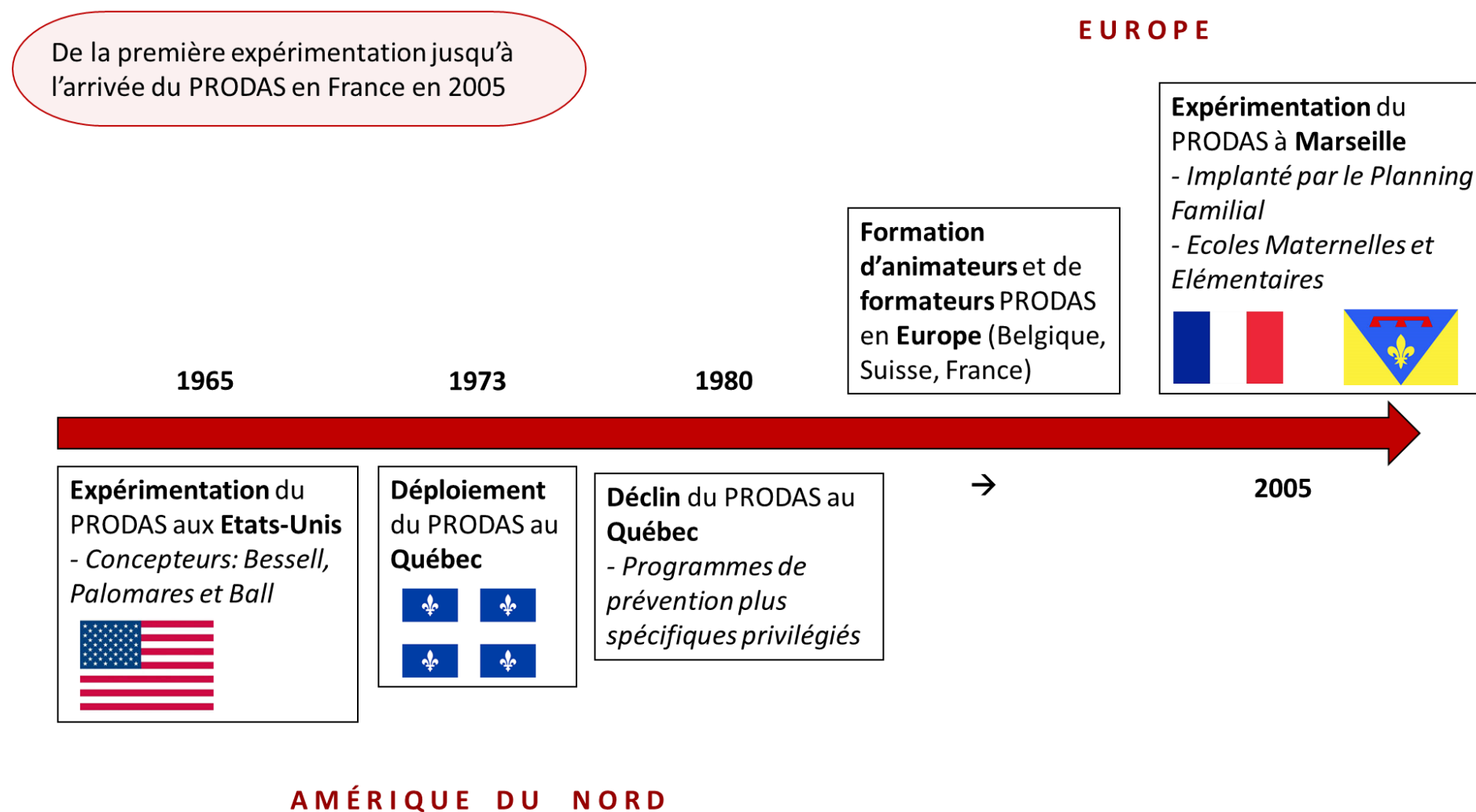
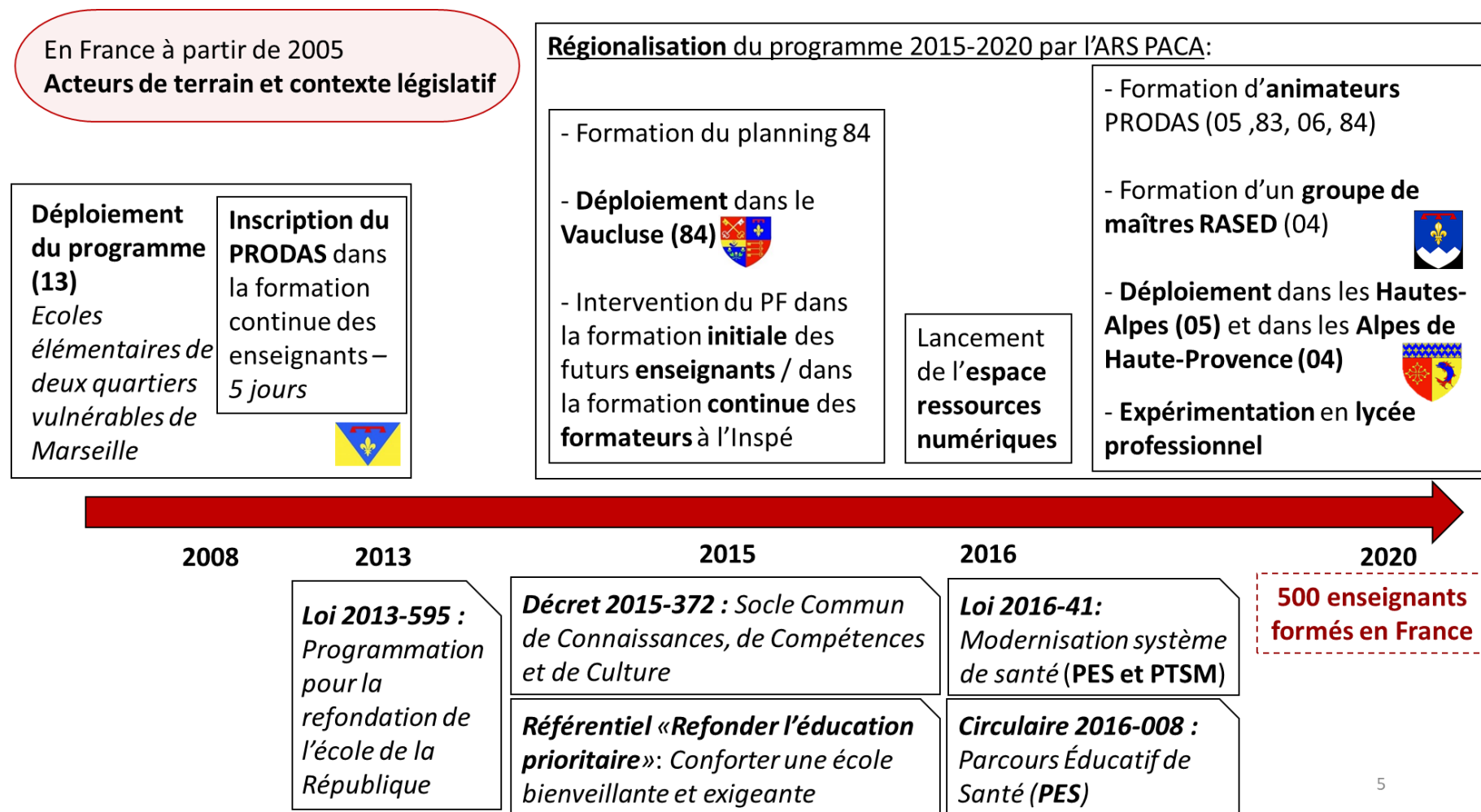


Figure 5 : En France à partir de 2005 : L'implantation et le déploiement du programme en région PACA et le contexte législatif français



De la première expérimentation jusqu'à l'arrivée du PRODAS en France en 2005 (figure 4)

Le PRODAS est né aux Etats-Unis en 1965. Il a rapidement été exporté au Canada, et plus spécifiquement au Québec où il a connu un fort déploiement lorsque le Ministère de l'Éducation québécois a décrété l'intérêt de proposer des temps dédiés pour favoriser le développement personnel et social des enfants en classe. Dans les années 80, il a débuté son déclin car le Ministère a décrété que le développement personnel et social ne devait plus faire l'objet de temps spécifiques. Des programmes plus spécifiques et moins universels ont ainsi été privilégiés (programmes de prévention des violences comme Vers le Pacifique par exemple). En France, le PRODAS a été expérimenté pour la première fois à Marseille, en 2005, par le PF13 en partenariat avec l'Education Nationale, sur le temps scolaire, en écoles maternelles et élémentaires.

En France à partir de 2005 : L'implantation et le déploiement du programme en région PACA et le contexte législatif français (figure 5)

C'est sur deux écoles de deux quartiers vulnérables de Marseille, que le PRODAS a débuté son déploiement en France, en 2005. Dans les années qui ont suivi, il a été implanté dans plusieurs autres écoles QPV (Quartiers Politique de la Ville) /REP+ (Réseau d'Education Prioritaire renforcé) des quartiers Nord et de St Mauront Belle de Mai. En 2007, la formation au PRODAS donnée par le PF13 a été inscrite dans le Plan Académique de Formation de l'EN. A partir de 2015, le programme a été déployé en région PACA : dans le Vaucluse d'abord, puis dans les Hautes-Alpes et plus récemment dans les Alpes de Haute-Provence. L'ensemble de ce déploiement a été complété par des interventions du PF pour les futurs enseignants mais aussi pour des formateurs à l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (Inspé). Au total, entre 2005 et 2020-2021, environ 2800 enfants ont été concernés, 350 enseignant-e-s formés/accompagnés dans 17 écoles en QPV/REP+ de Marseille. Dans le cadre de la régionalisation, environ 2050 enfants ont été concerné, 124 enseignants formés et accompagnés dans 16 écoles du Vaucluse. Des expérimentations en collège et en lycée ont également débuté. En parallèle, un certain nombre de lois et textes de références, ont fourni un cadre propice au déploiement d'un programme comme le PRODAS, comme par exemple la loi de 2013 de Programmation pour la refondation de l'école de la République (62) le Décret de 2015 sur le Socle Commun de Connaissances, de Compétences et de Culture (63) ou encore, au sein de la Loi de Santé de 2016 (101), le Parcours Educatif de Santé (64).

En France à partir de 2005 : Acteurs institutionnels et financement

En France, c'est dans le cadre du contrat de ville de Marseille en 2005 que l'expérimentation du programme par le Planning Familial 13 a d'abord été soutenue, en partenariat avec l'Education Nationale. Puis de nouveaux acteurs et financeurs se sont joints par la suite : Agence Régionale de Santé PACA, Ville de Marseille, Conseil Régional. Le financement par le Haut-Commissariat aux Solidarités Actives contre la pauvreté, d'une expérimentation sociale intégrant le PRODAS, a permis de déployer le programme sur plusieurs écoles des quartiers Nord et de St Mauront Belle de Mai, à partir de 2008. Soutenu par la volonté de l'ARS PACA de régionaliser le programme et par le financement qu'elle a octroyé au PF 13 en tant que pôle de compétences régional, le déploiement du PRODAS s'est poursuivi en 2015 dans le Vaucluse, puis plus récemment dans les Hautes-Alpes et dans les Alpes de Haute-Provence.

En France à partir de 2005 : Evaluation et recherche

La recherche sur le PRODAS en région PACA entre 2013 et 2020-2021 a été marquée par une première étude comparative non-randomisée (un groupe d'élèves ayant bénéficié du PRODAS pendant trois ans du CP au CE2 versus un groupe témoin n'en ayant pas bénéficié) conduite par une équipe hospitalo-universitaire de Santé Publique de l'AP-HM. Les quatre étapes de ce travail de thèse lui ont succédé.

4-3-Arbre à problème(s) (figure 6)

Pour établir l'arbre à problème(s), ont été utilisés les bilans d'évaluation réalisés par le PF13 (116), le manuel théorique du PRODAS (81), le site internet du PF13 (117) et l'espace de ressources numériques du PRODAS (118), ainsi que les entretiens menés pour la réalisation de l'article 2 de cette thèse *Contextual influences in the rollout of a social and emotional development programme*.

L'arbre à problème(s) est composé de trois niveaux : le problème, les causes de ce problème ainsi que ses conséquences.

Problème

Le problème peut être appréhendé comme celui identifié à l'origine de l'implantation du PRODAS en France, à Marseille, en 2005, mais également comme le problème tel qu'il a évolué, et auquel le programme cherche toujours à répondre aujourd'hui. En 2005, le PF13 (119) avait constaté lors de ses interventions en collèges, une absence d'écoute, une difficulté

à communiquer, de l'indiscipline, des violences récurrentes, notamment entre filles et garçons, et rencontré donc beaucoup de difficultés à œuvrer auprès des jeunes, à les sensibiliser, notamment dans le cadre de l'éducation à la sexualité. Ce constat s'était fait dans des quartiers vulnérables en raison de conditions socio-économiques défavorables (comme le centre-ville ou les quartiers nord de Marseille), qui constituaient pour le PF des terrains d'intervention privilégiés. L'association dénotait un manque d'outils pour faire face à cette problématique et les différents acteurs constituant le réseau de prévention, dont les acteurs de l'EN, s'étaient exprimés en faveur d'une action en amont, dès le plus jeune âge de la scolarité, afin de prévenir ces comportements qui étaient déjà très ancrés à l'adolescence, et qui s'étaient construits tout au long de l'enfance. Une enquête a donc été réalisée par le PF en vue de déterminer les besoins et le constat fut le suivant : les enfants et les jeunes avaient des difficultés à communiquer entre eux et entretenaient des rapports violents entre eux ; ils rencontraient des difficultés par rapport au langage du fait d'un manque de vocabulaire ; ils éprouvaient des difficultés à exprimer leurs ressentis et avaient une faible estime d'eux-mêmes. C'est pour faire face à l'ensemble de ces difficultés, à la fois pour les enfants mais aussi pour les enseignants qui déploraient un manque d'outils, que le PRODAS a été dans un premier temps mobilisé. En 2017-2018, au regard des entretiens menés avec des enseignants de Marseille et du Vaucluse (articles 2 et 3 de cette thèse) et des bilans d'évaluation du PF (120), le programme semblait toujours répondre aux mêmes types de difficultés.

Les causes du problème

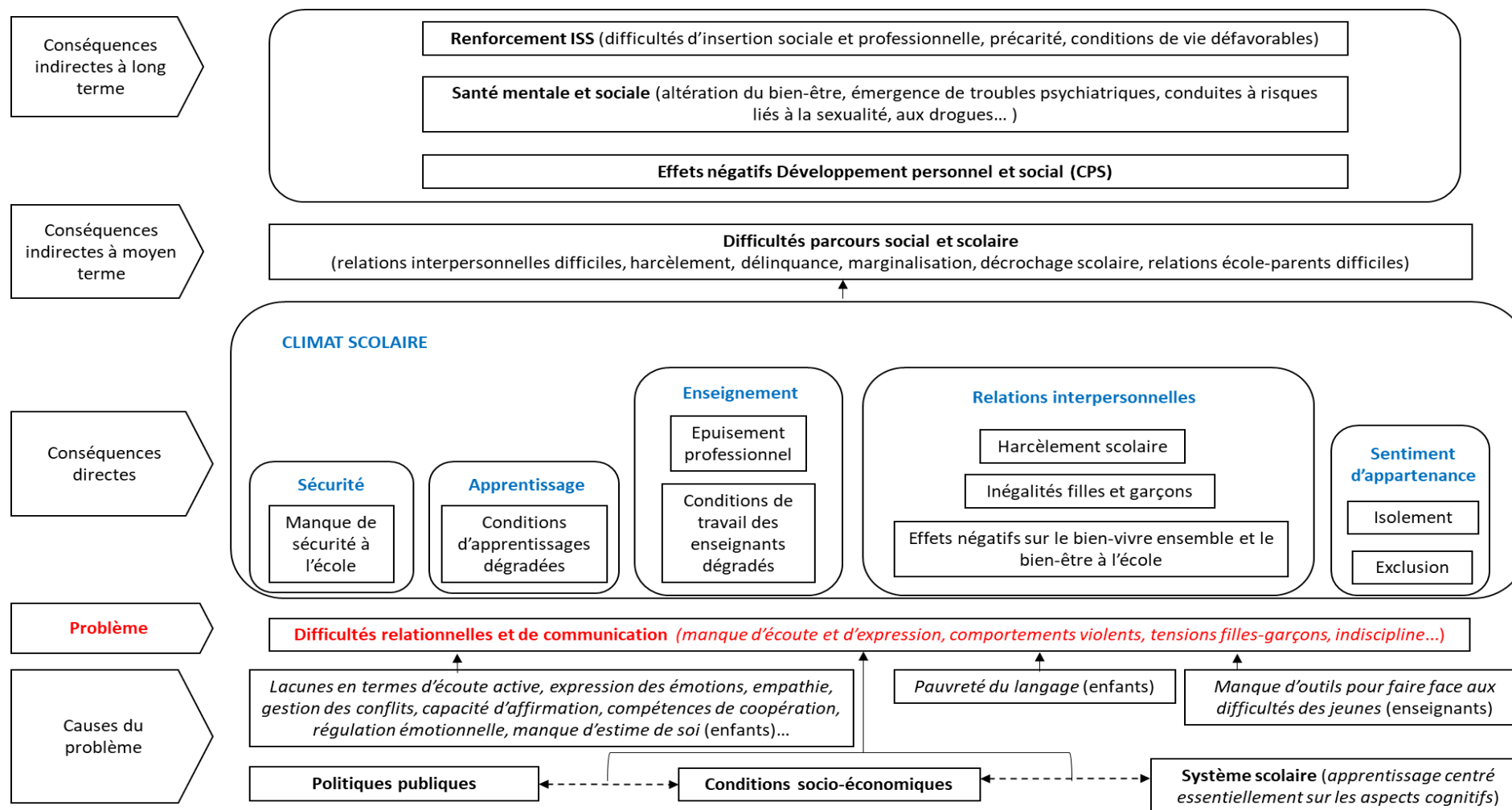
Au niveau individuel, un corpus de données, issu à la fois de la littérature (7) et du discours des acteurs lors des entretiens, a souligné le rôle des CPS dans l'émergence du problème. Toutefois, d'autres causes potentielles du problème ont également été repérées à un niveau sociétal : les conditions socio-économiques des personnes concernées par la mise en œuvre du programme (119) ; les politiques publiques engagées (121), à la fois sur le plan de la santé, du social et de l'éducation ; le système scolaire français largement centré sur le développement cognitif des enfants et moins sur le développement émotionnel et social, qui n'est pas familier aux professionnels français (77).

Les conséquences du problème

Elles sont décrites selon trois niveaux : les conséquences directes, les conséquences indirectes, à moyen terme et à long terme.

Les conséquences directes sont celles ayant un impact direct en lien avec le problème et le plus souvent à court terme. Elles concernent principalement le climat scolaire que Cohen et al. (2009) (122) définissent comme la qualité de la vie scolaire. Selon ces auteurs, il s'étudie à partir de l'expérience des personnes dans la vie scolaire et reflète les normes, les objectifs, les valeurs, les relations interpersonnelles, les pratiques d'enseignement et d'apprentissage et les structures organisationnelles. Le climat scolaire est façonné par quatre grands domaines : la sécurité, les relations interpersonnelles, l'enseignement et l'apprentissage, et l'environnement. Dans les données recueillies dans les entretiens menés avec les enseignants, rien n'a été relevé concernant l'environnement, tandis qu'étaient notés un manque de sécurité à l'école, des conditions d'enseignements et d'apprentissages dégradées, un épuisement de la part des professionnels éducatifs et des difficultés relationnelles entre les enfants mais également entre les enfants et les enseignants. Des répercussions sur la santé mentale et sociale des élèves ont également été évoquées qui pourraient être qualifiées de conséquences indirectes au sens de Saavedra (16) (mal-être, comportements à risque, difficultés d'insertion sociale, etc.).

Figure 6 : Arbre à problèmes



4-4- Fonctionnement du programme (figure 7)

Pour établir le fonctionnement du programme ou la théorie des processus, ont été utilisés l'ensemble des entretiens et focus groups réalisés pour l'étude de la transférabilité du programme et ayant servi à écrire l'article 3 *Transférabilité et fonctions-clés d'un programme de développement des compétences psychosociales en milieu scolaire : le PROgramme de Développement Affectif et Social (PRODAS)*, le bilan d'évaluation du PF (2005) (119), la synthèse des bilans d'évaluation du PF (2017-2018) (120), le manuel d'origine du PRODAS (81), le site du PF (117) le manuel détaillé du PF ainsi que l'espace de ressources numériques du PRODAS (118).

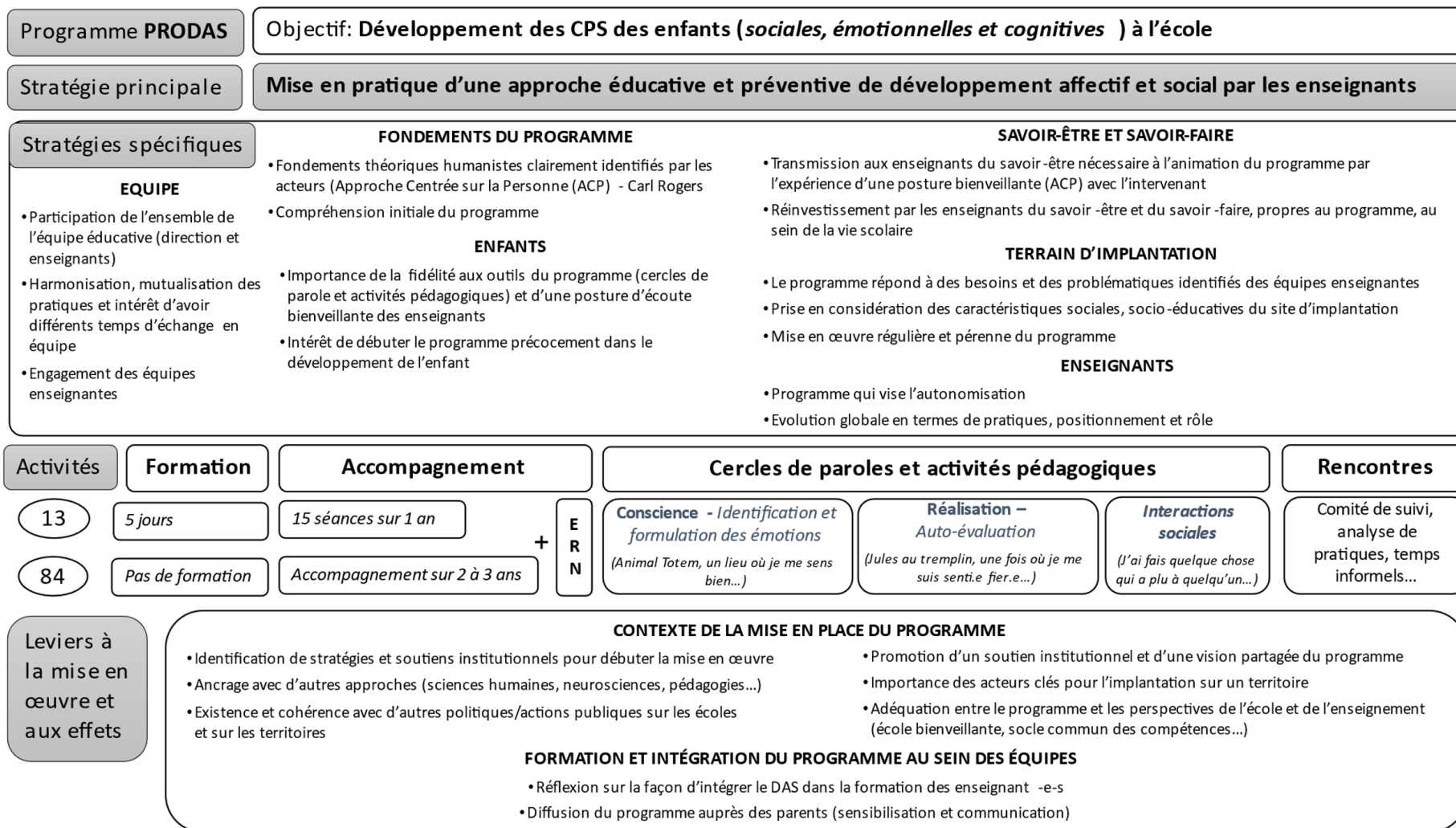
L'objectif du PRODAS est de développer les CPS des enfants en milieu scolaire. Pour cela, la stratégie principale est la mise en pratique par les enseignants d'une approche éducative et préventive visant le développement de la personne.

