



La prévention des conduites à risques et addictives chez l'enfant : exemple des temps d'activités périscolaires

Analyse des risques et opportunités

Sous la coordination de
Valentin Flaudias
Georges Brousse

Sous la coordination de

Valentin Flaudias, PhD

Responsable du Centre de Ressources Auvergne Addictions,

Chercheur associé Université Clermont Auvergne, EA 7280 Npsy-Sydo

Et du **Pr Georges Brousse**

Responsable du Centre interdisciplinaire de recherche coordination des soins et enseignement en Addictologie – CHU de Clermont-Ferrand

Professeur Université Clermont Auvergne, EA 7280 Npsy-Sydo

Les auteurs par ordre alphabétique :

- **Georges Brousse**
- **Valentin Flaudias**
- **Manon Gourbeuil** – Animatrice de prévention ANPAA 63
- **Alix Gravière** – Psychologue sociale chargée de prévention à l’association PARAD
- **Cédric Kempf** – Délégué territorial IREPS Auvergne Rhône-Alpes, Doctorant à l