Cette approche se développe à travers des stratégies spécifiques, qui correspondent aux fonctions-clés du programme. Ces stratégies peuvent être classées en 6 groupes : équipe (3 fonctions-clés), enfants (2 fonctions-clés), fondements du programme (2 fonctions-clés), savoir-être et savoir-faire (2 fonctions-clés), terrain d'implantation (3 fonctions-clés), enseignants (2 fonctions-clés).

Les activités du PRODAS concernent la formation, l'accompagnement, les cercles de parole et activités pédagogiques et les rencontres. Concernant les outils pédagogiques des enseignants en direction des enfants, l'animation principale est le cercle de parole. Toutefois des activités pédagogiques sont également proposées. Toutes cherchent à développer spécifiquement un facteur de développement dit de Conscience, de Réalisation, ou d'Interaction Sociale.

Enfin, ces différents processus s'inscrivent dans des éléments de contexte spécifiques qui peuvent constituer des leviers à la mise en œuvre du programme et à la production de ses effets lorsqu'ils sont présents, ou bien des freins s'ils sont absents.

Figure 7. Fonctionnement du PRODAS



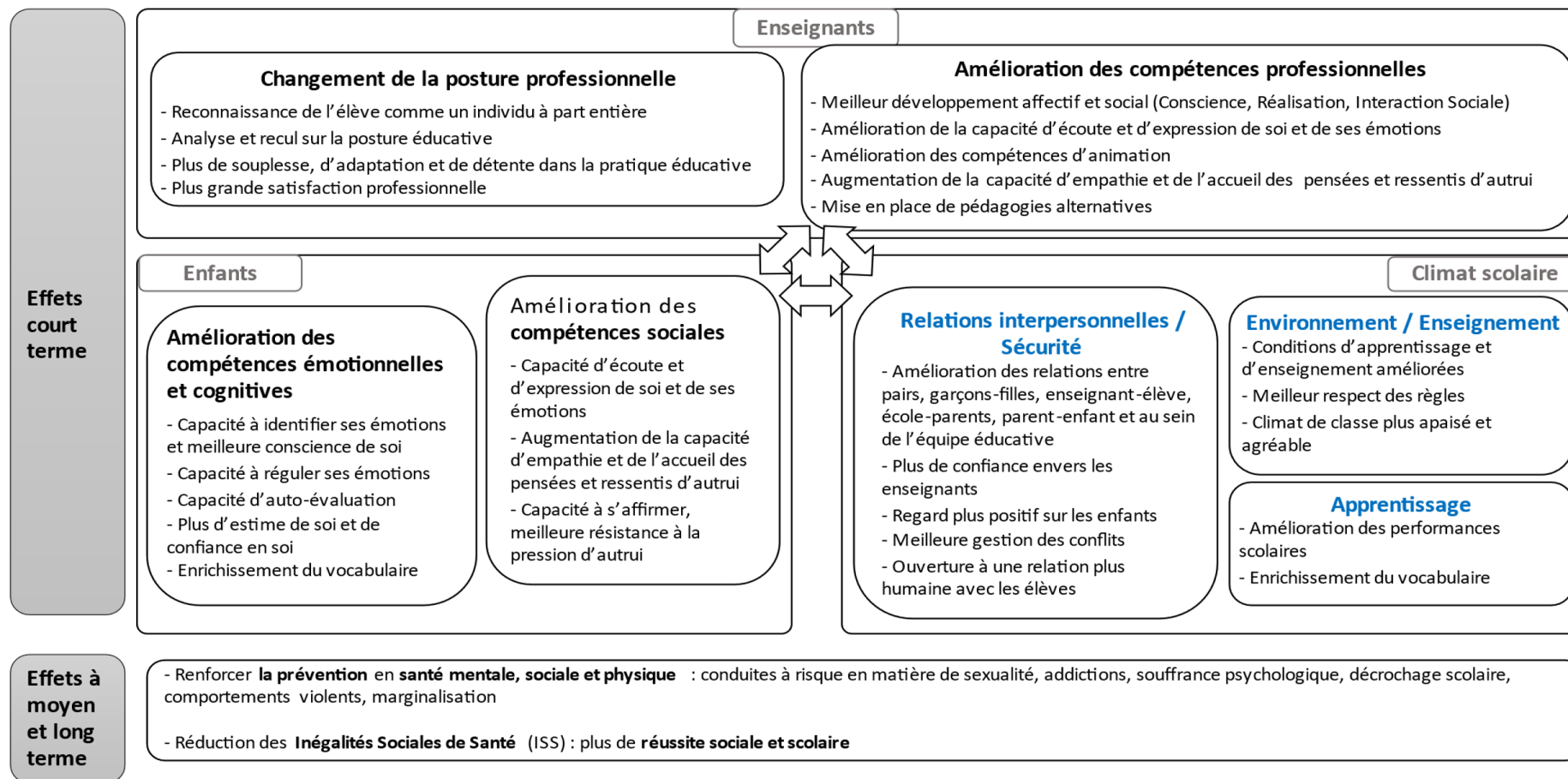
37

4-5-Effets du programme (figure 8)

Pour établir la théorie des effets, ont été utilisés l'article 1 *Effets d'un programme de développement des compétences psychosociales en milieu scolaire : Le PROgramme de Développement Affectif et Social (PRODAS) : Revue de la littérature*, figurant dans cette thèse (15), l'ensemble des entretiens et focus groups réalisés pour l'étude de la transférabilité du programme dans l'article 2 *Contextual influences in the rollout of a social and emotional development programme*, également dans l'article 3 *Transférabilité et fonctions-clés d'un programme de développement des compétences psychosociales en milieu scolaire : le PROgramme de Développement Affectif et Social (PRODAS)*, et une réunion de travail, en 2018, avec les acteurs parties-prenantes de l'implémentation du PRODAS, visant à recueillir les effets attendus du programme.

Les effets se distinguent sur différents critères, s'ils sont à court, moyen ou long terme, et s'ils sont examinés sous l'angle de la cible d'intervention, c'est-à-dire les enfants, ou bien la cible indirecte d'intervention, c'est-à-dire les enseignants, ou encore la cible de l'environnement, c'est-à-dire le climat scolaire. Les effets à court terme concernent les enseignants, les enfants et le climat scolaire. A plus long terme, les effets du PRODAS sont relatifs à la santé mentale et sociale et pour certains, à une amélioration des performances scolaires.

Figure 8. Effets du programme



CHAPITRE V :

DISCUSSION

Cette dernière partie se propose de synthétiser les résultats apportés par les diverses contributions de ce travail, en soulignant les différents apports méthodologiques de nos travaux. Seront ensuite introduites les perspectives que ces résultats permettent d'envisager dans le champ de la transférabilité.

Dans ce travail de thèse, nous nous sommes intéressés à la transférabilité d'une intervention complexe dans le champ des CPS en milieu scolaire, à travers le déploiement du PRODAS en région PACA.

L'enjeu dans l'étude de la transférabilité de ces interventions est de permettre de reproduire et de déployer des interventions dont l'évaluation a montré des effets en termes d'amélioration de la santé des personnes. Cela nécessite de documenter ces interventions en termes de modalités de fonctionnement, contexte d'implémentation, conditions d'efficacité et transférabilité (37).

Nous proposons une synthèse des objectifs et des résultats de ce travail, afin d'en souligner les contributions de recherche et d'en pointer les points forts et les limites.

1-Principaux résultats

Le **Tableau VI** synthétise les objectifs et les principaux résultats des quatre étapes du travail.

Tableau VI. Synthèse des objectifs et des principaux résultats

Objectifs	Principaux résultats
Article 1 : Synthétiser les connaissances sur les effets du PRODAS en référence au concept de CPS, afin de contribuer à l'étude de sa transférabilité	<ul style="list-style-type: none"> • Une amélioration, le plus souvent significative, des compétences émotionnelles et sociales des enfants et des adolescents était rapportée • Une relation de type dose-effet était suggérée par certains résultats • Peu de données étaient disponibles chez les jeunes enfants (école maternelle) • Aucune étude n'explorait les effets du programme à long terme
Article 2 : Explorer dans quelle mesure les politiques publiques, ainsi que les systèmes de valeurs et de représentations des acteurs impliqués dans la mise en œuvre du PRODAS, ont pu influencer son déploiement depuis sa conception jusqu'à son implantation en France, dans le département des Bouches-du-Rhône	<ul style="list-style-type: none"> • Aux États-Unis, au Québec et en France, les efforts de prévention sanitaire, la mise en place de politiques sociales et de politiques combinant des initiatives sanitaires et éducatives pour les populations défavorisées ont favorisé la mise en œuvre du programme • La mise en œuvre du programme, depuis 2005, dans les écoles maternelles et primaires de Marseille, a contribué à construire des représentations qui permettent aux différents acteurs du programme de fusionner vers une vision commune du Développement Affectif et Social • La mise en œuvre du programme, depuis 2005, dans les écoles maternelles et primaires de Marseille, a suscité un intérêt pour le développement de stratégies de promotion du Développement Affectif et Social à l'intérieur et à l'extérieur de l'école
Article 3 : Documenter la transférabilité du programme, dans le cadre de son déploiement en région PACA, en identifiant les effets du programme perçus par les acteurs et en en dégageant les fonctions-clés	<ul style="list-style-type: none"> • Les effets du programme perçus par les acteurs en direction des enfants, du climat de classe, des enseignants et des parents étaient cohérents dans les Bouches-du-Rhône et le Vaucluse • Ces effets perçus par les acteurs étaient cohérents avec ceux retrouvés dans la littérature lors de l'évaluation du programme • Les effets perçus par les acteurs étaient cohérents avec ceux retrouvés dans la littérature concernant les programmes de développement des CPS • Au total, quatorze fonctions-clés ont été identifiées en lien avec les caractéristiques du PRODAS, son implémentation et/ou son contexte de mise œuvre. • La forme que prenaient ces fonctions-clés sur les deux sites d'implémentation du programme étudiés, était assez stable dans la majorité des fonctions-clés. Néanmoins, trois fonctions-clés s'illustraient par des formes assez variables d'un site à l'autre. • Plusieurs fonctions-clés du PRODAS, se retrouvent de manière générique dans les écrits scientifiques et avaient été préalablement identifiés comme des critères-candidats aux fonctions-clés dans le guide d'entretien (fonctions-clés qui concernent le cadre théorique du programme, sa longueur et sa régularité, l'âge auquel il débute, le type de participation de l'équipe enseignante ou encore les compétences pédagogiques qu'il nécessite).
Objectif 4 : Elaborer une première Théorie du Programme en définissant les quatre composantes essentielles : historique, arbre à problème(s), fonctionnement et effets	<ul style="list-style-type: none"> • Première ébauche de Théorie du Programme élaborée avec quatre composantes Double intérêt : • Permet une vision synthétique des différentes composantes • Facilite l'identification d'éléments du PRODAS sur lesquels il existe actuellement moins de données et donc la priorisation de questions de recherche pour un prochain dispositif d'évaluation du programme

Note. Les numéros de la première colonne correspondent à l'ordre des articles présentés dans la thèse

Ce travail de thèse a abouti à la rédaction de trois articles.

1.1 Synthèse de l'article 1

Le premier article porte sur la synthèse des connaissances issues de la littérature sur les effets du PRODAS, en début de travaux de thèse et en référence au concept de CPS (52), dans l'objectif de documenter sa transférabilité. La revue de la littérature réalisée, en plus de rendre compte des effets du PRODAS en référence au concept de CPS, révèle une convergence dans la nature des effets observés depuis sa conception aux Etats-Unis jusqu'en France aujourd'hui. Chez les enfants, quelle que soit la classe d'âge, sont rapportés le développement des CPS émotionnelles, en particulier l'estime de soi, la conscience de soi, le contrôle de soi et le concept de soi (dans ses trois composantes conscience, connaissance et estime de soi) ; et le développement des CPS sociales, comme l'affirmation de soi, l'expression des ressentis, l'empathie, l'écoute et l'acceptation des pensées et ressentis d'autrui, la qualité des interactions interpersonnelles. Ces résultats sont cohérents avec les principaux effets décrits dans la littérature, concernant les programmes de développement des CPS en milieu scolaire : reconnaître et exprimer ses émotions, mieux se connaître, être empathique, mieux s'accepter les uns les autres (4, 7). Par ailleurs, la mise en perspective des études suggère que des interventions plus nombreuses et plus fréquentes seraient plus susceptibles de produire des effets, en particulier sur la tranche d'âge des quatre à cinq ans concernant les compétences liées à l'apprentissage du langage et de la lecture, et sur la tranche d'âge des six à douze ans, concernant les CPS émotionnelles (concept de soi) et les CPS sociales. Ces résultats sont cohérents avec ce qui est souligné dans la littérature, à savoir, qu'un programme long et intense qui commence tôt et se poursuit pendant toute la scolarité est l'une des composantes-clés de l'efficacité des programmes de développement des CPS menés en milieu scolaire (7). Ces résultats vont aussi dans le sens des effets du programme perçus par les acteurs de sa mise en œuvre (Article 3).

1.2 Synthèse de l'article 2

Cette première étape nous a permis de constater que si un certain nombre de documents porte sur les effets du PRODAS, le contexte de sa mise en œuvre y est rarement décrit de façon détaillée. Cela même alors que le PRODAS, étant un programme complexe, lui-même implémenté dans un système complexe, celui de l'école, sa mise en œuvre et ses effets sont évidemment liés à son contexte d'implémentation. Il est donc apparu nécessaire d'explorer dans quelle mesure le contexte d'implantation du PRODAS pouvait impacter sa mise en œuvre et la

production de ses effets. Ainsi, l'article 2 considère cette question en s'intéressant à différentes dimensions constitutives du contexte : d'une part les politiques publiques, d'autre part les systèmes de valeurs et de représentations des acteurs impliqués dans la mise en œuvre du PRODAS. Pour cela, la nature spécifique de chacune de ces dimensions a nécessité de mobiliser plusieurs méthodes et sources de données afin d'en permettre une étude pertinente : une recherche documentaire sur l'histoire de la santé publique et des politiques sociales et éducatives aux États-Unis, au Québec et en France, ainsi qu'une recherche qualitative par entretiens auprès d'acteurs impliqués dans la mise en œuvre et la diffusion du programme des États-Unis et du Québec vers la France et auprès de divers acteurs locaux en France.

Nos résultats ont montré que les efforts de prévention en matière de santé et la mise en œuvre de politiques sociales avaient constitué un contexte commun entre les États-Unis et la France, ayant favorisé le déploiement du PRODAS. Les programmes de développement des CPS se sont en effet progressivement implantés sur des territoires vulnérables ou pour des publics défavorisés, comme le PRODAS et ses différentes phases d'expérimentation à Marseille, bien qu'à l'origine le PRODAS et plus largement les stratégies pour favoriser le DAS soient universels. Les politiques qui joignent des mesures sanitaires à des mesures éducatives représentaient également un élément favorable au déploiement du programme dans l'expérience québécoise et française. Les périodes durant lesquelles le Ministère de l'Éducation a fait apparaître le DAS ou le développement des CPS de manière explicite dans ses textes et invitait les enseignants à y travailler lors de temps spécifiques, ont favorisé le déploiement du programme dans chacun de ces contextes d'implantation. Les lois de santé des années 2000 en matière de prévention et la loi de la refondation de l'École française qui intégrait la bienveillance et le bien-être dans la relation maître-élèves et dans les pratiques professionnelles des enseignants constituaient à ce titre un contexte politique et institutionnel, a priori, favorable à ce type de programme.

Par ailleurs, en leur offrant diverses occasions de rencontres et d'échange, la mise en œuvre du PRODAS, depuis 2005, dans des écoles maternelles et élémentaires de Marseille, a contribué à l'organisation de représentations qui permettent aux différentes parties-prenantes du programme de converger vers une vision commune du DAS. Reconnaître et exprimer ses émotions, établir des relations positives avec les pairs et avec l'enseignant, s'adapter aux événements et aux exigences de la vie quotidienne, créer un climat de classe favorable et promouvoir le vivre-ensemble étaient autant d'éléments qui permettaient d'asseoir un socle de sens sur le DAS en milieu scolaire. Parallèlement, la mise en œuvre de ce programme a suscité

chez les acteurs locaux un intérêt pour le développement de stratégies de promotion du DAS à l'intérieur et à l'extérieur de l'école.

Néanmoins, plusieurs éléments représentationnels ont mis en valeur de nombreux enjeux en matière de politiques éducatives et sanitaires : le développement de la prévention précoce (agir dès le plus jeune âge), l'action intersectorielle pour agir sur différents déterminants de santé, la formation initiale et continue des enseignants, la tension épistémique entre les objectifs d'épanouissement de l'enfant et de réussite des élèves. Le renouvellement des approches pédagogiques autour de la notion de bienveillance s'ancrait, par exemple, dans différents systèmes de représentations préexistants, les acteurs interrogés l'évoquant en termes de regard positif, d'écoute et l'associant en même temps à la peur de laxisme, au souci du respect du cadre scolaire.

1.3 Synthèse de l'article 3

A l'issue de ce second article, une fois identifiés les effets du PRODAS qui pouvaient être attendus, puis les éléments de contexte favorisant son déploiement, nous avons cherché à identifier les éléments récurrents du programme, fondant son efficacité, dans différents sites d'implantation. Ce troisième article avait donc pour objectif d'identifier les effets du programme perçus par les acteurs et d'en dégager les fonctions-clés, c'est-à-dire les éléments indispensables à la production de ces effets sur les différents sites d'implantation.

Pour cela, deux approches complémentaires ont été utilisées : l'analyse des recommandations existantes sur la qualité et la mise en œuvre des programmes de DAS et des CPS des enfants en milieu scolaire, ainsi qu'une recherche qualitative par focus groups auprès d'enseignants, animateurs et acteurs institutionnels impliqués dans la mise en œuvre du programme sur deux sites différents.

Les résultats ont montré que les effets du programme perçus par les acteurs en direction des enfants, du climat de classe, des enseignants et des parents étaient similaires dans les Bouches-du-Rhône et le Vaucluse. Ces effets perçus par les acteurs étaient également cohérents avec ceux retrouvés dans la littérature lors de l'évaluation du programme (15). Enfin, les effets perçus par les acteurs étaient cohérents avec ceux retrouvés dans la littérature concernant les programmes de développement des CPS.

Concernant les fonctions-clés, quatorze ont été identifiées en lien avec les caractéristiques du PRODAS, son implémentation et/ou son contexte de mise œuvre. La catégorisation proposée

est spécifique et se démarque des deux démarches déjà proposées en France, FIC (43) et ASTAIRE (42). Par conséquent, la façon d'envisager le système lié au programme (ses caractéristiques, ses processus, son implémentation, son contexte) est différente. La forme que prenaient ces fonctions-clés sur les deux sites d'implémentation du programme étudiés, était assez stable dans la majorité des fonctions-clés. Néanmoins, trois fonctions-clés s'illustraient par des formes assez variables d'un site à l'autre. Plusieurs fonctions-clés du PRODAS, ont été retrouvées de manière générique dans les écrits scientifiques et ont été préalablement identifiées comme des critères-candidats aux fonctions-clés dans le guide d'entretien. Il s'agissait de fonctions-clés concernant le cadre théorique du programme, sa longueur et sa régularité, l'âge auquel il débute, le type de participation de l'équipe enseignante ou encore les compétences pédagogiques qu'il nécessite. Certaines modalités constituaient des leviers pour assurer les fonctions-clés de ce type de programmes. C'est le cas, par exemple, de l'intégration du programme dans le projet d'école et de la formation initiale des enseignants.

1.4 Synthèse des résultats complémentaires : la Théorie du Programme

A partir des résultats des travaux précédents et afin d'approfondir la compréhension du fonctionnement du programme, de pouvoir restituer de façon synthétique cette compréhension, et d'identifier des questions d'évaluation qui seraient pertinentes pour une prochaine évaluation du programme à l'aune d'éléments qui ont été moins étudiés jusqu'ici, nous avons élaboré une première ébauche de TDP. Nous nous sommes inspirés pour cela de la méthode de Saavedra (2016) (16), en définissant quatre composantes essentielles à la TDP, à savoir l'historique, l'arbre à problème(s) (ou problématique), le fonctionnement (ou Théorie des processus) et les effets (ou Théorie des effets) du programme. Ce travail a été rendu possible grâce à la richesse et l'étendu des domaines couverts par les données recueillies aux étapes précédentes : documents sur le PRODAS, entretiens avec les acteurs de la mise en œuvre du programme réalisés pour l'article 3, revue de la littérature concernant le PRODAS et revue exploratoire d'éléments théoriques issus de différents champs disciplinaires. L'analyse secondaire de ces données a été complétée par des temps de rencontre entre les parties-prenantes de la mise en œuvre du PRODAS, notamment lors de Comités de pilotage, afin de favoriser l'intervention active de ces acteurs dans la construction de la TDP.

La construction de l'historique du programme a favorisé une compréhension commune chez les parties-prenantes de la trajectoire internationale et nationale du programme, ainsi qu'une réflexion sur les enjeux concernant son déploiement, en lien notamment avec les lois et textes

réglementaires qui constituent un levier à la mise en œuvre du programme, leviers qu'on retrouve détaillés dans la composante Fonctionnement du programme (par exemple le levier Existence et cohérence avec d'autres politiques publiques sur les écoles et sur les territoires). La construction de l'arbre à problème a favorisé une meilleure compréhension du problème (difficultés relationnelles et de communication), de ses causes (lacunes en termes de CPS, pauvreté du langage, manque d'outils des enseignants pour faire face aux difficultés des jeunes) et conséquences (par exemple détérioration du climat scolaire comme conséquence directe) et a permis de vérifier le bien-fondé et la pertinence des objectifs, des activités et des résultats attendus du programme (en lien avec les composantes Fonctionnement et Effets du programme). La construction de la composante Fonctionnement du programme a favorisé une compréhension commune du lien entre les objectifs du programme (développer les CPS des enfants : une des causes du problème dans la composante Arbre à problème étant les lacunes des enfants en termes de CPS) et les stratégies (fonctions-clés du programme), les activités (formation et accompagnement des enseignants à la mise en œuvre du PRODAS, rencontres des équipes, mise en place de cercles de parole et activités pédagogiques avec les enfants) et les leviers devant contribuer à l'atteinte de ces objectifs (par exemple le levier Promotion d'un soutien institutionnel et d'une vision partagée du programme). La construction de la composante Effets du programme a favorisé une compréhension commune de la contribution du programme à la résolution du problème auquel il s'adresse. Les effets à court terme (amélioration des compétences professionnelles des enseignants et changement de leur posture professionnelle, amélioration des CPS des enfants, amélioration du climat scolaire) trouvent leur correspondance dans les conséquences directes du problème (détérioration du climat scolaire dans la composante Arbre à problème) et les effets à long terme (renforcer la prévention en santé mentale, sociale et physique, réduire les inégalités sociales de santé) dans les conséquences indirectes à moyen et long terme (renforcement des inégalités sociales de santé, altération de la santé mentale et sociale dans la composante Arbre à problème).

Sur cette base, on peut faire des hypothèses de configuration d'effet : par exemple, on peut faire l'hypothèse que pour arriver aux effets concernant les enseignants, décrits dans la composante Effets du programme en termes de changement de posture professionnelle et d'amélioration des CPS (qui auront à leur tour des effets sur le développement des CPS des enfants et l'ambiance scolaire), il faut « activer » les fonctions-clés en lien avec l'autonomisation des enseignants dans l'animation du programme et leur évolution globale en termes de pratiques, positionnement et rôle (composante Fonctionnement du programme), ceci à travers des activités

de formation des enseignants, séances d'accompagnement à la mise en œuvre du programme, rencontres pour réguler la pratique (composante Fonctionnement du programme). Cela est rendu possible dans un contexte favorable à une réflexion sur la façon d'intégrer le DAS dans la formation des enseignants et un contexte de soutien institutionnel et de vision partagée du programme (composante Fonctionnement du programme). On peut également faire l'hypothèse que pour parvenir aux effets concernant les enfants décrits dans la composante Effets du programme en termes de développement de compétences émotionnelles, sociales et cognitives, il faut « activer » les fonctions-clés en lien avec la fidélité aux outils du programme et en lien avec l'intérêt de débiter le programme précocement dans le développement de l'enfant (composante Fonctionnement du programme), ceci à travers différentes activités comme la formation et l'accompagnement des équipes enseignantes et la mise en place de cercles de parole et activités pédagogiques permettant de travailler sur la Conscience, la Réalisation et l'Interaction Sociale (composante Fonctionnement du programme). Cela est rendu possible dans un contexte qui permet la formation et l'accompagnement des équipes éducatives, qui prévoit l'organisation de temps hebdomadaires dédiés au programme ou encore la diffusion d'informations concernant le programme auprès des parents (composante Fonctionnement du programme).

2-Discussion

2.1 Le PRODAS et les données probantes

Une des questions de départ de ce travail de thèse était dans quelle mesure peut-on dire que le PRODAS est une intervention validée, qui a fait la preuve de son efficacité ? Et d'autre part, comment apporter des données probantes concernant la transférabilité de ce programme ? En référence à ce qui a été conclu dans la partie état des connaissances de cette thèse en matière de données probantes dans le champ de la promotion de la santé, ces données doivent être explicites afin d'identifier clairement quelles données sont utilisées, comment et pourquoi ? Selon certains auteurs, ces données doivent être issues exclusivement de protocoles de recherche rigoureux (20) quand d'autres sources (26, 29) plaident pour une articulation et une complémentarité des savoirs scientifiques et expérientiels. Enfin, la finalité de l'utilisation des données probantes est la prise de décision.

A la lumière de ces réflexions, les données recueillies sur le PRODAS lors de ce travail de thèse peuvent être qualifiées de probantes, dans la mesure où elles sont issues de l'articulation de

différentes sources de données recueillies et analysées suivant des méthodes et techniques explicites et adaptées aux objectifs poursuivis à chacune des étapes. C'est le cas dans la revue de la littérature qui constitue l'article 1 de la thèse : « *Effets d'un programme de développement des compétences psychosociales en milieu scolaire : Le PROgramme de Développement Affectif et Social (PRODAS) Revue de la littérature* », revue de la littérature elle-même constituée de plusieurs études comparatives, articles scientifiques, thèses et rapports d'évaluation ; ou bien dans l'article 2 de la thèse : « *Contextual influences in the rollout of a social and emotional development program* » qui fait référence, à travers l'analyse des entretiens menés, aux savoirs expérientiels des différents acteurs institutionnels et de terrain engagés dans la mise en œuvre du programme ; ou encore dans l'article 3 de la thèse : « *Transférabilité et fonctions-clés d'un programme de développement des compétences psychosociales en milieu scolaire : le PROgramme de Développement Affectif et Social (PRODAS)* », dans lequel le guide d'entretien, qui a permis de mener les entretiens auprès des acteurs engagés dans la mise en œuvre du programme, a été construit à partir de documents synthétisant des recommandations sur la qualité et la mise en œuvre des programmes de développement socio-affectif et CPS des enfants. Enfin, l'élaboration de la TDP s'appuie sur le recueil et la synthèse de plusieurs catégories de données recueillies aux étapes précédentes et sur des temps d'échanges avec les acteurs impliqués dans la mise en œuvre du programme.

Par ailleurs ce corpus de données s'articulant entre différents types de savoirs, savoirs scientifiques et savoirs expérientiels des acteurs impliqués dans la mise en œuvre du PRODAS, il répond ainsi à une autre des conditions requises pour produire des données probantes en Promotion de la Santé. En effet, Lamboy et al. (2021) (26) soulignent qu'« *un corpus de données probantes qui s'articule entre ces différents types de savoirs se révèle de nouveau pertinent lorsque nous nous interrogeons sur la transférabilité d'un programme de prévention promotion de la santé, validé scientifiquement. Il est connu de tous que la reproduction à l'identique d'un tel programme est une illusion. C'est pourquoi il est nécessaire d'engager une réflexion en s'appuyant sur les savoirs d'expérience des acteurs impliqués dans le projet, pour analyser ce qui est transférable dans un contexte spécifique et ce qui doit être adapté au dit contexte.* »

Tout cela répond à notre question de départ en constituant à la fois un corpus de données probantes sur le PRODAS en lui-même et sur sa transférabilité.

2.2 Les fonctions-clés

L'approche utilisée pour mettre à jour les fonctions-clés présente des limites, particulièrement au regard de leur degré de granularité (taille) et de leur nature. En effet, l'aspect de certaines fonctions-clés est assez général et plutôt semblable à des principes, qu'on peut juger peu spécifiques au PRODAS. Par ailleurs, l'ensemble de ces fonctions-clés peut donner une impression d'hétérogénéité : les éléments présentés sont-ils de l'ordre des compétences, des mécanismes d'effet, ou bien des modalités d'implémentation ? Ces éléments sont-ils réellement des fonctions-clés ? Ne manquent-ils pas de spécificité ? En effet, la proposition de Hawe (39, 48, 123) appelle à une spécification des éléments pour éviter toute confusion. Prenons l'exemple de la fonction-clé « Transmission aux enseignants du savoir-être nécessaire à l'animation du programme par l'expérience d'une posture bienveillante (ACP) avec l'intervenant ». Pour préciser, cette fonction-clé correspond à l'expérience d'une posture bienveillante avec l'intervenant du Planning Familial qui permet le développement de cette même posture chez l'enseignant. Sur le site des Bouches-du-Rhône cette fonction-clé prend la forme d'une formation à l'animation du PRODAS et d'un accompagnement individuel à la mise en œuvre tandis que dans le Vaucluse elle prend la forme d'un accompagnement prolongé à défaut de formation.

On peut se demander si ces limites sont un effet des questions posées, ou de l'analyse effectuée, ou le reflet de la difficulté des acteurs à être spécifiques et précis. Pour répondre à cette question, on peut faire l'hypothèse que la façon dont le guide d'entretien a été élaboré à partir des recommandations sur qualité et la mise en œuvre des programmes de développement socio-affectif, en ne ciblant pas uniquement des critères en lien avec la transférabilité mais également des éléments en lien avec l'applicabilité (critères en lien avec les facteurs internes et externes au programme influençant la qualité de l'implantation) a influencé la nature des questions posées lors des entretiens avec les différents acteurs. Par ailleurs, les questions ont porté en premier lieu sur la façon dont les acteurs considéraient chaque critère candidat dans le cadre du PRODAS, l'exploration du lien entre ces critères et les effets observés s'est faite par questions de relance quand les acteurs n'évoquaient pas cet aspect spontanément. Il paraissait difficile de questionner d'emblée les acteurs sur cet aspect. Toutefois, cela a pu conduire à une exploration limitée de la transférabilité.

Par ailleurs, le fait que ces fonctions-clés puissent être tributaires d'éléments contextuels aurait pu être développé, les collaborateurs de Hawe invitant à considérer la complexité du contexte

dans lequel est mis en œuvre le programme au-delà de la complexité du programme en lui-même (34, 113). Par exemple, le fait d'exercer une posture bienveillante est-il toujours possible en fonction du contexte ? Ainsi, pour approfondir le travail engagé, une démarche s'inscrivant dans une approche réaliste (124, 92) permettrait d'identifier des micro-configurations liant des composantes de contexte, des composantes d'intervention à la production de mécanismes (réaction d'un agent/d'une personne dans un contexte donné), eux-mêmes producteurs d'effets. Une telle démarche présente l'intérêt de bien distinguer et lier des éléments comme les mécanismes, les éléments de contextes, l'implémentation, les composantes interventionnelles, etc.

Toutefois, les fonctions-clés telles que présentées dans les résultats de cette thèse restent utiles aux acteurs. En effet, les acteurs de terrain qui vont déployer le programme sur de nouveaux territoires ne connaissent pas forcément de manière fine les caractéristiques d'un programme de développement des CPS de qualité, ni les critères d'une implémentation de qualité permettant d'influencer les effets du programme. Si certaines fonctions-clés restent peu spécifiques, elles permettent tout de même de renseigner les acteurs à ce sujet. Par ailleurs, la forme décrite dans les deux territoires étudiés pour chacune des fonctions-clés, vient également préciser et illustrer ces fonctions-clés. Une rencontre avec les acteurs du Planning Familial 13 et 84 a suivi la finalisation de l'écriture du troisième article de cette thèse. L'objectif de cette réunion était de présenter aux acteurs les fonctions-clés identifiées et de recueillir leur avis sur la mesure dans laquelle ces éléments constituent ou pas des ingrédients clés pour la production des effets du programme. Toutes les fonctions-clés ont été validées par les acteurs. Ceux-ci ont proposé de rajouter une fonction-clé autour de la nécessité pour les nouveaux porteurs de projet d'avoir une équipe à laquelle se référer pour ne pas dénaturer le programme. Cette proposition est proche de plusieurs fonctions-clés déjà identifiées : « Harmonisation, mutualisation des pratiques et intérêt d'avoir différents temps d'échange en équipe », « Fidélité aux outils du programme (cercles de parole et activités pédagogiques) en complément de la posture d'écoute bienveillante des enseignants » ou encore « Fondements théoriques humanistes clairement identifiés par les acteurs (Approche Centrée sur la Personne (ACP) - Carl Rogers) ».

La question du nombre de fonctions-clés peut également se poser. Convient-il de fixer un nombre limité, de seulement quelques fonctions-clés par intervention ? Est-ce que décrire un programme à travers une multitude de fonctions-clés permet d'apporter des informations pertinentes, facilement saisissables et mobilisables par les acteurs, et favorise sa transférabilité ?

Mises à part ces limites, en fonction du modèle de transférabilité auquel on se réfère (42, 43), les fonctions-clés identifiées dans le cadre de la mise en œuvre du PRODAS prendraient sans doute des places différentes. En effet, d'un point de vue conceptuel, la catégorisation opérée dans ce travail de thèse est différente d'autres travaux. Par exemple, la fonction-clé intitulée « le programme répond à des besoins et des problématiques identifiés par les équipes enseignantes (détresse lexicale, conflits/violence) » aurait probablement été classée dans la catégorie *Contexte* du modèle FIC (43), ou bien encore, la fonction-clé intitulée « Importance de la compréhension initiale du programme par les équipes » dans la catégorie *Implémentation*. Notre catégorisation s'est faite en référence à l'auteur Hawe (2004) (39) qui introduit la notion des « *aspects fixes de l'intervention, ses fonctions essentielles* » dans le processus de changement visé par l'intervention en opposition à « *l'aspect variable de l'intervention qui est sa forme dans des contextes différents*. ». Ce qui diffère réside sans doute dans l'interprétation que nous en faisons. Ainsi, alors que dans l'approche FIC, l'implémentation et le contexte constituent des catégories différentes des fonctions-clés, certains éléments de contexte et d'implémentation constituent pour nous des fonctions-clés à part entière.

Certaines fonctions-clés sont très proches d'éléments décrits dans la littérature comme des recommandations concernant les critères de qualité des programmes de développement des CPS en milieu scolaire et leurs conditions optimales d'implantation (cf. la partie contexte de ce travail) (1, 57-60, 68-73). C'est le cas par exemple des fonctions-clés suivantes : « Mise en œuvre régulière et pérenne du programme », « Programme débuté précocement dans le développement de l'enfant », « Fondements théoriques humanistes clairement identifiés par les acteurs ». Ce travail mené sur l'étude des recommandations relatives aux programmes de développement des CPS et sur la transférabilité du PRODAS suggèrent ainsi qu'il pourrait exister un socle récurrent de fonctions-clés. Mais les recommandations concernant les critères de qualité des programmes de développement des CPS en milieu scolaire et leurs conditions optimales d'implantation (1, 57-60, 68-73) permettent-elles d'assurer la production des effets quel que soit le contexte (en d'autres termes est-ce que ce sont des fonctions-clés ?), ou bien d'en assurer l'applicabilité ? En tout cas, ces recommandations ne nomment jamais ces éléments fonctions-clés. C'est donc une spécificité de ce travail d'envisager et de définir ces éléments en tant que fonctions-clés et d'en clarifier ainsi l'intérêt. Ce sont sur ces éléments-clés que l'accent devra être mis pour conserver les effets du programme lors de son transfert sur un nouveau site, et cela même si la forme de ces éléments doit changer d'un site à l'autre, en fonction du contexte rencontré et décrit par les acteurs.

Par ailleurs, certaines fonctions-clés identifiées dans le cadre du PRODAS sont spécifiques à ce programme, comme par exemple les fonctions-clés suivantes : « Transmission aux enseignants du savoir-être nécessaire à l'animation du programme par l'expérience d'une posture bienveillante (ACP) avec l'intervenant » et « Evolution globale des enseignants en termes de pratiques (techniques d'animation, posture d'écoute, utilisation des outils du programme, prise en compte des émotions), positionnement (regard positif et soutenant sur les enfants, prise en compte globale de l'enfant) et rôle (dans le développement affectif et social de l'enfant) ». Certes, la posture bienveillante et l'horizontalité sont des conditions nécessaires aux programmes de développement des CPS et ces programmes impliquent une pédagogie expérientielle et participative (58). D'ailleurs certains auteurs (25) affirment que les pratiques éducatives au quotidien, ainsi que l'environnement scolaire peuvent aussi être considérés comme des facteurs impactant largement l'efficacité des programmes de développement des CPS. Toutefois, ces fonctions-clés montrent que le PRODAS propose un travail spécifique et central sur la posture professionnelle des enseignants et la fonction-clé « Evolution globale des enseignants en termes de pratiques (techniques d'animation, posture d'écoute, utilisation des outils du programme, prise en compte des émotions), positionnement (regard positif et soutenant sur les enfants, prise en compte globale de l'enfant) et rôle (dans le développement affectif et social de l'enfant) » montre que ce travail va au-delà d'une simple modification de posture au moment de l'animation des séances PRODAS. Ainsi, là où les programmes de développement des CPS visent le développement psychosocial des élèves, le PRODAS, en plus de ce premier objectif, même s'il n'affiche pas comme objectif spécifique l'évolution des pratiques éducatives, amène des effets sur la posture professionnelle des enseignants et la façon d'envisager leur rôle, qui sont rapportés par l'ensemble des acteurs. Cette spécificité n'est pas sans risque : celui de crisper le dialogue avec les acteurs de l'Education Nationale, d'autant plus que, de façon générale, en France, le programme est porté par une association extérieure sur les territoires où il est mis en œuvre. Néanmoins, c'est un aspect qui peut être intéressant, dans une école française traditionnellement très centrée sur les fondamentaux (lire, écrire, compter) et sur une pédagogie descendante. La thèse de Shankland (2007) (89) présente, à ce sujet, les postulats des pédagogies nouvelles et l'impact de ces dernières sur le développement affectif, social et intellectuel de l'enfant.

2.3 Des articles récents

Quelques articles concernant la transférabilité ont été publiés alors que les articles de cette thèse étaient en cours de publication. Plus particulièrement, deux articles portaient sur la

transférabilité de programmes de développement des CPS d'origine américaine, mis en œuvre en France : le *Strengthening Family Program* (SFP) (125) qui s'adresse à des parents et à leurs enfants en dehors du cadre scolaire, et le *Good Behaviour Game* (GBG) (126) qui s'adresse aux enfants d'écoles élémentaires. Les deux articles concernent les adaptations de chacun des programmes au contexte français. L'article concernant le SFP ne parle pas de fonctions-clés mais fait référence, dans la discussion, à trois « fondamentaux » que le programme doit respecter pour obtenir des résultats similaires au programme d'origine : « *la durée du programme et sa structure : 14 sessions hebdomadaires de deux heures découpées en trois modules : atelier parents et atelier enfants, suivies par un atelier familles ; l'animation des ateliers par des animateurs expérimentés, chaleureux, empathiques, naturels ; l'incitation à l'assiduité : gratuité, garde des enfants plus petits, repas ou goûter, transport...* ». Ces « fondamentaux » constituent sans doute des fonctions-clés du programme. Cependant, d'autres fonctions-clés seraient sans doute identifiables. Les adaptations mentionnées dans l'article (par exemple la suppression des incitations matérielles pour favoriser l'assiduité des familles ou encore la simplification du vocabulaire), semblent, quant à elles, constituer les formes prises par une ou des fonctions-clés du programme dans le contexte français (sans doute l'assiduité des familles en elle-même et la compréhension du programme par ses familles). Dans l'article qui porte sur le GBG, il est question de quatre éléments-clés du programme, sans que ces éléments soient explicitement mis en lien avec les effets qui en sont attendus : les règles de la classe ou règles de vie, l'appartenance à une équipe (les enfants constituent des équipes), l'observation active du comportement des élèves et le recueil des données observées, la pédagogie du renforcement positif. Ces éléments correspondent à des éléments structurels du programme qui pourraient éventuellement constituer une ou plusieurs fonctions-clés. Les adaptations réalisées en contexte français mentionnées dans l'article (concernant les règles, le retour réflexif avec les élèves qui clôture la séance et la stratégie de présentation du programme pendant les journées de formation destinées aux enseignants) ne sont pas, non plus, mises en lien avec les effets du programme, mais plutôt avec la faisabilité et l'acceptabilité du programme en contexte français.

2.4 La Théorie du Programme

Concernant la Théorie du Programme (TDP) et l'évaluation fondée sur la TDP, il a été exposé plus haut (dans la partie état des connaissances de cette thèse), l'intérêt de l'évaluation fondée sur la TDP qui permet de construire un modèle partagé, une conceptualisation, de ce qu'est le programme et de son fonctionnement. Constatant qu'il existait déjà un certain nombre d'études

évaluant les effets du PRODAS, alors que peu d'études en analysaient le fonctionnement, il a semblé pertinent d'utiliser cette méthode d'évaluation fondée sur la TDP dans le cadre du PRODAS.

Un autre intérêt de l'évaluation fondée sur la TDP était la co-construction qu'elle implique entre chercheurs et parties prenantes de la mise en œuvre du programme (16). D'une part elle s'inscrivait dans la continuité des travaux précédents, qui s'étaient attachés à recueillir les différents points de vue et vécus des acteurs de terrain et institutionnels. D'autre part, cette co-construction paraissait avoir du sens dans le cadre de la mise en œuvre du PRODAS, qui rassemblait des parties-prenantes issues de différentes disciplines, afin de se mettre d'accord sur une TDP du programme et sur des questions d'évaluation qui semblaient pertinentes pour tous les acteurs. Ainsi, les résultats de l'évaluation devaient faire davantage sens pour l'ensemble de ces acteurs.

En référence à Saavedra (2016) (16), la première étape de l'évaluation fondée sur la TDP, c'est-à-dire établir une théorie plausible sur la façon dont le programme aura une incidence sur le problème qu'il cherche à atténuer, a été amorcée. Cette première conceptualisation permet de rendre compte du chemin parcouru et de celui qu'il reste à parcourir.

En effet, à partir de cette TDP, il devient possible de faire des liens entre les différentes composantes et d'élaborer des hypothèses de configurations d'effet, comme évoqué dans la synthèse des résultats de cette discussion. Ces hypothèses pourront être vérifiées lors d'une prochaine évaluation du programme. Comme précisé auparavant, le processus concernant la TDP n'est pas encore allé à son terme. Ainsi, une prochaine étape devrait permettre de retourner auprès de chacun des acteurs pour stabiliser les différents axes de cette TDP. Néanmoins ce travail a d'ores et déjà permis de mettre en lumière des éléments utiles pour structurer de futurs travaux de recherche dans le champ de l'évaluation du PRODAS.

2.5 Les éléments de contexte

Dans cette thèse, un premier travail d'exploration du contexte de mise en œuvre du PRODAS a été réalisé. Il est présenté dans l'article 2 de la thèse, dont l'objectif est d'étudier des éléments de contexte favorables au déploiement du programme. Ce travail a permis d'identifier des éléments qu'on pourrait qualifier de macroscopiques, en lien avec les politiques publiques et les représentations des acteurs autour du DAS de l'enfant. Malgré l'intérêt de ces éléments, on peut regretter l'absence d'éléments contextuels plus fins, plus microscopiques. Dans l'article 3,

quelques éléments de contexte plus locaux apparaissent et notamment, dans le Vaucluse, on voit la spécificité d'un contexte dans lequel l'Education Nationale ne dégage pas de temps de formation au PRODAS pour les enseignants des écoles inscrites dans le dispositif. A défaut, le Planning Familial propose aux enseignants un accompagnement à la mise en œuvre du programme beaucoup plus long que dans les Bouches-du-Rhône. La forme prise par la fonction-clé en réponse au contexte du site d'implantation (ici un accompagnement prolongé à défaut d'une formation initiale au PRODAS pour assurer la fonction-clé en lien avec la posture des enseignants nécessaire à l'animation du programme), est jugée par les acteurs, lors des entretiens, moins favorable à la production des effets, qu'une autre. D'autres éléments de contexte locaux ont été recueillis dans les entretiens mais ne figurent pas dans l'article 3 en raison de contraintes éditoriales. Par exemple, dans un contexte où les porteurs du projet n'incitent pas les équipes enseignantes à une configuration des séances en classe entière (cercles de parole dits « concentriques »), la forme prise par les séances de PRODAS est alors de deux demi-groupes en parallèle (un demi-groupe est animé par l'enseignant, pendant que l'autre demi-groupe, est animé par la personne du Planning Familial dans un autre lieu de l'école). Cette configuration ne permet pas à l'enseignant d'être accompagné par la personne du Planning Familial, ce qui complique son accès à l'autonomie dans l'animation du programme et nuit, par conséquent, à la production des effets. Ce type de données permet de saisir la façon dont le contexte joue sur la production des effets du programme.

Par ailleurs, dans la présentation des résultats de la thèse, les éléments de contexte présentés ne sont pas, ou peu, mis en lien avec les effets du programme. Par exemple, comme indiqué précédemment, il aurait été possible de spécifier pour chaque fonction-clé, en quoi elle est tributaire d'éléments contextuels. Ainsi, pour approfondir le travail engagé, un travail s'inscrivant dans une approche réaliste (124, 92) aurait permis d'approfondir le travail engagé en permettant d'identifier des micro-configurations liant différentes composantes.

3-Forces et limites du travail

3.1 Les écrits existant dans la littérature

Le travail qui a été mené peut être considéré comme novateur sur certains aspects. En effet, il vient combler un manque d'écrits dans la littérature, en termes de transférabilité des interventions en promotion de la santé et encore plus dans le champ du développement des CPS

en milieu scolaire. De plus, à part quelques exceptions (45, 127), les quelques articles existants restent très théoriques et apportent peu d'éléments pour envisager concrètement, dans la pratique, la transférabilité des interventions. Qui plus est, un des atouts de ce travail de thèse est d'avoir été mené en étroite collaboration avec les acteurs de la mise en œuvre du PRODAS, en particulier pour le repérage des fonctions-clés du programme, ce qui permet d'appréhender de façon concrète la transférabilité du programme sur de nouveaux territoires.

3.2 La polysémie des CPS

Une des limites des travaux réalisés dans le cadre de cette thèse, est liée au fait que la notion de CPS est polysémique. En effet, s'il peut exister un certain consensus quant à la définition des CPS retenue la plupart du temps par les acteurs du champ de la promotion de la santé en référence aux travaux de l'OMS (1, 52), la nature de ses composantes reste discutée et varient en fonction des auteurs et des disciplines dont ils sont issus (54). Par ailleurs, comme Daguzan et ses collaborateurs le précisent (2017) (55), si les CPS permettent de soutenir le développement de l'autodétermination et la capacité d'agir des individus, cette notion est également associée à l'idée de performance sociale. En effet, selon Argyle (1994) (56), elle renvoie à la capacité d'un individu à satisfaire ses attentes et ses besoins en produisant les effets désirés sur lui-même et sur d'autres personnes. A ce propos, Jacques Fortin pose très justement la question de l'objectif recherché, lorsqu'on travaille sur le développement des CPS (57) :

« S'agit-il d'améliorer certaines compétences : lesquelles ? Pourquoi celles-ci et pas d'autres ? S'agit-il de mobiliser des CPS dans la perspective de modifications d'attitudes et de comportements dans un domaine particulier ? S'agit-il du souci global de favoriser l'autonomie de l'enfant (démarche d'empowerment) ? »

Ainsi, en travaillant sur le développement des CPS, la frontière reste fine entre l'objectif de favoriser l'intégration de certaines normes sociales afin de satisfaire les attentes d'autrui et l'objectif de soutenir l'autonomie et à la capacité à se situer des enfants. Les CPS sous-tendent le risque d'accentuer la pression sociale à l'autonomie et la réalisation personnelle exercée sur les individus, en renvoyant la responsabilité du bien-être sur l'individu (128). Sujet d'autant plus délicat, lorsque le travail de développement des CPS se passe en milieu scolaire, milieu lui-même régi par des normes et des attentes en termes de performances et de réussite des élèves. Ce tiraillement potentiel entre des objectifs normatifs et des objectifs d'empowerment lors du travail sur le développement des CPS, doit avoir lieu au sein des structures qui portent les projets de développement des CPS en milieu scolaire, d'une part, afin de préciser leurs

propres objectifs, et d'autre part, afin d'évaluer si ces objectifs sont en phase avec ceux des professionnels du milieu scolaire.

De plus, il semble nécessaire de replacer au centre des considérations le contexte social des enfants bénéficiaires de programmes de développement des CPS, surtout lorsque ceux-ci vivent dans des quartiers vulnérables. En effet, les CPS n'ont pas vocation à modifier des conditions de vie d'ordre macro systémique (travail, logement...) mais s'insèrent dans un ensemble de stratégies globales et se centrent sur des actions destinées à agir sur les facteurs individuels. Un programme de développement des CPS en milieu scolaire, aussi probant et bien mené qu'il puisse être, ne répond pas (du moins directement) aux problématiques de chômage et de logement que les familles peuvent rencontrer sur ces territoires. Il semble nécessaire de penser la mise en œuvre de politiques publiques destinées à agir sur des facteurs plus collectifs, conjointement au développement des CPS.

3.3 Le PRODAS et les parents

Une limite peut être adressée au PRODAS. Depuis les années 90 de nombreux articles et méta-analyses portant sur les actions de prévention et de promotion de la santé en milieu scolaire (1, 70-72) défendent le recours à une approche écologique (129) dans la mise en œuvre d'un tel dispositif. Les actions de développement des CPS doivent être pensées dans les différents milieux de vie dans lesquels évolue l'individu. En cela, le PRODAS propose une intervention ciblée en milieu scolaire qui implique la communauté éducative, comprenant tant les élèves que les enseignants et l'établissement scolaire dans son ensemble. Il propose donc une action dans les différents systèmes de l'école, et répond par la même aux critères fondant les Bonnes Pratiques d'un programme, c'est-à-dire les pratiques d'un programme efficace (72). Cependant, le PRODAS, dans la manière dont il a été élaboré, ne considère pas le système entier de l'enfant puisque qu'aucun module ne s'adresse aux familles. Or, l'impact des programmes de développement des CPS des enfants varie aussi en fonction de la possibilité qu'ils ont d'expérimenter les CPS dans leur environnement immédiat, au-delà des séances (25). Une critique qui pourrait être adressée au PRODAS est que potentiellement, l'enfant pourrait ressentir un conflit de loyauté si les pratiques éducatives de sa famille lui interdisent de mettre en œuvre les différentes compétences qu'il a travaillées pendant les séances dédiées au programme dans sa classe. Le PF13 (119) a réfléchi à cet aspect, en proposant des formations à l'animation du programme en direction des personnels des centres sociaux des mêmes territoires que les écoles du dispositif PRODAS. L'objectif de ces formations était de toucher

les familles des enfants des écoles du dispositif PRODAS et de créer une cohérence dans le type d'interactions ayant lieu entre les professionnels et les familles. Cependant, les financements n'ont pas été aussi importants que ceux du PRODAS en milieu scolaire et n'ont pas pu être mis en œuvre sur tous les territoires ciblés. L'analyse des entretiens menés dans le cadre de ce travail de thèse (Article 3) a tout de même montré des effets perçus par les enseignants concernant les parents, de nature relationnelle, décrits sur l'un des territoires en termes de changement de regard sur leurs relations avec leurs enfants et avec les enseignants, et sur l'autre territoire, en termes d'amélioration des compétences d'écoute envers leurs enfants.

3.4 La difficulté de la co-construction dans l'élaboration de la Théorie du Programme

Concernant l'élaboration de la Théorie Du Programme (TDP), l'intention initiale de favoriser la co-construction par les différentes parties-prenantes des deux sites d'implantation (BDR et Vaucluse) a été mise à mal par les vagues successives de l'épidémie de COVID-19 qui ont entravé la mise en œuvre des réunions ou en ont modifié la forme et la facilité des échanges. Toutefois, un effort soutenu a été déployé afin d'organiser différentes modalités d'échange afin de cheminer au mieux dans ce projet.

4-Perspectives

Les résultats de ce travail de thèse conduisent à dégager des perspectives quant à la question de la transférabilité des interventions complexes en développement des CPS en milieu scolaire. Ces perspectives s'inscrivent dans une démarche de recherche visant à approfondir la compréhension du fonctionnement du PRODAS.

C'est en considérant les éléments du programme sur lesquels il existe actuellement moins de données, que les questions de recherche d'un prochain dispositif d'évaluation du PRODAS peuvent être prioritaires. Ainsi, la synthèse des études portant sur les effets du programme (Article 1), réalisée dans le cadre des travaux sur la transférabilité, fait état d'un nombre moins important d'études portant sur les effets du programme sur les élèves d'écoles maternelles, sans doute parce qu'il est moins facile d'évaluer ce type de programme sur cette tranche d'âge (peu d'outils existants, outils reposant surtout sur des méthodes qualitatives consommatrices de temps pour leur recueil et leur analyse). Pour autant, c'est une population sur laquelle on peut espérer que

les effets du programme puissent perdurer, il y a donc un intérêt à explorer les effets du programme chez les jeunes enfants. La synthèse fait également état d'un nombre moins important d'études portant sur les effets du programme sur les enseignants et sur les processus du programme.

A ce titre, un nouveau dispositif d'évaluation portant sur les effets à court terme du programme chez les enfants scolarisés à l'école maternelle, chez les enseignants et sur les processus du programme apporterait des données complémentaires à celles qui existent déjà. L'impact du programme sur les familles des enfants bénéficiant du PRODAS (parents, fratries...) constitue également un axe de recherche d'intérêt.

CHAPITRE VI:
CONCLUSION

Ces travaux de thèse s'inscrivent dans une volonté de répondre à un double enjeu : développer les connaissances relatives à la transférabilité des interventions en Promotion de la Santé et favoriser le déploiement des interventions visant le développement des CPS des enfants en milieu scolaire.

La transférabilité est une question qui se joue avec trois pôles d'intérêt : un pôle autour de l'identification des effets d'un programme, un autre pôle autour de la connaissance du contexte d'implantation et un dernier pôle autour de la connaissance du fonctionnement d'un programme. Dans le cadre du déploiement du PRODAS en région PACA, la démarche mise en œuvre, s'est intéressée tout à tour à chacun de ces piliers. Ainsi, après avoir identifié les effets qui pouvaient être attendus lors de la mise en œuvre de ce programme qui s'adresse aux enfants à partir de 4 ans (article 1) et réaffirmé l'importance de prendre en compte les éléments de contexte favorisant son déploiement (article 2), les ingrédients essentiels à la production de ses effets - ses fonctions-clés – ont pu être mis à jour (article 3), apportant une connaissance approfondie du programme, et une première version d'une Théorie du Programme a pu être élaborée, facilitant l'identification d'éléments du programme sur lesquels il existe actuellement moins de données.

Un des moteurs de ce travail était aussi de produire de l'information concernant le PRODAS et les programmes de développement des CPS en milieu scolaire, qui soit de qualité suffisante pour aider à la prise de décision. En effet, dans le champ de la promotion de la santé, les données probantes doivent être explicites et associer des savoirs scientifiques et expérientiels afin de servir la prise de décision. Ainsi, dans ces travaux de thèse, le fait de croiser des méthodes de différentes natures comme la revue de la littérature, la recherche documentaire ou encore la démarche qualitative par entretiens individuels et focus groups, a permis d'assurer la qualité des informations produites et de fournir des données suffisamment probantes, pouvant servir à la prise de décision. Il s'agit d'une étape indispensable dans ce domaine. Par ailleurs, la méthodologie utilisée est suffisamment décrite pour pouvoir être reproduite ou discutée.

L'identification des fonctions-clés du PRODAS a permis d'élaborer une grille de critères favorisant la transférabilité de programmes de Promotion de la Santé, spécifiquement dans le champ du développement des CPS en milieu scolaire. Au-delà du PRODAS, pris ici comme support à l'étude d'un programme complexe de développement des CPS en milieu scolaire, cette grille est potentiellement réutilisable pour identifier les éléments clés à transférer dans d'autres programmes du même type, ce qui constitue un enjeu majeur étant donné les effets qui

peuvent en être attendus, en termes de santé mentale et d'adaptation sociale, voire de santé physique et de réussite éducative. Les acteurs et les décideurs qui travaillent dans le champ de la Promotion de la Santé et des CPS, ont besoin de données qui leur permettent d'identifier des programmes probants, mais aussi de comprendre comment déployer ces programmes tout en conservant leurs effets.

Ce travail et les perspectives qu'il ouvre également à partir de l'élaboration de la Théorie du Programme, s'inscrivent dans le paradigme réaliste concernant l'évaluation des interventions complexes en promotion de la santé. Ce paradigme, au-delà du fait de répondre à la question de l'efficacité du programme (l'intervention donne-t-elle les effets attendus ?), permet de comprendre comment l'intervention fonctionne, auprès de quels publics et pourquoi. Dans un contexte de moyens limités dans le champ de la prévention, ces éléments permettent de faire évoluer l'intervention si nécessaire, en fonction du contexte, pour la rendre véritablement efficace, le cas échéant.

Ce travail appelle une co-construction avec l'ensemble des parties prenantes, ce qui répond en partie à un des enjeux de l'Éducation à la Santé en milieu scolaire, qui est d'accompagner les changements de paradigmes et de pratiques éducatives induits par les programmes de développement socio-affectifs.

En résumé, ce travail présente plusieurs intérêts majeurs : enrichir la littérature en fournissant une description détaillée de la méthodologie employée pour étudier la transférabilité du programme ; pouvoir envisager une évaluation complémentaire du PRODAS après avoir mis en lumière le fait qu'il y a moins de données concernant les effets du programme sur les jeunes enfants et leur entourage familial, ainsi que sur son fonctionnement ; envisager, à partir de ce programme prototypique dans le champ du développement des CPS en milieu scolaire, ce qu'il pourrait y avoir de commun (fonctions-clés et leviers) avec d'autres programmes qui ciblent aussi le développement des CPS en milieu scolaire, afin de favoriser la diffusion de ce type de programmes dans les meilleures conditions possibles.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- (1) World Health Organization (WHO). Life Skills Education in School. Geneva: WHO; 1997.
- (2) Mangrulkar L, Whitman C, Posner M. Life skills approach to child and adolescent healthy human development. PAHO Washington, DC. 2001:61p.
- (3) Weare K, Nind M. Mental health promotion and problem prevention in schools: What does the evidence say? Health Promot Int. 2011; 26 Suppl 1 : pp.29-69.
- (4) Durlak J, Weissberg R, Dymnicki A, Taylor R, Schellinger K. The Impact of Enhancing Students' Social and Emotional Learning: A Meta-Analysis of School-Based Universal Interventions. Child Dev Child. 2011; 82:pp.405-32.
- (5) Adi Y, Killoran A, Janmohamed K, Stewart-Brown S. Systematic review of the effectiveness of interventions to promote mental wellbeing in children in primary education: Report 1: Universal Approaches Non-violence related outcomes. [Internet] 2007. [cité 2021 août 02] Disponible sur : https://www.researchgate.net/publication/238721375_Systematic_review_of_the_effectiveness_of_interventions_to_promote_mental_wellbeing_in_children_in_primary_education_Report_1_Universal_Approaches_Non-violence_related_outcomes
- (6) Santé Publique France. Répertoire des interventions efficaces ou prometteuses [Internet] 2019. [cité 2019 déc 10] Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/a-propos/services/interventions-probantes-ou-prometteuses-en-prevention-et-promotion-de-la-sante/repertoire-des-interventions-efficaces-ou-prometteuses-en-prevention-et-promotion-de-la-sante>
- (7) Chaire de recherche en prévention des cancers INCA, IReSP, EHESP, UIPES, ARS Picardie. Synthèse d'interventions probantes pour le développement des compétences psychosociales: SIPrev (Stratégies d'interventions probantes en prévention). Rennes; 2017

- (8) Medical Research Council. A framework for development and evaluation of RCTs for complex interventions to improve health [Internet] 2000. [cité 2018 oct 08] Disponible sur : <https://mrc.ukri.org/documents/pdf/rcts-for-complex-interventions-to-improve-health/>
- (9) Craig P, Dieppe P, Macintyre S, Michie S, Nazareth I, Petticrew M. Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. *BMJ*. 2008; 337:a1655:6p.
- (10) Moore GF, Audrey S, Barker M, Bond L, Bonell C, Hardeman W, et al. Process evaluation of complex interventions: Medical Research Council guidance. *BMJ*. 2015; 350:h1258:7p.
- (11) Wang S, Moss JR, Hiller JE. Applicability and Transferability of Interventions in Evidence-Based Public Health. *Health Promot Int*. 2006; 21 (1):pp.76-83.
- (12) IREPS Auvergne-Rhône-Alpes. Définition et enjeux autour de la transférabilité des interventions en promotion de la santé : Quelques éléments de cadrage [Internet] 2018. [cité 2018 juil 15] Disponible sur : <http://ireps-ara.org/portail/portail.asp?idz=776>
- (13) Daguzan, A. Évaluation du Programme de Développement Affectif et Social (PRODAS) à Marseille Quartiers Saint Mauront et Belle de Mai. Journée régionale de la prévention et de la promotion de la santé, Des actions probantes, innovantes, transférables. 2014 ; Marseille.
- (14) Daguzan A, Jouve E, Gentile S, Sambuc R, Jamet F, Tichané L. (2015, novembre). Évaluation des effets du Programme de développement affectif et social (PRODAS) auprès d'enfants en école élémentaire. Congrès pluri-thématique de la Société Française de Santé Publique, Les déterminants sociaux de la santé : des connaissances à l'action. 2015 ; Marseille.
- (15) Tardy A, Roth B, Daguzan A, Sambuc R, Lagouanelle-Simeoni M-C. Effets d'un programme de développement des compétences psychosociales en milieu scolaire : Le Programme de Développement Affectif et Social (PRODAS) : Revue de la littérature. *Glob Health Promot*. 2021. doi:10.1177/17579759211007456

- (16) Saavedra R, Bigras QN, Dion J, Doudou, K. La production de la théorie du programme dans le cadre d'une évaluation participative : une étude de cas. *Canadian Journal of Program Evaluation*. 2016; 31(2):pp.137-64.
- (17) Arwidson P, Verry – Jolivet C, Inspire ID vers un dispositif favorisant des interventions fondées sur des données probantes. Colloque SFSP-ADELFF. 2017; Amiens.
- (18) Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Rapport sur la santé dans le monde [en ligne]. 2004 [Consulté le 2018 déc 28]; Disponible sur : https://www.who.int/whr/2004/en/report04_fr.pdf
- (19) Villeval M. Evaluation et transférabilité des interventions de réduction des inégalités sociales de santé : un programme de recherche interventionnelle [Thèse de doctorat]. France: Université Toulouse III (Paul Sabatier) ; 2015. 366 p.
- (20) Sherman D. A paradigm shift in selecting evidence based approaches for substance abuse prevention. *Prevention Tactics* 2010; 9(6):pp.1-11.
- (21) McQueen DV. The search for theory in health behaviour and health promotion. *Health Promot Int*. 1996; 11:27–32.
- (22) Mc Queen DV, Anderson LM. Données probantes et évaluation des programmes en promotion de la santé. *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé*. 2000; 7(1):pp.79-98.
- (23) Sackett DL RW, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't [editorial] *BMJ (Clinical research ed)*. 1996;312:pp.71-2.
- (24) Cambon L, Ridde V, Alla F. Réflexions et perspectives concernant l'evidence-based health promotion dans le contexte français. *RESP*. 2010; Volume 58(4):pp. 277-283.
- (25) Lamboy, B. Implanter des interventions fondées sur les données probantes pour développer les compétences psychosociales des enfants et des parents : enjeux et méthodes. *Devenir*. 2018; 4(4), pp.357-375.

(26) Lamboy B, Frattini M-O, Guével M-R, Mansour Z, Soudier B, Villeval M. Santé des populations : conjuguer données scientifiques et savoirs issus de l'expérience Une prévention/promotion de la santé fondée sur les données probantes. La santé en action [en ligne]. 2021 [Consulté le 2021 août 01] ; 456:4-5. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/la-sante-en-action-juin-2021-n-456-sante-des-populations-conjuguer-donnees-scientifiques-et-savoirs-issus-de-l-experience>

(27) Pagani V, Kivits J, Minary L, Cambon L, Claudot F, Alla F. La complexité : concept et enjeux pour les interventions de santé publique. Santé publique. 2017; vol. 29(1):pp. 31-39.

(28) Trottier L- H, Champagne F. L'Utilisation des connaissances scientifiques : au cœur des relations de coopération entre les acteurs. [Rapport de recherche] Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, Montréal : université de Montréal [En ligne]. 2006 [Consulté le 2018-04-28] ; 40 p. Disponible sur : <http://www.irspum.umontreal.ca/rapportpdf/R06-05.pdf>

(29) Guével MR, Porcherie M. Articuler les savoirs scientifiques et expérientiels pour réduire les inégalités. La santé en action [En ligne]. 2021 [Consulté le 2021 août 02] ; 456:pp.12-14. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/la-sante-en-action-juin-2021-n-456-sante-des-populations-conjuguer-donnees-scientifiques-et-savoirs-issus-de-l-experience>

(30) Morin, E. Introduction à la pensée complexe. Paris: Ed. Du Seuil, 1990.

(31) Craig P, Dieppe P, Macintyre S, Michie S, Nazareth I, Petticrew M. Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. BMJ. 2008; 337:a1655:6p.

(32) Moore GF, Audrey S, Barker M, Bond L, Bonell C, Hardeman W, et al. Process evaluation of complex interventions: Medical Research Council guidance. BMJ. 2015; 350:h1258:7p.

(33) Contandriopoulos AP, Rey L, Brousselle A, Champagne F. Évaluer une intervention complexe: enjeux conceptuels, méthodologiques, et opérationnels. Canadian Journal of Program Evaluation. 2012; 26:pp.1-16.

(34) Rickles D, Hawe P, Shiell A. A simple guide to chaos and complexity. *J Epidemiol Community Health*. 2007; 61(11):pp.933-7.

(35) Pawson R. *The Science of Evaluation: A Realist Manifesto*. Los Angeles, CA and London: Sage 216PP. ISBN 978 1-4462-5243-7 (pbk) 2013.

(36) Schloemer T, De Bock F, Schröder-Bäck P, Implementation of evidencebased health promotion and disease prevention interventions: theoretical and practical implications of the concept of transferability for decisionmaking and the transfer process. *Bundesgesundheitsbl*. 2021; 64:pp.534–543.

(37) Potvin L, Ruggiero E, Shoveller, J.A. Pour une science des solutions : la recherche interventionnelle en santé des populations. *La santé en action* [En ligne]. 2013 [consulté le 2017-04-04]; 425:13-16. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/la-sante-en-action-septembre-2013-n-425-recherche-interventionnelle-en-sante-publique-quand-chercheurs-et-acteurs-de-terrain-travaillent-ensemble>

(38) Murphy K. *Is this Evidence Useful to Me? Assessing the Applicability and Transferability of Evidence in CRICH Knowledge Translation Toolkit*. Toronto: Centre for Research on Inner City Health. 2011; 2p.

(39) Hawe P, Shiell A, Riley Th. Complex interventions: how “out of control” can a randomised controlled trial be? *Brit Med J*. 2004; 328 (7455): pp.1561-63.

(40) Buffet C, Ciliska D, Thomas H. Les choses ont fonctionné dans ce cas-là. Fonctionneront-elles dans ce cas-ci ? Outil d'évaluation de l'applicabilité et de la transférabilité des données probantes (A : Quand envisager de démarrer un programme ?). Hamilton, ON, Canada: Centre de collaboration nationale des méthodes et outils. 2011.

(41) Milat AJ, Newson R, King L, Rissel C, Wolfenden L, Bauman A, et al. A guide to scaling up population health interventions. *Public Health Res Pract*. 2016;26(1):e2611604.

- (42) Cambon L, Minary L, Ridde V, Alla F. Un outil pour accompagner la transférabilité des interventions en promotion de la santé : ASTAIRE. *Santé Publique*. 2014; 6(6) :pp.783-786.
- (43) Villeval M, Bidault E, Shoveller J, Alias F, Basson JC, Frasse C, et al. Enabling the transferability of complex interventions: exploring the combination of an intervention's key functions and implementation. *Int J Public Health*. 2016;61(9):pp.1031-8.
- (44) Schloemer T, Schröder-Bäck P. Criteria for evaluating transferability of health interventions: A systematic review and thematic synthesis. *Implementation Science*. 2018; 13(88). <https://doi.org/10.1186/s13012-018-0751-8>
- (45) Fianu A, Villeval M, Naty N, Favier F, Lang Th. Analyser la transférabilité d'une intervention : application du modèle fonctions clés/implémentation/contexte à un programme de prévention du diabète, *Santé Publique*. 2017; 29:pp. 525-534.
- (46) Lang T. Inégalités sociales de santé : sortir de la fatalité. Paris : Haut Conseil de la Santé Publique (HCSP) La documentation Française [En ligne]. 2010 [Consulté le 2017-04-12]; 99 p. Disponible sur : <http://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=113>
- (47) Lang T, Kelly-Irving M, Delpierre C. Inégalités sociales de santé : du modèle épidémiologique à l'intervention. Enchaînements et accumulations au cours de la vie. *Rev Epidemiol Sante Publique*. 2009; 57(6):pp. 429- 35.
- (48) Hawe P, Shiell A, Riley T. Theorising interventions as events in systems. *Am J Community Psychol*. 2009;43(3- 4):pp. 267-76.
- (49) Villeval M, Bidault E, Gaborit E, Grosclaude P, Haschar-Noé N, Lang T. Un programme de recherche interventionnelle (AAPRISS) visant à réduire les inégalités sociales de santé : méthodes et validation. *Can J Public Health*. 2015;106(6):e pp.434-441.
- (50) Villeval M, Bidault E, Shoveller J, Alias F, Basson JC, Frasse C, et al. Enabling the transferability of complex interventions: exploring the combination of an intervention's key functions and implementation. *Int J Public Health*. 2016; 61(9):pp. 1031-8.

(51) Cambon C, Terral Ph, Alla F. From intervention to interventional system: towards greater theorization in population health intervention research. BMC Public Health. 2019; 19:339:pp.2-7.

(52) 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 [En ligne]. 2003 [Consulté le 2017-05-03]:88 p. Disponible sur : http://www.who.int/school_youth_health/media/en/sch_skills4health_03.pdf

(53) World Health Organization (WHO). Preventing violence by developing life skills in children and adolescents. In: Violence prevention: the evidence. Geneva: WHO [En ligne]. 2010 [Consulté le 2017-05-04]; p. 27-43. Disponible sur : www.who.int/violence_injury_prevention/violence/4th_milestones_meeting/evidence_briefings_all.pdf

(54) Loisy C, et al. Chapitre 17. Évaluation des compétences du Socle commun en France : tensions et complexités, In: Christophe Dierendonck éd., L'évaluation des compétences en milieu scolaire et en milieu professionnel. De Boeck Supérieur, 2014, pp. 257-267.

(55) Daguzan A, Fonte D, Lagouanelle M-C, Lamouroux A, Pezé V. Éducation thérapeutique du patient : quand la compétence fait loi (ou presque). Priorités Santé. 2017 ; 50:pp. 18-19.

(56) Argyle M. Les compétences sociales. In: S. Moscovici, Ed. Psychologie sociale des relations à autrui. Paris : Nathan; 1994. pp. 87–118.

(57) Fortin J. Comment réussir un projet mobilisant les compétences psychosociales. La Santé en action [En ligne]. 2015 [Consulté le 2017-05-16]; 431, pp. 17-19. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/la-sante-en-action-mars-2015-n-431-developper-les-competences-psychosociales-chez-les-enfants-et-les-jeunes>

(58) Lamboy B, Guillemont J. Développer les compétences psychosociales des enfants et des parents : pourquoi et comment ? Devenir, 2014; 4(26), pp. 307-325.

(59) Lamboy B, Clément J, Saïas T, Guillemont J. Synthèses de connaissances sur les interventions de prévention auprès des jeunes : enjeux et méthodes. Santé Publique. 2011; 1(1), pp. 9-11.

(60) Shankland R, Lamboy B. Utilité des modèles théoriques pour la conception et l'évaluation de programmes en prévention et promotion de la santé. Pratiques psychologiques. 2011; 17(2), pp. 153–172.

(61) Accord-Cadre Ministère de l'Education nationale / Institut National pour la prévention et l'éducation pour la Santé [Internet]. 2010 [cité le 2021-05-14]. Disponible sur : https://cache.media.eduscol.education.fr/file/Sante/95/7/Accord_cadre_Dgesco_Inpes_CA_mars10_180957.pdf

(62) Ministère de l'Education Nationale. LOI n° 2013-595 du 8 juillet 2013 d'orientation et de programmation pour la refondation de l'école et de la République. Légifrance. <https://www.legifrance.gouv.fr/dossierlegislatif/JORFDOLE000026973437/>

(63) Ministère de l'Education Nationale. Décret n° 2015-372 du 31-03-2015 relatif au socle commun de connaissance, de compétences et de culture. Légifrance. <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000030426718>

(64) Ministère des Solidarités et de la Santé. 2016. Mise en place du parcours éducatif en santé pour tous les élèves. Légifrance. circulaire.legifrance.gouv.fr/pdf/2016/02/cir_40508.pdf

(65) Broussouloux S, Léal Y, Berger D. Un cadre de référence pour développer les compétences psychosociales à l'Ecole. La Santé en action [En ligne].2015 [consulté le 2017-04-011]; 431. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/la-sante-en-action-mars-2015-n-431-developper-les-competences-psychosociales-chez-les-enfants-et-les-jeunes>

(66) Modalités d'évaluation des acquis scolaires des élèves, site Eduscol de l'Education Nationale, mis à jour le 25 juillet 2016. En ligne :

<http://eduscol.education.fr/cid103780/modalites-d-evaluation-des-acquis-scolaires-des-eleves-rentree-2016.html>

(67) Ministère de l'éducation nationale et de la jeunesse. Vademecum – L'école promotrice de santé [En ligne]. 2020. [Consulté le 01/03/2020]; Edusanté. <https://www.promosante-idf.fr/sinformer/ressources-documentaires/lecole-promotrice-de-sante-vademecum-2020>

(68) Luis E, Lamboy B. Les compétences psychosociales : définition et état des connaissances. La Santé en action [En ligne].2015 [consulté le 2017-04-011]; 431. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/docs/la-sante-en-action-mars-2015-n-431-developper-les-competences-psychosociales-chez-les-enfants-et-les-jeunes>

(69) Collaborative for Academic, Social, and Emotional Learning (CASEL). The 2013 CASEL Guide: Effective Social and Emotional Learning Programs—Preschool and Elementary School Edition. Chicago: CASEL; 2012.

(70) Weissberg R P, Durlak J A, Domitrovich C E, Gullotta T P. (Eds.). Social and emotional learning: Past, present, and future. In: Durlak J A, Domitrovich C E, Weissberg R P, Gullotta T P, Eds. Handbook of social and emotional learning: Research and practice. The Guilford Press; 2015. pp. 3–19.

(71) Institut National de Santé Publique Québec. Rapport Pour des interventions intégrées et efficaces de promotion et prévention en contexte scolaire : assises théoriques, modèle et savoirs incontournables. Direction du développement des individus et des communautés. 2013; 63p.

(72) Stewart-Brown S. What is the evidence on school health promotion in improving health or preventing disease and, specifically, what is the effectiveness of the health promoting schools approach? Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network report [En ligne]. 2006 [Consulté le 2007-04-02]; 26p. Disponible sur : https://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/74653/E88185.pdf

(73) Lamboy B. Les CPS : de la recherche à la pratique. Etat des connaissances, partage d'expériences. Séminaire « En santé à l'école ». 2016.

(74) Institut Pacifique-rapport déposé au Conseil Canadien sur l'apprentissage. Recension des programmes d'intervention en milieu scolaire visant le mieux vivre ensemble : Qu'est-ce qui favorise leur efficacité et leur implantation ? 2009 :84p.

(75) CIRCM. Guide d'implantation des programmes d'habiletés sociales et de résolution de conflits en milieu scolaire. 2003:70p.

(76) Rapport d'analyse des processus pour les 3 années d'implantation du programme Vers le Pacifique du CIRCM-Analyse synthèse pour les 3 années de la mise en œuvre (2001-2004) Groupe d'étude sur la médiation en milieu scolaire (GEMMS) Montréal. 2005 :85p.

(77) Lamboy B. Les ateliers CPS-Enfants Mindful, Manuel d'implantation. AFEPS. 2017 :56p.

(78) Barry M M, Dowling K. Synthèse d'interventions probantes pour le développement des compétences psychosociales. Centre collaborateur OMS de recherche en promotion de la santé-National University of Ireland Galway. 2015.

(79) Durlak J, DuPre E. Implementation Matters: A Review of Research on the Influence of Implementation on Program Outcomes and the Factors Affecting Implementation. American Journal of Community Psychology. 2008; 41:pp. 327-350.

(80) Ferland F, Le développement de l'enfant au quotidien. De 0 à 6 ans, 2e édition. Éditions du CHU Sainte-Justine, 2018.

(81) Bessel H. Le développement socio-affectif de l'enfant. Actualisation; 1987, 250 p.

(82) Watzlawick P, Helmick J. Une logique de la communication. Paris: Le livre de poche. 1979.

(83) Rogers C. Le développement de la personne. Paris: Dunod. 1966.

- (84) ARS PACA, Schéma Régional de Prévention 2012-2016, Plan d'action « enfants, adolescents, jeunes ». Direction Santé Publique et Environnementale [En ligne]. 2012 [Consulté le 2017-04-28]; 70p. Disponible sur : https://www.paca.ars.sante.fr/sites/default/files/201701/Plan_d_action_Enfants_Ados_Jeunes_arspaca.pdf
- (85) Institut National de Promotion et d'Education à la Santé. Développer les compétences psychosociales chez les enfants et les jeunes. La Santé en Action. 2015; 431:50p.
- (86) Ateliers santé ville. Plateforme nationale de ressources [En ligne]. 2006 [Consulté le 2021-05-05]. Disponible sur : https://www.fabrique-territoires-sante.org/sites/default/files/recit_dexp_asv_marseille_0.pdf
- (87) Oubrayrie N. L'estime de soi de l'enfant et de l'adolescent. L'Echelle Toulousaine d'Estime de soi-ETES-comme technique d'évaluation. Prat Psychol. 1997 ; 2, pp. 39-53.
- (88) Bryant B K. An index of empathy for children and adolescents. Child development. 1982; 53.pp. 413-425.
- (89) Shankland R. Adaptation des jeunes à l'enseignement supérieur. Les pédagogies nouvelles : aide à l'adaptation ou facteur de marginalisation? [Thèse de doctorat en Psychologie Clinique et Psychopathologie], Université Paris VIII ; 2007.433p.
- (90) Chen H T, Rossi P H. The Multi-Goal, Theory-Driven Approach to Evaluation: A Model Linking Basic and Applied Social Science. Soc Forces Social. 1980; 59(1),pp. 106–122.
- (91) Weiss C. How Can Theory-Based Evaluation Make Greater Headway? Evaluation Review. 1997:21(51), 501-524.
- (92) Robert É, Ridde V. L'approche réaliste pour l'évaluation de programmes et la revue systématique : de la théorie à la pratique. Mesure et évaluation en éducation. 2013; 36(3):pp. 79–108.

- (93) Chen H T. Theory-driven evaluations. Sage. 1990.
- (94) Fischer G N, Tarquinio C. Les aspects psychosociaux dans les méthodologies en psychologie de la santé. *Prat Psychol.* 1999; 4, pp. 31–43.
- (95) Jodelet D. Aperçus sur les méthodologies qualitatives. In: Moscovici S, Buschini F, Eds. *Les méthodes des sciences humaines.* Paris : Presses Universitaires de France ; 2003. pp 139–162.
- (96) Santiago-Delefosse, M. Introduction. In: Santiago Delefosse M, Rouan G, Eds. *Les méthodes qualitatives en psychologie.* Paris : Dunod; 2001.pp. 1–9.
- (97) Delhez R. L’entretien non directif de recherche. Bien faire pour laisser dire : quelques repères pour qui s’exerce à mener un entretien de recherche ou d’enquête. *Les cahiers internationaux de psychologie sociale.* 1994; 21, pp. 43–69.
- (98) Michelat G. Sur l’utilisation de l’entretien non directif en sociologie. *Rev Fr Sociol.* 1975; 16(2), pp. 229-247.
- (99) Morgan D. Focus groups. *Annu Rev Sociol.* 1996; 22, pp. 129-152.
- (100) Krueger R A, Casey M A. *Focus groups: A practical guide for applied research.* Thousand Oaks : Sage publications. 2009.
- (101) Ministère de la Santé. LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé [Internet]. n° 2016-41. [cité le 2017-04-26]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2016/1/26/AFSX1418355L/jo/texte>
- (102) Bessel H. *Human Development Program Theory Manual.* Human Development Training Institute. 1969. 234 p.
- (103) Mateo S. Procédure pour conduire avec succès une revue de littérature selon la méthode PRISMA. *Kinesither Rev.* 2020;20(226):29–37.

- (104) Cambon L. Étude de la transférabilité des interventions de promotion de la santé dans une perspective de promotion des démarches "evidence based health promotion" : développement d'un outil d'analyse de la transférabilité des interventions [Thèse de doctorat Médecine humaine et pathologie]. Université de Lorraine; 2012.146p.
- (105) Breton E, Jabot F, Pommier J, Sherlaw W. La Promotion de La Santé, Comprendre Pour Agir Dans Le Monde Francophone. Rennes: Presses de l'EHESP; 2017.
- (106) Rayssiguier Y R, Huteau G. Politiques sociales et de santé Comprendre pour agir. Rennes: Presses de l'EHESP; 2012.
- (107) Kirszbaum T, Epstein R. "Synthèse de travaux universitaires et d'évaluation de la politique de la ville" (Rapport pour le Comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques de l'Assemblée nationale). 2010.
- (108) Ibee, G.W., Ryan-Finn, K.D. 'An Overview of Primary Prevention'. Journal of Counselling & Development 72. 1993.
- (109) Emile-Besse L. Le système éducatif américain, Revue internationale d'éducation de Sèvres, 35. 2004
- (110) Elardo Ph. T and Elardo R. A critical analysis of social development programs in elementary education. Journal of School Psychology. 1976. Vol. 14, No.2.
- (111) Lessard, Claude, et Anylène Carpentier. « 1. Bref historique des politiques éducatives », Politiques éducatives. La mise en œuvre, sous la direction de Lessard Claude, Carpentier Anylène. Presses Universitaires de France, 2015, pp. 7-37.
- (112) Robert, Bénédicte. « Les politiques scolaires de compensation en France et aux États-Unis. Diversité des acceptions et convergence des choix », Revue internationale de politique comparée, vol. 14, no. 3, 2007, pp. 437-448.

(113) Shiell A, Hawe P, Gold L. Complex interventions or complex systems? Implications for health economic evaluation. *BMJ*. 2008; 336(7656):pp. 1281-1283.

(114) Belmouloud Rosa. Etude de transférabilité d'un programme de développement des compétences psychosociales en milieu scolaire : Représentations sociales et enjeux institutionnels [Mémoire de Master 2 de Psychologie Sociale de la Santé]. Université Aix-Marseille; 2017. 123p.

(115) Corteggiani C. (2018) Freins et leviers à la mise en œuvre du Programme de Développement Affectif et Social des enfants en région Provence-Alpes-Côte d'Azur [Mémoire de Master 2 de Santé Publique]. Université Aix-Marseille; 2018. 43p.

(116) Planning Familial 13. Rapport d'activité 2016 [En ligne]. 2017 [Consulté le 2017-04-29] ; 13p. Disponible sur : https://www.leplanning13.org/wp-content/uploads/2018/10/pf13_ra2016.pdf

(117) Planning Familial 13. Le site du PF13 [En ligne]. Marseille : Planning Familial 13 ; c2020 [Consulté le 2020-04-29]. Disponible sur : <https://www.leplanning13.org/>

(118) Planning Familial 13. Espace de Ressources Numériques du PRODAS [En ligne]. Marseille : Planning Familial 13 ; c2016 [Consulté le 2020-04-29]. Disponible sur : prodas-cerclemagique.org/theorie/lecoute/

(119) Planning Familial 13. Rapport d'activité. Marseille; 2005, pp.41–42.

(120) Planning Familial 13. Bilans PRODAS. 2017-2018.

(121) OMS. Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2020 [En ligne]. 2013 [Consulté le 2017-05-26], 30p. Disponible sur : https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_R8-fr.pdf

(122) Cohen J, McCabe E M, Michelli N M, Pickeral T. School Climate: Research, Policy, Teacher Education and Practics. *Teach Coll Rect*. 2009; 111(1), pp. 180-213.

(123) Hawe P, Shiell A, Riley T, Gold, L. Methods for Exploring Implementation Variation and Local Context within a Cluster Randomized Community Intervention Trial. *Journal of epidemiology and community health*. 2004b;58. 788-93.

(124) Pawson R, Tilley N. An introduction to scientific realist evaluation. *Evaluation for the 21st century: A handbook*. 1997; 405-418, p.3.

(125) Roehrig C, Pradier Ch. Clés de l'adaptation française d'un programme américain de soutien à la parentalité. *Santé Publique*, 2017/5 Vol. 29:pp. 643-653.

(126) Kiefel M, Reynaud-Maurupt C, Poidevin E. Groupe de recherche sur la vulnérabilité sociale (GRVS), Le programme américain Good Behavior Game : premiers éléments de compréhension de sa transférabilité en France. *Éducation, Santé, Sociétés*. 2018; 5(1):pp. 99-119.

(127) Villeval M, Gaborit E, Berault F, Lang Th, Kelly-Irving M. Do the key functions of an intervention designed from the same specifications vary according to context? Investigating the transferability of a public health intervention in France. *Implement Sci*.2019; 14(35):13p.

(128) Fonte D, Lagouanelle-Simeoni, M C, Apostolidis T. Les compétences psychosociales en éducation thérapeutique du patient : des enjeux pour la pratique du psychologue. *Pratiques psychologiques*. 2017; 23(4):pp. 417-435.

(129) Bronfenbrenner U. Ecology of the family as a context for human development: Research perspectives. *Dev Psychol*. 1986; 22(6), pp. 723–742.

ANNEXES

Annexe 1 : Le Parcours éducatif de santé

Annexe 2 : Tableau synthèse des études portant sur les enfants (Article 1)

Annexe 3 : Tableau synthèse des études portant sur les adolescents (Article1)

Annexe 4 : Guide d'entretien (Article 2)

Annexe 5 : Grille d'analyse (Article 2)

Annexe 6 : Guide d'entretien (Article 3)

Annexe 7 : Guide d'analyse (Article 3)

Annexe 1 : Le Parcours éducatif de santé

Mise en place du parcours éducatif de santé pour tous les élèves

NOR : MENE1601852C

Circulaire n° 2016-008 du 28-1-2016

MENESR - DGESCO B3-1

Texte adressé aux rectrices et recteurs d'académie ; aux directrices et directeurs des écoles supérieures du professorat et de l'éducation ; aux inspectrices et inspecteurs d'académie-directrices et directeurs académiques des services de l'éducation nationale ; aux cheffes et chefs d'établissement ; aux inspectrices et inspecteurs d'académie-inspectrices et inspecteurs pédagogiques régionaux ; aux inspectrices et inspecteurs de l'éducation nationale chargé(e)s de l'enseignement technique ; aux inspectrices et inspecteurs de l'éducation nationale ; aux directrices et directeurs d'école ; aux conseillères et conseillers techniques sociaux et de santé

Enjeu primordial au sein du système éducatif, la santé, dans ses dimensions physique, psychique, sociale et environnementale, est un élément essentiel de l'éducation de tous les enfants et adolescents. Elle constitue un facteur important de leur réussite éducative. En effet, les données disponibles montrent que les inégalités de santé s'installent très précocement et que les conduites ayant une influence négative sur la santé se mettent en place dès l'enfance ou l'adolescence. Ainsi, la promotion de la santé en milieu scolaire constitue l'un des meilleurs leviers pour améliorer le bien-être et réduire les inégalités, en intervenant au moment où se développent les compétences et les connaissances utiles tout au long de la vie.

La mission de l'École en matière de santé consiste à :

- faire acquérir à chaque élève les connaissances, les compétences et la culture lui permettant de prendre en charge sa propre santé de façon autonome et responsable en référence à la mission émancipatrice de l'école ; l'éducation à la santé est l'une des composantes de l'éducation à la citoyenneté ;
- mettre en œuvre dans chaque école et dans chaque établissement des projets de prévention centrés sur les problématiques de santé, notamment celles susceptibles d'avoir un effet sur la réussite scolaire ;
- créer un environnement scolaire favorable à la santé et à la réussite scolaire de tous les élèves.

L'article L. 121-4-1 du code de l'éducation dispose qu'« au titre de sa mission d'éducation à la citoyenneté, le service public de l'éducation prépare les élèves à vivre en société et à devenir des citoyens responsables et libres, conscients des principes et des règles qui fondent la démocratie ». Les enseignements et les actions engagées dans le cadre de la promotion de la santé à l'école relèvent de cette mission.

La circulaire n° 2014-068 du 20 mai 2014 précise les modalités de la gouvernance de la politique éducative sociale et de santé en faveur des élèves ; elle prévoit notamment la mise en place d'une cellule académique, pilotée et coordonnée par le proviseur vie scolaire ou par l'inspecteur d'académie-inspecteur pédagogique régional établissements et vie scolaire, et réunissant les différents conseillers techniques des recteurs.

Les actions de promotion de la santé des élèves, assurées par tous les personnels, dans le respect des missions de chacun, prennent place au sein de la politique de santé à l'école qui se structure selon trois axes : l'éducation, la prévention et la protection.

Au sein des écoles et établissements scolaires, l'ensemble de ces actions de prévention, d'information, de visites médicales et de dépistage s'organise au bénéfice de chaque élève pour former un parcours éducatif de santé.

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. L'organisation du parcours éducatif de santé concerne toutes les écoles et tous les établissements ; son contenu est adapté aux besoins et demandes des élèves et aux ressources disponibles.

La présente circulaire a pour objet de présenter les modalités de mise en place du parcours éducatif de santé aux différents échelons de l'organisation du système scolaire.

La finalité du parcours éducatif de santé pour tous les élèves

Le parcours éducatif de santé permet d'explicitier ce qui est offert aux élèves en matière de santé à l'échelon de l'école, de la circonscription et de l'établissement scolaire en articulation étroite avec leur territoire :

- il structure et renforce l'action des établissements sur les différents déterminants de la réussite éducative et de la santé de tous les élèves dans le cadre des projets d'école et d'établissement ;
- il s'appuie sur le socle commun de connaissances, de compétences et de culture, les programmes scolaires, les besoins et demandes des élèves, et les ressources disponibles ;
- il s'inscrit dans le cadre du projet d'école ou d'établissement ;
- il constitue l'un des axes du projet du comité d'éducation à la santé et à la citoyenneté (CESC) ;
- il trouve son expression dans un document bref, intelligible par l'ensemble des parties prenantes, au premier rang desquelles les familles.

Le contenu du parcours éducatif de santé pour tous les élèves

Le parcours éducatif de santé :

- s'appuie sur l'expérience acquise par les acteurs et vise à la reconnaître, la mutualiser et l'enrichir ;
- s'appuie sur la démarche d'analyse des besoins et des demandes des élèves, conduite dans le cadre des projets d'école et d'établissement, et pour laquelle les personnels sociaux et de santé apportent leur expertise ; les interventions éducatives en santé associées aux enseignements permettent une meilleure prise en compte des déterminants de santé liés à la réussite scolaire ;
- peut prendre appui sur des objectifs définis au sein de la stratégie nationale de santé ;
- a une visée opérationnelle ; il décrit concrètement ce qui est mis en œuvre à destination des élèves ; il est communiqué à leurs familles dont la coopération et l'implication constituent une priorité dans la perspective d'une coéducation ;
- précise ce qui est proposé à tous les élèves et ce qui concerne spécifiquement ceux à besoins éducatifs particuliers du fait de leur situation sociale, d'une situation de handicap ou de maladie chronique.

Les axes du parcours éducatif de santé pour tous les élèves

Le parcours éducatif de santé est organisé autour de trois axes.

Un axe d'éducation à la santé

Basé 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. Dès la maternelle et pour chaque cycle sont décrites les acquisitions visées et les activités de classe effectuées par les enseignants.

Un axe de prévention

Les démarches de prévention mises en place à l'échelle de l'école et de l'établissement, associant les acteurs locaux en référence aux priorités de santé publique (agences régionales de santé, collectivités territoriales, associations, etc.), sont décrites. Cet axe de prévention présente les actions centrées sur une ou plusieurs problématiques de santé prioritaires ayant des dimensions éducatives et sociales (conduites addictives, alimentation et activité physique, vaccination, contraception, protection de l'enfance par exemple). Les démarches de prévention mobilisent les familles et les acteurs locaux. Elles peuvent donner lieu à des temps forts qui s'inscrivent dans la vie des écoles et des établissements.

Un axe de protection de la santé

Cet axe de protection de la santé, que la loi de modernisation du système de santé nomme « parcours de santé » en lien avec le médecin traitant, intègre des démarches liées à la protection de la santé des élèves mises en œuvre dans l'école et l'établissement dans le but d'offrir aux élèves l'environnement le plus favorable possible à leur santé et à leur bien-être. Ces démarches comprennent notamment :

- des actions visant à créer un climat d'établissement favorable à la santé et au bien-être de tous les membres de la communauté éducative ;
- des démarches centrées sur l'amélioration de l'environnement de l'établissement, de la restauration scolaire à l'ergonomie et à la qualité de l'entretien des locaux, en lien avec les collectivités territoriales ; la question des sanitaires devra faire l'objet d'une réflexion - associant dans le second degré conseils de la vie collégienne (CVC), conseils de la vie lycéenne (CVL) - pour répondre aux besoins de santé de tous les élèves ;
- une description des ressources disponibles pour les élèves et leurs familles en matière de santé comme les visites médicales et de dépistage, les examens systématiques et à la demande, le suivi infirmier, l'accompagnement social, les dispositifs locaux de prise en charge des enfants et adolescents (PMI, maisons des adolescents, secteur de psychiatrie, réseau « dys », etc.).

La mise en œuvre du parcours éducatif de santé pour tous les élèves

Partout où cela est possible, le parcours éducatif de santé sera construit dans le cadre inter-degrés. Le conseil écoles-collège constitue une instance permettant la mise en lien des parcours des élèves des écoles maternelles et élémentaires et de collège. Lorsqu'un CESC inter-degrés existe, le parcours éducatif de santé est commun aux écoles et au collège.

Les acteurs du parcours éducatif de santé à l'échelle de la circonscription et de l'école

Le parcours, dans ses différentes dimensions, mobilise l'ensemble de la communauté éducative : directeurs d'école, enseignants spécialisés ou non, psychologues scolaires, personnels sociaux et de santé intervenant auprès des élèves.

Il implique les partenaires de l'école (municipalités, acteurs du système de soin et de prévention, associations spécialisées en promotion de la santé) dans les démarches de prévention, de promotion et d'éducation pour la santé.

Le parcours éducatif de santé est rédigé par les équipes d'école de façon coordonnée à l'échelle de la circonscription sous l'autorité de l'inspecteur de l'éducation nationale (IEN).

Le parcours est l'un des constituants du projet d'école ; à ce titre, il est inscrit dans le projet d'école qui est adopté par le conseil d'école.

Les acteurs du parcours éducatif de santé à l'échelle de l'établissement public local d'enseignement

Le parcours, dans ses différentes dimensions, mobilise l'ensemble de la communauté éducative : chefs d'établissement et adjoints, enseignants, personnels sociaux et de santé, conseillers principaux d'éducation, conseillers d'orientation-psychologues, parents, élèves. Les CVL, et là où elles existent, les maisons des lycéens, et les CVC seront particulièrement mobilisés. Le conseil pédagogique peut également être associé à la réflexion sur le parcours éducatif de santé, notamment en termes de lien entre apprentissages scolaires et actions éducatives dans la construction des compétences liées à la santé et à la citoyenneté.

Il mobilise les partenaires de l'établissement (collectivités territoriales, acteurs du système de soin et de prévention, associations spécialisées en promotion de la santé) dans les démarches de prévention, de promotion et d'éducation pour la santé.

Le parcours est l'un des constituants du projet d'établissement et, par ses actions éducatives et pédagogiques, une composante essentielle du projet du CESC ; à ce titre, il est inscrit dans le projet d'établissement qui est adopté par le conseil d'administration.

Les acteurs du parcours éducatif de santé à l'échelle du département

Les inspectrices et inspecteurs d'académie-directrices et directeurs académiques des services de l'éducation nationale (IA-Dasen) organisent le service des médecins de l'éducation nationale et les visites médicales sur le territoire en prenant en compte les demandes et les besoins exprimés par les établissements dans le cadre des priorités académiques, en cohérence avec la mise en œuvre du parcours éducatif de santé dans les écoles et les établissements publics locaux d'enseignement.

Le pilotage national et académique de la mise en œuvre du parcours éducatif de santé

Le rôle des instances nationales et académiques est d'accompagner les établissements, circonscriptions et écoles dans la mise en œuvre du parcours éducatif de santé tant par la production d'un cadre de référence que par la valorisation des initiatives des établissements.

Le cadre national de référence du parcours éducatif de santé est élaboré par la direction générale de l'enseignement scolaire en lien avec les priorités de la politique de santé. La promotion de la santé à l'école est une politique intégrée au cœur de la mission de l'École, en cohérence avec d'autres politiques publiques (de santé, sociale, familiale et de la ville). Elle fait l'objet d'une évaluation.

La mise en œuvre du parcours éducatif de santé s'appuie sur des partenariats nationaux, 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, et sur des partenariats académiques.

L'échelon académique (circulaire n° 2011-216 du 2 décembre 2011) a en charge l'accompagnement opérationnel des établissements, des circonscriptions et des écoles. Cet accompagnement est assuré par la cellule académique, prévue dans la circulaire n° 2014-068 du 20 mai 2014, pilotée et coordonnée par le proviseur vie scolaire (PVS) ou par l'inspecteur d'académie-inspecteur pédagogique régional établissements et vie scolaire, et réunissant les différents conseillers techniques des recteurs.

Cette cellule académique a vocation à mettre en place des partenariats associant les écoles supérieures du professorat et de l'éducation (ESPE), les agences régionales de santé (ARS) et les collectivités territoriales. Les académies peuvent mobiliser les CESC départementaux pour la mise en place du parcours éducatif de santé.

L'accompagnement est mis en œuvre :

- par les cadres, PVS et inspecteurs, ainsi que par les personnels sociaux et de santé, les formateurs de l'éducation nationale et des ESPE ;

- en coordination avec les associations spécialisées en éducation à la santé, notamment en ce qui concerne les dispositifs fondés sur un partenariat avec les acteurs territoriaux.

La coopération entre établissements, circonscriptions et écoles

La mise en œuvre du parcours éducatif de santé est fondée sur une démarche de valorisation et d'enrichissement des pratiques des acteurs :

- une coordination des écoles et établissements sera recherchée au niveau des bassins et districts afin de recenser l'ensemble des ressources pour l'accompagnement de la santé des élèves permettant à chaque famille de trouver tant les informations relatives à la santé des enfants à l'école, au collège ou au lycée, que les coordonnées de l'ensemble des référents par établissement et par bassin ;

- un travail en réseau des écoles et des établissements pourra permettre des échanges de pratiques ou de ressources.

Le dispositif de la formation initiale et continue à l'échelon académique

La mise en place du parcours éducatif de santé nécessite le développement d'une culture commune aux personnels enseignants, d'éducation et de santé, fondée notamment sur un dispositif de formation initiale et continue par :

- l'organisation de formations d'initiative locale à l'échelle des établissements et des circonscriptions et dans le cadre des plans académiques de formation (Paf) ;

- le renforcement de la formation des personnels enseignants et d'éducation (selon le référentiel des compétences professionnelles des métiers du professorat et de l'éducation, arrêté du 1er juillet 2013) au sein des écoles supérieures du professorat et de l'éducation tant en ce qui concerne l'éducation à la santé que le repérage des difficultés de santé ;

- la formation des personnels de direction et d'inspection à l'école supérieure de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche (ESENESR) et au sein des académies.

Pour la ministre de l'éducation nationale, de l'enseignement supérieur et de la recherche
et par délégation,
La directrice générale de l'enseignement scolaire,
Florence Robine

Annexe 2 : Tableau synthèse des études portant sur les enfants (Article 1)

Auteurs (année de publication) Pays	Nature du document/ Discipline du 1er auteur	Type d'étude	Population de l'étude (âge, N = effectif, répartition par groupe)	Groupe(s) HDP/PRODAS nombre de groupes si >1 Fréquence des séances et durée d'exposition au programme	Groupe(s) de comparaison : nombre de groupes si >1 type d'intervention	Délai d'évaluation par rapport à la fin du programme (Court terme CT/Moyen terme MT/Long terme LT)	Critères de jugement (CJ)	Méthode (s) d'évaluation (qualitatives/quantitatives/mixtes)	Outils (+/-Techniques : à voir) : (dimension psychosociale en référence <i>oms/comportementale en italique</i> /dimension cognitive-intellectuelle-performance scolaire en gras)	Résultats encodés ns = non significatif s+ = augmentation significative s- = diminution significative td+ = tendance à l'augmentation td- = tendance à la diminution
Keelin (1976) (1) Etats-Unis	Article Sciences de l'éducation	Comparative : oui Randomisation : NP Echantillonnage : recrutement aléatoire Pré-test post-test	4 ans Effectif total N = 20 (effectif par groupe non précisé)	Nombre de groupe : NP Durée d'exposition : NP Nombre de séances : NP Durée des séances : 15 minutes Fréquence : 1/jour	Nombre de groupe : NP Intervention : 15 minutes/jour de groupe de parole en cercle sur des sujets comme vacances, travail ou ce qu'ils aiment	NP	<u>Enseignants :</u> Comportement <u>Enfants :</u> Relations interpersonnelles (S)	NP	<u>Enseignants :</u> <i>Teacher Observation Form B (Madsen, 1971)</i> <u>Enfants :</u> <i>Interpersonal Observation Form B (Madsen, 1970)</i>	Comportement de l'enseignant : NP Relations interpersonnelles des enfants : ns
Kleinpeter (1973) (2) Etats-Unis	Thèse de doctorat Philosophie	Comparative : oui Randomisée : non Echantillonnage : NP Pré-test post-test Solomon 4 groups design	4 à 5 ans Groupe intervention N=20 Groupe contrôle N= 20 Enfants dits vulnérables provenant de 3 centres différents	2 groupes issus de deux centres différents (centres 1 et 2) Durée d'exposition = 12 semaines Nombre de séances : NP Durée des séances = 15/20mn Fréquence = 1/jour	2 groupes issus de deux centres différents (centres 1 et 3) Sans intervention	CT	Concept de soi (Em) Conscience émotionnelle (Em) Comportement en classe (Comportement) Intelligence verbale (Performances scolaires)	Mixtes	IDS Self-Concept Referents Test (Brown, 1966) <i>Missouri Children's Behavior Checklist (Sines, Pauker, Owen, 1969)</i> Peabody Picture Vocabulary Test (Dunn, 1959), Preschool Teacher's Rating Scale (Kleinpeter, 1973) Knowledge of Affect words (adapté de Gilbert, 1969) Affect Acknowledgment Scale ad hoc Stick-figure Affect Discrimination Scale ad hoc Evaluative Responses of "good" and "bad" (Rhine, Hill, and Wandruffs, 1967)	Concept de soi : s+ Conscience émotionnelle : s+ Comportement en classe : sociabilité : s+, contrôle de soi : s- Intelligence verbale : ns

Brett (1978) cité par Robertson (1980) (3) Etats-Unis	Article Psychologie de l'éducation	Comparative : oui Randomisation : NP Echantillonnage : NP Solomon 4 groupes design	5 ans Effectif total N=145	Durée d'exposition : 6 mois Nombre de séances : NP Durée des séances : 20 mn Fréquence : 4/semaine	Lecture de contes	NP	Intelligence (Performances scolaires) Etat de préparation à la lecture (Performances scolaires)	Quanti	Group intelligence tests (Lorge-Thorndike, 1958) Reading readiness tests (Lee Clark, année non-précisée)	Intelligence : s+ Etat de préparation à la lecture : s+
Summerlin (1983) (4) Etats-Unis	Article Psychologie	Comparative : oui Randomisation : oui Echantillonnage : NP Post test seulement	6 ans Groupe intervention N = 39 Groupe contrôle N= 20	Durée d'exposition : 3 mois Nombre de séances : NP Durée des séances : 25 mn Fréquence : 3/semaine	Sans intervention	CT	Concept de soi (Em)	Quanti	Primary Self-Concept Inventory (PSCI) (Muller & Leonetti, 1974), 3 sous-scores : personal self, social self, intellectual self	Concept de soi : s+ (social self : s+, personal self : ns, intellectual self : ns)
MacDonell (1987) (5) Canada	Mémoire universitaire Psychologie éducative	Cohorte prospective Descriptive Non comparative	6 à 8 ans Effectif total N = 203	Durée d'exposition : 22 semaines Nombre de séances : NP Durée des séances : 20 à 25 minutes Fréquence : 1/ jour	—	CT	Conscience de soi (Em) Réalisation (Em/C) Interaction sociale (S)	Mixte	Developmental Profile (Bessell, 1987) à 6, 12, 18, 22 semaines Questionnaire parental Enregistrement et transcription des séances	Conscience de soi : s+ au cours du temps dès la 12ème semaine Réalisation : s+ au cours du temps dès la 12ème semaine Interaction sociale : s+ au cours du temps dès la 12ème semaine
Giltzow, S. D. (1982) (6) Etats-Unis	Thèse de doctorat Sciences de l'Education	Comparative Randomisation : oui, des enseignants et des élèves, stratifiée sur le comportement et la réussite scolaire Echantillonnage : NP Post-test seulement	6 à 10 ans Effectif total N =265 Effectif des enseignants N=10 La moitié de la population ne maîtrise pas l'anglais	Durée d'exposition : 4 mois Nombre de séances : NP Durée des séances : NP Fréquence : 3/semaine	Sans intervention	CT	<u>Enfants et enseignants :</u> Concept de soi (Em) <u>Enseignants :</u> Prise de conscience des besoins et des émotions des élèves	Mixtes	<u>Enfants :</u> Pictorial Self-Concept Scale (Bolea, Felker and Barnes, 1971) <u>Enseignants :</u> Tennessee Self Concept Scale (Fitts, 1965) Entretiens individuels	Concept de soi des enfants : s+ Concept de soi des enseignants : s+ Prise de conscience des besoins et des émotions des élèves accrue Plus grande préoccupation pour l'aspect affectif du développement des élèves Plus de satisfaction de soi avec l'enseignement en général

<p>Darrigrand et Gum (1973) (7) Etats-Unis</p>	<p>Rapport d'étude Sciences de l'éducation</p>	<p>Comparative : oui Randomisation : non Echantillonnage : recrutement de toute la population source (tous les élèves de CE2 des 2 écoles ont été inclus) Pré-test post- test</p>	<p>7 ans Groupe intervention N = 28 Groupe contrôle N = 29</p>	<p>Durée d'exposition : 10 semaines Nombre de séances : 50 séances Durée des séances : 20 mn Fréquence : 1/jour</p>	<p>Sans intervention</p>	<p>NP</p>	<p>Concept de soi (Em), Attitude envers l'école (Attitude) Relations avec les pairs (S)</p>	<p>Quanti</p>	<p>Self Concept Instrument (Sears, 1963) School Attitude Questionnaire (Fox, Luszki, & Schmuck, 1966) Social Distance Scale (Sears, 1963)</p>	<p>Concept de soi : s+, Attitude envers l'école : s+ Relations avec les pairs : s+</p>
<p>Halpin & Hartley (1972) (8) Etats-Unis</p>	<p>Article Psychologie de l'éducation</p>	<p>Comparative : oui Randomisation : non Echantillonnage : recrutement aléatoire parmi 5 classes de CE1 dans 5 villes, Analyses portant sur 19 enfants sélectionnés par TAS pour chaque classe Pré-test post- test</p>	<p>7 à 8 ans Effectif total N = 95</p>	<p>4 groupes Durée d'exposition : 5 semaines Nombre de séances : 10 pour 2 groupes et 5 pour les 2 autres groupes Durée des séances : NP Fréquence : 2 /semaine pour 2 groupes et 1/semaine pour les 2 autres groupes</p>	<p>Sans intervention</p>	<p>NP</p>	<p>Statut sociométrique (S) : écart entre le nombre de pairs choisis et le nombre de pairs rejetés</p>	<p>Quanti</p>	<p><i>Bonney and Fessenden Sociograph (1955)</i></p>	<p>Statut sociométrique : 10 séances versus 5 séances : s+ 10 séances versus groupe contrôle : s+ 5 séances versus groupe contrôle : ns</p>

Moskowitz, J., et al. (1982) (9) Etats-Unis	Article Psychologie sociale	Comparative : oui	8 ans																	
		Randomisation : oui, des classes, stratifiée sur les caractéristiques socio-économiques, d'urbanisation et d'enseignement Echantillonnage : NP Pré-test post-test	Groupe intervention N=217 Groupe contrôle N=250	Enseignants : Groupe intervention N=14 Groupe contrôle N=14	14 groupes Durée d'exposition : 25 semaines Nombre de séances : 22 (+/-8, 7) Durée des séances : NP Fréquence : 1/semaine	Sans intervention	CT				Mixtes									
										<u>Enfants :</u> Estime de soi sociale (Em) (1) Attitude envers les pairs (Attitude) (2) Estime de soi scolaire (Em) (3) Perception de l'attitude des pairs envers l'école (S) (4) Réussite scolaire (Performance) (5) Fréquentation scolaire (Comportement) (6) Comportements problématiques (Comportement) (7)										
										<u>Auto-mesure enfants:</u> Self Observation Scales (Intermediate Level, Form C) (Stenner & Katsenmeyer, n,d,) (2) Student Questionnaire (had hoc, partie 1 avec questions du IARQ (Crandall & al, 1965) , partie 2 avec items pour la mesure de l'estime de soi scolaire(3), l'attitude envers l'école, l'attitude envers des pairs(4)										
										Test de lecture (Stanford Diagnostic Reading Test) en pré test Test de maths et lecture en post test (Stanford Achievement Test) (5) <i>Nb d'absences inexcusées</i> , nb moyen d'absence par mois de janvier à avril (6) <i>Student Behavior report</i> (7) noté par enseignant										
										<u>Auto-mesure Enseignants</u> Teacher Questionnaire (satisfaction de l'enseignant, cohésion professorale, importance et efficacité d'attitne des objectifs pédagogiques du cercle magique										
										<u>Enfants :</u> analyse en sous-groupe filles-garçons Estime de soi sociale : garçons s+ Attitude envers les pairs : ns Estime de soi scolaire : ns Perception de l'attitude des pairs envers l'école : ns Réussite scolaire : ns Fréquentation scolaire : ns Comportements problématiques mineurs : garçons s+										
										<u>Enseignants :</u> Réalisation des objectifs du cercle magique : NP Utilisation des compétences développées dans le cercle magique au sein de la classe : s+ Satisfaction personnelle : s+ Faculté de cohésion : NP										
										<u>Enseignants :</u> Réalisation des objectifs du cercle magique Utilisation des compétences développées dans le cercle magique au sein de la classe Satisfaction personnelle Faculté de cohésion										

<p>Mestler (1976) (10) Etats-Unis</p>	<p>Article Sciences de l'éducation</p>	<p>Comparative : oui Randomisation : NP Echantillonnage : NP Pré-test post-test</p>	<p>8 à 9 ans majoritairement (minimum 7 ans, maximum 10 ans) Population défavorisée Effectif total N=76 (distribution par groupe non précisée)</p>	<p>2 groupes Durée d'exposition : 8 mois Nombre de séances : 60 Durée des séances : 20 mn Fréquence : 2/semaine</p>	<p>2 groupes sans intervention CT</p>	<p>Développement de la personnalité (adaptation à soi, aux autres, à l'environnement) (Em/S) Rendement scolaire (lecture et maths) (Performances scolaires) Taux d'absences non motivées (comportement) Attitude envers l'école (Attitude)</p>	<p>Quanti</p>	<p><i>Child Behavior Rating Scale (Cassell, 1972)</i> <i>Taux d'absences non motivées</i> Tests normalisés de rendement en mathématiques et en lecture</p>	<p>Développement de la personnalité (adaptation à soi, aux autres, à l'environnement) : s+ Rendement scolaire et absences : ns Attitude envers l'école : NP</p>
<p>Equipe hospitalo-universitaire du service de santé publique de l'AP-HM (2013) (11) France</p>	<p>Rapport d'évaluation Psychologie sociale</p>	<p>Comparative : oui Randomisation : non Echantillonnage : appariement sur les enseignants et l'école Post test seulement</p>	<p>8 à 9 ans Groupe intervention N=99 Groupe contrôle N=115</p>	<p>9 groupes Durée d'exposition : 3 ans Nombre de séances moyen : 13 à 14/an Durée des séances : 30 mn Fréquence : 1/semaine Enfants répartis en demi-groupes : petits parleurs et gros parleurs (homogénéité dans la dynamique de groupe)</p>	<p>8 groupes Sans d'intervention CT</p>	<p>Estime de soi scolaire, sociale et émotionnelle (Em) Empathie (S) Communication et écoute (S) Expression du ressenti (S) Ambiance de classe</p>	<p>Mixtes</p>	<p>Echelle Toulousaine d'estime de soi (Oubrayrie, De Léonardis & Safont, 1994; Safont, 1992) Echelle d'empathie (Bryant, 1982) Entretiens semi-directifs avec les enseignants</p>	<p><u>Effets du programme chez les enfants</u> : Estime de soi globale : s+ pour les petits parleurs Estime de soi scolaire : s+ chez les filles Estime de soi sociale et émotionnelle (Em) : ns Empathie et relations aux émotions : s+ pour les filles Communication et écoute : td+ pour les grands parleurs Expression des ressentis : td+ <u>Effets du programme perçus par les enseignants</u> : Meilleure connaissance des enfants Développement de l'écoute. Relation à l'élève moins distante Cohérence pédagogique pour développer des apprentissages en classe</p>

<p>Martin (1973) (12) Etats-Unis</p>	<p>Thèse de doctorat Sciences de l'éducation</p>	<p>Comparative : oui Randomisation : oui, par bloc et stratifiée sur score IAR et sexe Echantillonnage : tous les élèves de cm1 de l'école inclus Post-test uniquement</p>	<p>9 ans Groupe intervention N=30 Groupe contrôle N=31</p>	<p>4 groupes Durée d'exposition : 10 semaines Nombre de séances : 19 Durée des séances : NP Fréquence : 2/semaine</p>	<p>4 groupes sans intervention</p>	<p>CT</p>	<p>Contrôle interne global (Em/S) Contrôle interne événements positifs (Em/S) Contrôle interne événements négatifs (Em/S)</p>	<p>Quanti</p>	<p>Intellectual Achievement Responsibility Questionnaire (Crandall, Katkovsky, Crandall, 1965)</p>	<p>Contrôle interne global : ns Contrôle interne événements positif : ns Contrôle interne événements négatif : ns</p>
<p>Jackson (1973) (13) Etats-Unis</p>	<p>Thèse de doctorat Sciences de l'éducation</p>	<p>Comparative : oui Randomisée : oui, stratifiée sur sexe et rang au score IAR (<i>Intellectual Academic Achievement Responsibility Questionnaire</i>) Echantillonnage : aléatoire parmi base de sondage des 67 élèves de CM1</p>	<p>9 et 10 ans Groupe intervention N=32 Groupe contrôle N = 32</p>	<p>Durée d'exposition : 10 semaines Nombre de séances : 19 Durée des séances : 25 mn Fréquence : 2/semaine</p>	<p>Sans intervention</p>	<p>CT</p>	<p>Niveau de lecture (Performances scolaires) Concept de soi (Em)</p>	<p>Quanti</p>	<p>Self-concept and Motivation Inventory (SCAMIN) (Farrah, Milchus & Reitz, 1968) Intellectual-Academic Responsibility Questionnaire (Crandall, Katkovsky and Crandall, 1965) Informal Reading Inventory (auteur et année non précisés)</p>	<p>Niveau de lecture : s+ Concept de soi : ns</p>

<p>Observatoire Régional de la Santé Languedoc-Roussillon (2011) (14) France</p>	<p>Rapport d'évaluation Santé Publique</p>	<p>Cohorte prospective Descriptive Non comparative</p>	<p>9 et 10 ans 2 classes de 2 écoles dont une en Réseau d'éducation prioritaire (REP) Effectif total N=44</p>	<p>Durée d'exposition : 2 ans Nombre de séances : NP Durée des séances : NP Fréquence : NP</p>	<p>—</p>	<p>CT</p>	<p><u>Enfants</u> : Expression des ressentis (Em) Connaissance et conscience de soi (Em) Marques d'écoute (S)</p> <p><u>Enseignants</u> : Attitudes vis-à-vis des enfants et de l'équipe éducative Compétences de gestion du groupe et des conflits</p>	<p>Mixtes</p>	<p>Entretiens individuels et Focus groupe avec enseignants et animateurs Questionnaire ad hoc remplis par les enseignants</p> <p>Parents : Les parents ont quelquefois eux-mêmes témoigné d'un changement dans le discours ou l'attitude de leur enfant, à la maison et avec leurs camarades, changement qu'ils ont considéré comme positif. Les parents qui ont suivi la mise en œuvre du programme y ont d'ailleurs adhéré sans aucune réticence.</p>	<p><u>Enfants</u> : Expression des ressentis : td+ Connaissance et conscience de soi : td+ Marques d'écoute : td+ dans la classe non REP Autres : rapport filles/garçons, rapport aux règles, compétences de communication, gestion des conflits td+</p> <p><u>Enseignants</u> : Changement de regard sur l'enfant en difficulté scolaire Authenticité vis à vis des enfants Cohésion au sein de l'équipe enseignante Meilleure gestion de conflit Réinvestissement de la posture d'écoute en dehors des séances</p>
<p>Harris (1976) (15) Etats-Unis</p>	<p>Article Sciences de l'éducation</p>	<p>Comparative : oui Randomisation : oui, par bloc et stratifiée sur le sexe Echantillonnage : volontariat Pré-test post-test</p>	<p>10 à 12 ans Groupe intervention HDP/PRODAS N = 16 Groupe intervention autre N = 16 Groupe contrôle N = 17 Groupe placebo N = 16</p>	<p>2 groupes de 8 Durée d'exposition : NP Nombre de séances : 15 séances Durée des séances : 25 minutes Fréquence : 2/semaine</p>	<p>5 groupes de comparaison 2 groupes intervention autre = Rational Emotive Education program (REE) 2 groupes placebo (activités libres avec les intervenants dans une atmosphère bienveillante) 1 groupe contrôle (pas de contact</p>	<p>CT : Post-test 5 jours après la dernière séance puis 4 semaines après</p>	<p>Pensée rationnelle (Autre) Connaissance du contenu de l'éducation rationnelle et émotive (Autre) Contrôle interne (concept de locus of control) (Em/S) Acceptation de soi (Em) Développement de la conscience de soi (Em), de la confiance en soi et de l'efficacité (Em/C) et de la tolérance (S)</p>	<p>Quanti</p>	<p>Self-concept and ideal self-discrepancy scale (Lipsitt, 1958) Developmental Profile (Bessell, 1987) Children's Locus of Control Scale, (Bialer-Cromwell, 1974) Inventory of Rational Thinking (IRT) (développé pour l'étude) Test of rational-emotional education content (REE) ad hoc</p>	<p>Pensée rationnelle : ns Connaissance du contenu de l'éducation rationnelle et émotive : ns Contrôle interne : ns Acceptation de soi : ns Développement de la conscience de soi, de la confiance en soi et de l'efficacité, et tolérance : ns mais sous-groupe filles s+ versus garçons</p>

avec les intervenants)

Tremblay & Home (1990) (16)
Canada

Article Sciences sociales

Cohorte prospective Descriptive Non comparative

10 à 12 ans
Effectif total = NP
Elèves "agressifs" et "prosociaux" (proportion NP)

Durée d'exposition : 5 mois
Nombre de séances : 26
Durée des séances : 50 mn
Fréquence : NP

—

CT

Développement affectif et social incluant Conscience de soi (Em), Réalisation (Em/C), Interaction sociale (S) Estime de soi (Em) Contrôle de soi (Em) Comportements prosociaux (Comportement) Comportements agressifs (comportement)

Mixtes

Profil de développement affectif et social (Bessell, 1987) : 6, 12, 18, 24, 30ème rencontre
Questionnaire d'auto-évaluation (Hébert, 1987)
Questionnaire ad hoc d'évaluation des comportements coopérateurs et destructeurs (rempli par les parents et enseignants)
Cahier de bord ad hoc

Analyse par sous-groupe agressifs et prosociaux : Développement affectif et social (Conscience de soi, Réalisation, Interaction sociale) : td+ à partir de la 18ème séance
Estime de soi : td+ pour les deux sous-groupes
Contrôle de soi : td+ pour les deux sous-groupes
Comportements prosociaux : td+ pour le sous-groupe agressif = plus de comportements prosociaux
Comportements agressifs : td+ pour le sous-groupe agressif = moins de comportements agressifs

Annexe 3 : Tableau synthèse des études portant sur les adolescents (Article1)

Auteurs (année de publication) Pays	Nature du document/ Discipline du 1er auteur	Type d'étude	Population de l'étude (âge, N = effectif, répartition par groupe)	Groupe(s) HDP/PRODAS nombre de groupes si >1 Fréquence des séances et durée d'exposition au programme	Groupe(s) de comparaison : nombre de groupes si >1 type d'intervention	Délai d'évaluation par rapport à la fin du programme (Court terme CT/Moyen terme MT/Long terme LT)	Critères de jugement	Méthode (s) d'évaluation (qualitatives/ quantitatives/ mixtes)	Outils (+/-Techniques : à voir) : (dimension psychosociale en référence <i>oms/comportementale en italique/dimension cognitive-intellectuelle-performance scolaire en gras</i>)	Résultats encodés ns = non significatif s+ = amélioration significative s- = détérioration significative td+ = tendance à l'amélioration td- = tendance à la détérioration
Wanat (1983) (17) Etats-Unis	Article Sciences de l'éducation	Comparative : Oui Randomisation : Oui, stratifiée sur le sexe, l'âge, l'origine ethnique, le niveau de classe, le QI Echantillonnage : recrutement sur la base d'une série de tests parmi les élèves d'un lycée spécialisé dans les troubles des apprentissages Pré-test post-test	15 à 18 ans Groupe intervention N= 15 Groupe contrôle N=15 Troubles des apprentissages Majoritairement des garçons	Durée d'exposition : 16 semaines Nombre de séances : 80 Durée des séances : 55 minutes Fréquence : 1/jour	Sans intervention	CT	Concept de soi (Em) Relations interpersonnelles (Comportement)	Quanti	Children's Self-Concept Scale (Piers & Harris, 1969) <i>Fundamental Interpersonal Relations Orientation-Behavior (FIRO-B) (Schutz, 1978)</i>	Concept de soi : s+ Relations interpersonnelles : s+
IREPS Languedoc Roussillon (2014) (18) France <u>Année 1</u>	Rapport d'évaluation Santé publique	Comparative : Non Randomisation : Non Echantillonnage : NP Post-test uniquement	15 à 18 ans Effectif total N= 187 Effectif enseignants et animateurs N=17	19 groupes Durée d'exposition : 8 mois Nombre de séance : en moyenne 12 [2 à 20] Durée des séances : NP Fréquence : NP	—	CT	Communication et écoute (S) Expression des ressentis (S) Affirmation de soi (S) Acceptation de l'autre (S) Ambiance de classe	Mixtes	Questionnaire ad hoc rempli par les professionnels Tableau de bord après chaque séance Entretien de groupe auprès des élèves	Communication et écoute : td+ Expression des ressentis : td+ Affirmation de soi : td+ Acceptation de l'autre : td+ Ambiance de classe : td+ Effets sur les enseignants + Effets sur la famille et autres lycéens

<p>CODES Gard (2015) (19) France <u>Année 2</u></p>	<p>Rapport d'évaluation Santé publique</p>	<p>Comparative : Non Randomisation : Non Echantillonnage : NP Post-test uniquement</p>	<p>15 à 18 ans Effectif total N= 173</p>	<p>19 groupes Durée d'exposition : 6 mois Nombre de séance : en moyenne 7 [2 à 10] Durée des séances : NP Fréquence : NP</p>	<p>— CT</p>	<p>Communication et écoute (S) Expression des ressentis (S) Affirmation de soi (S) Acceptation de l'autre (S) Ambiance de classe</p>	<p>Mixtes</p>	<p>Questionnaire ad hoc rempli par les professionnels Tableau de bord après chaque séance Entretien de groupe auprès des élèves</p>	<p>Communication et écoute : td+ Expression des ressentis : NP Affirmation de soi : td+ Acceptation de l'autre : td+ Ambiance de la classe : NP</p> <p>Effets moins marqués qu'année 1</p> <p>Effets sur les enseignants + (meilleurs qu'année 1) Effets sur la famille et autres lycéens</p>
<p>Brunel (1986) (20) Canada</p>	<p>Article Sciences de l'éducation</p>	<p>Comparative : Oui Randomisation : Non Echantillonnage : NP Pré-test post-test</p>	<p>16 à 19 ans Effectif total N= 50 Uniquement des garçons Niveau secondaire professionnel</p>	<p>2 groupes Groupe 1 : Transformation (PRODAS pour les adolescents) seul (N=12) Groupe 2 : Transformation et atelier d'écriture sur soi (Méthode Progoff) (N=10) Durée d'exposition : 15 semaines Nombre de séances : NP Durée des séances : 60 minutes Fréquence : 1/semaine</p>	<p>2 groupes Groupe 3 : écriture seule (Méthode Progoff) Groupe 4 : cours régulier de français</p>	<p>NP</p> <p>Estime de soi (Em) Spontanéité (Em) Acceptation de soi (Em) Concept de soi (Em)</p>	<p>Mixtes</p>	<p>Tennessee-Self-Concept Scale (TSCS) (W Fitts, 1965), traduction française (JM Toulouse, 1971) <i>Personal Orientation Inventory (POI)</i> (Everett Shostrom , 1963) <i>Auto-description libre écrite (Qui suis-je ?)+analyse inspirée des catégories du General Inquiry</i> (Mc Laughlin, 1966) <i>Entretien semi-structuré</i></p>	<p><u>Groupe 1 versus groupe 4 :</u> Estime de soi : ns Spontanéité : ns Acceptation de soi : ns Concept de soi : références à caractère interne (pensées, valeurs, sentiments, intérêts) : s+ ; coefficient d'identité personnelle : s+</p>

Annexe 4 : Guide d'entretien (Article 2)

Thème 1 (définition et contenu du DAS) et question de départ

Je souhaiterais que vous me parliez de ce que c'est pour vous, le développement social et affectif de l'enfant (de 4 à 12 ans) de manière générale

-Comment ça se manifeste, pour vous, le développement social et affectif ?

-Selon vous, quelle peut être l'utilité/ l'intérêt du développement social et affectif ?
(dans les différents contextes)

Thème 2 : Les stratégies mises en place pour favoriser le DAS

Pouvez-vous me dire ce qu'on pourrait faire, selon vous, pour favoriser ce développement affectif et social ? (Préciser après/si la personne n'en parle pas : dans les différents contextes)

-A votre avis, quelle attitude de l'adulte favorise ce développement ?

-Difficultés : pensez-vous que l'on peut être confronté à d'éventuelles difficultés dans ce développement ?

Thème 3 : Le rôle de l'école et de l'enseignant

-Selon vous, comment l'école peut être liée au développement social et affectif ?

Thème 4 : Les acteurs de l'éducation et de la santé

Quels seraient pour vous, les personnes, acteurs ou institutions liées au développement social et affectif ?

-En quoi, selon vous, le développement social et affectif pourrait être lié à l'éducation ?

-En quoi, selon vous, le développement social et affectif pourrait être lié à la santé ?

Thème 5 : représentations de l'exogroupe

-Comment concevez-vous la place de l'éducation dans le développement social et affectif ?

-Comment concevez-vous la place de la santé dans le développement social et affectif ?

Annexe 5 : Grille d'analyse (Article 2)

Catégories	Thèmes supra-ordonnés	Exemples de thèmes
1 Définitions du développement affectif et social	Définitions générales (évocations spontanées)	Un ensemble de savoir-être et savoir-faire (thème 3) Equivaut à développer les compétences psychosociales (thème 4)
	Comment s'opère le DAS ?	Développement par stades en fonction de l'âge et de ce que vit l'enfant (thème 2)
	A quoi reconnaît-on un « bon » DAS (signes observables)	Aux interactions entre pairs (l'intégration de l'enfant dans le groupe) et La manière de gérer les conflits (thème 4)
		Dans l'envie d'apprendre/ l'attention (thème 2)
2 Les dimensions du développement social et affectif	Le développement social.	Relations positives avec les pairs et avec l'adulte (thème 1) Développer son empathie (thème 3)
	Le développement affectif	Amener l'enfant à « s'écouter ». Reconnaître et Exprimer des émotions (thème 1)
	Le développement cognitif	Amener l'enfant à intégrer ce qu'il apprend/à être actif dans son apprentissage (thème 2)
3 Les buts, les bénéfices et l'utilité du DAS	Visée sociétale/ macrosystémique du DAS	Former des individus « acteurs de la société, responsables, autonomes » (thème 2)
	Visée/intérêts du DAS à l'école	Favorisent les apprentissages (thème 1) Promouvoir le Vivre-ensemble, le bon climat de classe (thème 3)
	Intérêts du DAS pour la santé	Améliore la santé globale/prévenir les problèmes de santé (thème 1)
	Visées intraindividuelles.	Etre un adulte équilibré (thème 2)

4	Les stratégies destinées à favoriser le DAS	Stratégies scolaires	Se développe à travers des programmes spécifiques ou activités permettant de travailler le DAS (thème 1)
		Rôle et stratégies de l'enseignant	Etre à l'écoute/ instaurer une relation de confiance et un climat bienveillant (thème 2)
		Accompagner et soutenir les parents.	Amener les parents à penser leur propre fonction parentale/ leurs CPS, les soutenir (parentalité positive) et les orienter (thème 1)
		Le travail sur la posture de l'enseignant	Doit travailler son propre DAS (introspection et travail sur les émotions, la communication...) (thème 1)
		Agir sur les déterminants sociaux	Réduire la précarité et les inégalités sociales : emploi stable, accès aux soins, à la culture, au logement décent, au revenu universel (thème 1)
		Sensibiliser les acteurs au DAS	Sensibiliser les acteurs quant au lien entre éducation et santé (thème 3)
5	Freins et difficultés relatives au DAS	Coopérer et légiférer	Nécessaire cohérence des pratiques entre les acteurs en lien avec l'enfant (thème 2)
		Les difficultés relatives au contexte familial, social et économique	Les incohérences entre éducation familiale et éducation scolaire (thème 2)
		Freins relatifs à la santé de l'enfant	Peu de moyens disponibles pour accompagner le DAS (à l'école ou dans d'autres structures), gestion de l'urgence (thème 4)
		Fracture et dissensions entre les institutions impliquées dans le DAS	Les problèmes de santé (physiques) et la maladie impactent le DAS (thème 1)
		Difficultés relatives à l'enseignant	Trop d'exigence avec l'école (l'école ne prend pas en charge en individuel et ne peut pas tout prendre en charge) (thème 3)
		Posture difficile et Menaçante (se dévoiler, être moins autoritaire, ne pas	

		maintenir de distance suffisante) (thème 1)
	Difficultés relatives à l'élève	Certains enfants (ou à certains âges) ne veulent pas dévoiler leurs expériences personnelles et leur ressenti aux adultes (thème 1)
6	Critiques / limites adressées au DAS	Peuvent à tort être considérées comme une recette miracle (thème 5) Les CPS ne veulent rien dire (fourre-tout) (thème 7)
	Le lien entre l'école et la DAS	L'école est très liée au DAS (difficiles à distinguer) (thème 1) L'école n'a pas un rôle prioritaire dans cette mission (ou bien cette tâche incombe d'abord aux parents) (thème 4)
7	Les acteurs en lien avec le DAS	Fait partie de la santé globale (biopsychosociale) (thème 1) Prendre en compte le contexte social pour mieux sensibiliser les personnes (thème 2) Passer d'une vision mécanique de la santé à une vision globale (thème 4)
	Le rôle des professionnels de santé	Nécessaire implication des parents (thème 1)
	Les autres acteurs	Les personnes ayant un pouvoir de décision sur les politiques publiques

Note. N = 12.

Annexe 6 : Guide d'entretien (Article 3)

Catégorie de critères	Facteurs internes au programme nécessaires à la qualité de l'implantation				
Récapitulatif des critères	Accessibilité du programme	Reconnaissance du programme par les équipes éducatives	Modalités de suivi qui favorisent un engagement continu des équipes éducatives	La qualité de la gestion de projet	Niveau de fidélité au contenu et au format des activités du programme
Questions	Le programme vous paraît-il suffisamment clair et simple pour être accessible ?	A quoi voyez-vous que le programme est accepté et reconnu par les équipes éducatives, si tel est le cas ?	Selon vous, le dispositif PRODAS favorise-t-il un engagement continu des équipes éducatives ?	Selon vous, comment s'effectue ou pourrait s'effectuer la gestion de projet du programme ?	Selon vous, existent-ils des moyens qui permettent de réguler le niveau de fidélité au contenu et au format des activités du programme ? Si oui lesquels ?

Catégorie de critères	Caractéristiques du programme visant le développement socio-affectif de l'enfant						
Récapitulatif des critères	Durée et intensité du programme	Personnes susceptibles d'être touchées par le programme	Effets perçus du programme	Application du programme a l'ensemble de la vie scolaire	Compatibilité du programme avec les missions de l'école, ses priorités et ses valeurs	Interventions qui se concentrent sur le développement socio-affectif positif des enfants comme base de compétences pour de futures interventions de prévention ciblées sur certains risques (exemple la santé sexuelle)	Philosophie d'intervention
Questions	Selon vous, dans quelle mesure le programme est mis en œuvre suffisamment longtemps, suffisamment tôt et de manière suffisamment intense dans les écoles ?	Selon vous quelles personnes en lien avec l'école le PRODAS permet-il de toucher ? Et de quelle façon suivant les personnes ?	Quels effets du PRODAS percevez-vous ?	Selon vous, à quels contextes de la vie scolaire le programme s'applique-t-il ? De quelle façon pour chaque contexte ?	Selon vous, dans quelle mesure le programme est-il compatible aux missions de l'école, ses priorités et ses valeurs ?	Jusqu'à quel point pensez-vous que le programme puisse fournir un socle/ une base de compétences sur laquelle des interventions de prévention qui ciblent des problèmes spécifiques (exemple la santé sexuelle) peuvent être menées ?	Pour vous à quelle(s) philosophie(s) d'intervention renvoie le PRODAS ? Et comment cette philosophie se reprend-elle au sein du groupe ?

Catégorie de critères

Facteurs externes qui favorisent ou freinent l'implantation du programme

Récapitulatif des critères

Caractéristiques des écoles qui influencent la mise en œuvre du programme

Soutien institutionnel au programme à tous les échelons

Equilibre entre les approches universelles et ciblées (programme qui s'adresse à tous les enfants mais mis en œuvre en direction de publics vulnérables)

Questions

Pouvez-vous réfléchir aux caractéristiques des écoles qui influenceraient la qualité de la mise en œuvre du programme ?

Pour les enseignants : le PRODAS bénéficie de plusieurs soutiens institutionnels : ARS, Contrat de Ville, Ville, Education nationale, qu'est-ce que ces soutiens représentent pour vous ? Pour le groupe Comité de suivi : Comment décririez-vous le soutien institutionnel à ce programme en fonction des institutions et des échelons ?

Que représente pour vous le fait de mettre en place un programme universel (qui s'adresse à tous les enfants) sur des territoires en QPV/REP+ ?

Annexe 7 : Grille d'analyse (Article 3)

CATEGORIES	GRANDS THEMES	THEMES	SEQUENCES / CODES	
CRITERES DE CHOIX CONCERNANT LES LIEUX DE MISE EN ŒUVRE	Pertinence, ou non, de la mise en œuvre du programme en territoire REP +	Politique de quartiers et d'éducation prioritaire favorable (formations, dédoublement des classes, financements...)		
		Dynamique au sein des écoles REP + favorable (Confiance des parents, jeunes ouverts, enseignants bienveillants...)		
		Répond à des besoins et des problématiques spécifiques des territoires REP +		
		Ne répond pas à tous les besoins et des problématiques spécifiques des territoires REP +/Ne répond pas aux besoins de publics particuliers (ex. enfants victimes de violences conjugales...)		
		Risque de stigmatisation des enfants/discrimination positive		
		Souhait que le programme soit à destination de tous les enfants (Ecoles non prioritaires, CLIS...)		
	Universalisme du programme et implantation en territoire REP +	Découpage politique de la Ville excluant certains territoires		
		Liste des critères de choix des écoles	Définition d'une méthode de choix des écoles par une liste de critères	
			Influence du critère « taille de l'école » sur la mise en œuvre du programme	
	PRODAS pourrait améliorer le critère « entente et dynamique de l'école »			
	LA PLACE DU PRODAS AU SEIN DU CADRE SCOLAIRE	Formation EN des enseignants	Manque de formation EN sur certains aspects (émotions, conflits, psychologie...)	
			Souhaits des enseignants sur leur formation peu considérés	

		Nouvelles perspectives de formation et de pratique chez les enseignants envisagées par l'EN		
		Souhait d'intégrer le PRODAS à la formation initiale et continue des enseignants		
	Intervention associative, extérieure à l'EN	Restrictions des interventions extérieures à l'institution		
		Le cadre expérimental dont bénéficié le PF sera réduit et transformé		
		Souhait que l'association formatrice modélise davantage son intervention au cadre de l'enseignement		
	Cohérence avec les dispositifs présents à l'école	Dispositifs éducatifs zone défavorisés (coup de pouce, CLA, PRE...)		
		Lien actions d'éducation pour la santé (alimentation, saturnisme, santé bucco-dentaire...)		
		Projet indépendant et équivalent du PRODAS (CPS)		
	Adéquation avec les valeurs et les perspectives de l'école et de l'enseignement	Evaluation scolaire avec un regard plus positif		
		Littérature jeunesse sur les émotions		
		Volonté pour l'EN de poursuivre le travail sur les CPS de façon générale		
		Volonté des partenaires que l'EN s'approprie le travail autour des CPS		
		Ecole bienveillante depuis 2015		
	LA PLACE DU PRODAS AU SEIN DE L'ENSEIGNEMENT	Temps spécifique VS transversalité	Vision 1 : Une discipline + temps spécifiques	
			Vision 2 : Compétences transversales à l'ensemble des domaines + pas de temps spécifique	
Socle commun et programme scolaire		Place du programme dans le socle commun des compétences		
		Place du programme au sein du programme scolaire		
Axes du socle commun de compétences en lien avec le PRODAS		Citoyenneté et vivre-ensemble (esprit critique...)		
		Langage/communication		
		Représentations du monde		

	Compétences attendues par l'école en lien avec le PRODAS	Compétences lexicales et vocabulaire	
LEVIERS A LA MISE EN ŒUVRE	Organisation au sein de l'école	Enracinement du programme par l'organisation pluriannuel	
		Planification et emploi du temps (planning annuel, rythme, fréquence...)	
		Intégration au projet d'école/d'établissement	
		Connaitre les modalités reproductibles sur un autre territoire	
		Guide d'implantation	
	Temps d'échange et d'organisation	Temps formels	
		Temps informels au sein de l'école	
		Importance des journées de régulation	
	Public bénéficiaire	Privilégier l'intégration du programme à la section de maternelle/CP Intérêt de débiter avec de jeunes enfants, en particulier maternelle ou CP	
		Peut seulement débiter à partir de la maternelle (âge minimum requis)	
		Adaptation du programme aux différents publics	
		Facilité pour l'enseignant lorsqu'une même classe a déjà bénéficié du PRODAS (cohorte)	
	Organisation de la séance	Ritualisation des séances PRODAS	
		Animation des séances par un binôme enseignant	
		Suggestion de cercles multi-niveaux	
		Favorable à la pratique de cercle concentrique	
INSCRIPTION ET ENGAGEMENT DES ECOLES, DES EQUIPES ET DES ENSEIGNANTS DANS LE PROGRAMME	Motifs d'engagement des enseignants dans le programme	Programme qui vise l'autonomisation des enseignants	
		Être déjà sensibilisés à des pratiques alternatives	
		Être en réflexion sur sa pratique et sur le système éducatif (prise en compte de l'enfant/ado dans sa globalité...)	

		Une bonne compréhension des enjeux du programme		
		Promotion du programme par les collègues formés		
		La présence d'un accompagnement rassure		
	Volontariat vs obligation de participer au PRODAS	Demandes spontanées de nouvelles écoles et de nouveaux enseignants		
		Volontariat de l'ensemble de l'équipe enseignante (enseignants, direction) nécessaire au programme		
		Risque de résistance si programme obligatoire		
		Effets freinés par une configuration aléatoire des enseignants formés/classes bénéficiaires (volontariat)		
	Implication de l'ensemble des acteurs de la vie scolaire	Implication de l'ensemble de l'équipe enseignante		
		Implication de l'ensemble du personnel de l'école		
		Soutien et accompagnement par une équipe pluridisciplinaire au sein de l'école/l'établissement		
		Implication de la direction		
		Souhait de former tous les enseignants présents dans l'école		
	LA VISION ET LES ATTENTES DU PROGRAMME EN FONCTION DES OBJECTIFS ET DES VALEURS DES ACTEURS	Philosophie du programme	Valeurs perçues du programme (bienveillance, bien-être...)	
			Fondements théoriques perçus du programme (Rogers, intelligence multiples, intelligence émotionnelle, intelligence sociale, neurosciences...)	
			Solidité des fondements théoriques	
Similitudes avec d'autres approches (sciences humaines, pédagogies, sciences de la santé)				
Approche humaniste spécifiquement				
Processus de transmission		Transmission du programme par l'expérience d'une posture bienveillante dans la relation (enseignant-enfant, formé-non-formé...)		

	Visions différentes du programme de ses objectifs et de sa pratique	Vision 1 : Attentes pédagogiques (langage, vocabulaire...)	
		Vision 2 : Attentes hors pratique pédagogique de l'enseignement (écoute, estime de soi...)	
		Vision 3 : Acquisition d'outils pour l'enseignant (manière de faire)	
		Vision 4 : Transformation des gestes professionnels de l'enseignant/posture (manière d'être)	
		Nécessité de converger vers une vision commune	
		Confusion entre ce qui relève de contrainte locale et ce qui fait partie intégrante du programme (cercle concentrique, classe dédoublé, lieu spécifique, choix des écoles...)	
		Réduction du programme à l'outil du cercle magique	
		Programme perçu comme modélisé à la culture, à l'enseignement et à la population québécoise	
COMPREHENSION ET APPROPRIATION DU PROGRAMME	Présentation et premier contact avec le programme	Nécessité d'une présentation initiale sur un temps dédié	
		Présentation par un.e enseignant.e formé.e	
		Explications des missions du PF lors de la présentation	
		Suggestion de présentation par un support vidéo	
		Facilité d'accès et d'appropriation dans une école déjà inscrite dans le programme	
	Difficultés initiales de compréhension	Difficultés de présentation et de compréhension initiales (enseignants...)	
		Difficultés d'explicitation du programme par les enseignants formés vers les personnes non-formés	
		Méconnaissance de certains outils/éléments (ERN, accompagnement, perspectives EN...)	
	Définition et accessibilité par l'Espace Ressources Numériques (ERN)	Ouverture du programme à de nouvelles personnes par l'accès à l'ERN	
		Compréhension du programme à partir de l'ERN	

		<i>(suscite l'intérêt, temps fort, formation nécessaire...)</i>	
		Espace Ressources Numériques apprécié	
	Autres outils d'appropriation du programme	Ressources complémentaires (hors PRODAS)	
		Manuel PRODAS	
FORMATION ET ACCOMPAGNEMENT	Perception de la formation et de l'accompagnement	Formation initiale perçue comme essentielle	
		Formation d'une semaine perçue comme idéale (durée)	
		Formation progressive au PRODAS grâce à l'accompagnement	
	Modalités de l'accompagnement	Adaptation mutuelle intervenants <-> enseignants	
		En interaction avec la classe	
		Relation de confiance avec les intervenants	
		Transmission du programme par l'expérience d'une posture bienveillante dans la relation (intervenants-enseignant...)	
		Nécessité de partager la sphère intime/difficultés	
		Formation à la posture rogérienne	
	Qualité de l'accompagnement	Formateur.trice devient une personne référente	
		Formateurs de qualité (PF) par les compétences et le savoir-être	
		Apporte un cadre sécurisant et rassurant	
		Assiduité et fidélité au programme favorisé	
	Autonomie (formation et accompagnement terminée)	Souhait que l'intervention permette à terme l'autonomie de l'enseignant	
		Disponibilité continue de l'intervenant	
		Echanges et rappels réguliers (Analyse de pratique= journée de régulation, autres suggestions, piqûres de rappel...)	
		Outils d'aide et de préparation à l'autonomie sur l'ERN	

	Impact de l'autonomie dans la pratique de l'enseignant	Une plus grande liberté dans la pratique et dans l'organisation des séances		
		Difficile de rester assidu et fidèle au programme		
DIFFICULTES DANS LA MISE EN ŒUVRE / LA PRATIQUE DU PRODAS	Organisation dans les écoles prioritaires	Insalubrité dans les écoles (Marseille...)		
		Représentations du PF dans les QPV/REP+		
		Manque de moyens de l'EN dans les écoles (humains et matériels...)		
		Politiques locales défavorables aux écoles prioritaires (Politique municipale)		
		Turnover des enseignants		
	Organisation au sein de l'école	Programme trop chronophage		
		Tiraillement entre les apprentissages fondamentaux et les programmes CPS		
		Organisation nécessaire pour réaliser des demi-groupes		
		Classe surchargée pourrait être un frein		
	Changement dans la manière de faire et d'être avec les enfants	Gestion de la classe différente		
		Posture nouvelle, non-naturelle et non aisée		
		Risque de résistance lié à l'absence de rôle de l'enseignant défini par l'EN sur ces aspects là (émotions...)		
		Difficulté à se sentir légitime et outillé pour aller sur des dimensions liées aux émotions		
		Norme de la « distance affective »		
		Devoir être disponible affectivement		
		Adaptation difficile au cercle concentrique		
	Sujets et situations sensibles des enfants évoqués	Difficultés à recueillir des récits sensibles (religion, violence...)		
		Peur des parents		
	EFFETS PERÇUS DU PRODAS CHEZ LES ENSEIGNANTS	Enrichissement du métier et de la formation d'enseignant	Les enseignants se reconnaissent bénéficiaires du PRODAS autant que les enfants	

		Complète la formation des enseignants	
		Valeurs humaines promulguées, fondamentales au métier d'enseignant	
	Evolution dans la pratique de l'enseignant	Prise de recul et évolution de la pratique de l'enseignant dans et en dehors de la classe (situations de vie, d'enseignement...)	
		Développement d'une posture rogérienne transférée à toutes situations de la vie	
		Evolution du cadre normatif de l'enseignement (autorité, distance affective, non-participation...)	
		Evolution dans la manière d'enseigner en classe (Technique d'animation, écoute...)	
		Développement des CPS (bienveillance, conscience, émotions, expression...)	
		Evolution dans la relation aux enfants	Changement de regard (enfant/élève)
	Regard positif sur les enfants (croire en l'enfant)		
	Relation d'égalité		
	Enseignant comme personne « ressource »		
	Amélioration de la gestion des conflits		
	Amélioration de la gestion de la classe		
	Savoir aborder des sujets sensibles		
	Autres évolutions (parents, bien-être...)	Bien-être de l'enseignant perçu comme amélioré	
		Amélioration des relations entre adultes, avec les parents en particulier	
	EFFETS PERÇUS DU PRODAS SUR LES ENFANTS	Durant les séances PRODAS	Changement d'attitudes chez les enfants (participation, attention, introversion, extraversion, enfant/élève...)
Amélioration de certaines compétences			

		(adaptation, langage...)	
		Moment particulier et précieux pour la classe	
	Sur le développement socio-affectif	Ecoute bienveillante et non-jugeante chez les enfants	
		Empathie	
		Meilleure gestion des conflits / prévenir la violence	
		Meilleure estime de soi	
		Plus de confiance en soi	
	Sur le développement des compétences orales (émotions...)	Conscience des émotions	
		Expression des émotions	
		Relation de confiance entre enfant-enseignant	
		Vocabulaire des émotions	
		Compétence d'auto-évaluation	
		Langage et compétences orales générales	
« Oral » est une discipline peu travaillée à l'école			
Changement net à certains niveaux	Expression des émotions au CP ou à la maternelle		
Potentialisation des effets	Plus le programme est débuté tôt et plus il dure		
EFFETS PERÇUS DU PRODAS SUR LE CONTEXTE A L'ECOLE	Amélioration des conditions à l'école	A. des conditions d'apprentissage	
		A. du climat de classe	
		A. du lien famille-école	
		A. de la relation professeur-élève	
		A. du climat de cours	
	Fédérateur et forme une unité scolaire	Fédérateur et entraîne une unité groupe scolaire (ensemble des écoles)	
EFFETS ATTENDUS DU PRODAS	Face aux difficultés quotidiennes des enfants	Promouvoir le lien social et intrafamilial (activités, jeux de sociétés...)	
		Moment PRODAS, moment différent du quotidien (bienveillance, parler des problèmes personnels, sans pression scolaire...)	

		Prévention de l'usage des écrans		
		Rendre les enfants plus disponibles à l'apprentissage (aller bien pour apprendre)		
	Compétences socio-affectives à développer chez les enfants	Savoir dire non/faire ses choix		
		Estime de soi protège		
		Savoir aborder sujets sensibles		
		Décrire forces et faiblesses		
		Interactions bienveillantes		
	<i>Compétences socio-affectives à développer, en particulier sur des territoires REP+</i>	Plus de champ lexical		
		Verbaliser des émotions		
		Gestion de conflits		
		Expression de soi		
		Qualité d'écoute		
	A long-terme (Dev de CPS pour...)	Pour une meilleure qualité de vie future (Faire face aux événements négatifs...)		
		La prévention santé/mal-être tout au long de la vie (Plus réceptifs aux actions de prévention)		
		FOCUS : prévention santé sexuelle et affective		
		Développement socio-affectif à l'adolescence (respect, écoute, confiance, demander de l'aide, savoir dire non...)		
		Combattre les inégalités de santé		
	EVALUATION	Visions différentes de l'évaluation du programme	Vision 1 : Evaluation quantitative, centrée sur l'efficacité du programme chez les enfants et sur des éléments pédagogiques (éléments de connaissances, objectivité...)	
			Vision 2 : Evaluation qualitative, centrée sur le ressenti des	

		enseignants et le changement de posture (savoir expérientiel, subjectif...)	
		Vision 3 : Evaluation par observation directes des effets sur les enfants	
		Vision 4 : Evaluation par observation indirectes des effets par interrogation des enseignants	
		Evaluation trop sommaire/ critères mal définis	
	Difficultés d'évaluation	Incapacité pour les enseignants d'évaluer les effets sur les enfants	
		Contexte de quartier prioritaire	
		Evolution de la posture de l'enseignant difficile à statuer (biais de satisfaction, sensibilisation antérieure, évaluation subjective ...)	
	Retour général sur le PRODAS	Positif	
		Négatif	
	DIFFUSION DU PROGRAMME DANS L'ENVIRONNEMENT PROCHE DE L'ENFANT (cadre familial...)	Souhait d'informer, dans une certaine mesure, les parents (volet d'information)	Communiquer davantage avec les parents (ce qui est fait, ce qu'est le PRODAS...)
Respect de la confidentialité dans l'information donnée aux parents			
Freins à l'information des parents			
Souhait d'impliquer d'autres acteurs autour de l'enfant (volet d'action)		Les parents	
		Souhait d'impliquer d'autres professionnels (santé, sociale...) sur les mêmes territoires (idée d'un parcours CPS)	
		Le périscolaire	
Souhait de diffuser le programme à d'autres contextes EN (volet d'action)		Ecole non-REP	
		Spécificités liées au fait d'implanter le programme en lycée (par exemple question de la communication aux équipes vu le nombre d'enseignant-e-s)	
		Ecole secondaire	

	Souhait de réinvestissement du PRODAS hors-école (volet transférabilité)	Souhait que le PRODAS se transfère en dehors de l'école	
		Souhait que les effets du PRODAS soient durables	
	Effets perçus en dehors de l'école	Changements perçus chez les parents	
		Changements perçus des enfants à la maison	
TISSU PARTENARIAL ET INSTITUTIONNEL	Stratégie de financement pour l'implantation	Par le levier santé (ARS...)	
		Besoins prioritaires sur chaque territoire d'implantation (radicalisation, décrochage scolaire, CPS...)	
		Demande directe de PRODAS par l'EN au PF	
		Par des crédits spécifiques Politique de la Ville (politique compensatoire du Droit commun)	
		Débuter par un programme pilote (expérimentation...)	
	Stratégie de légitimation pour la mise en œuvre	Soumission à l'approbation de l'inspecteur et du DASEN	
		Conditions d'appropriation du programme par les partenaires	
		Actions du PF et des coordinateurs ou d'autres personnes clé	
		Organisation de la dynamique institutionnelle partenariale par la politique de la Ville/Contrat de Ville	
		Débat entre Droit commun et Crédits spécifiques (Contrat de Ville ou autres crédits...)	
		Refus de financer le PRODAS sur des crédits spécifiques Politique de la Ville sur la politique de quartiers prioritaires de l'EN	
		Légitimité par les financements	
	Collaboration entre les partenaires	Plus d'articulation entre les politiques publiques et le programme nécessaire	
		Soutien important de la part des partenaires financiers	
		Les partenaires souhaitent développer une forte collaboration et implication avec l'EN	

		Accès au réseau de partenaires du PF	
		Autres collaborations importantes (espace santé nord...)	
	Difficultés rencontrées dans le soutien institutionnel	Manque de soutien de la part de l'EN	
		Manque de lien entre les institutions et les acteurs de terrain	
		Freins financiers	
	Organisation du suivi	Comité de suivi local (participation d'enseignant...)	
Acteurs du suivi et de la coordination (coordinateur.trice réseau stable et proche du terrain, autres personnel, enseignants...)			
PERENNISATION	Souhait de la pérennisation du programme	Volonté de poursuivre le programme après la formation (dépendant des enseignants...)	
		Intérêts de la pérennisation du programme (projet d'école, effets à long terme...)	
		Besoin d'un soutien institutionnel (sécurité, état d'incertitude...)	
	Éléments facilitant la pérennisation	Adhésion équipe	
		Rôle du Comité de suivi et d'un portage institutionnel	
		Expérience antérieure	
		Disponibilité continue des intervenants	
		ERN	
		Cohérence avec autres projets/pratiques de l'école	
		Retours/argumentation auprès des élus/décideurs	
		Soutien à la transférabilité du programme	
		Perception des bénéfices (enfants, enseignants...)	
	Difficultés de pérennisation	Action/projet d'équipe long à mettre en place	

		Coût temporel trop important	
--	--	------------------------------	--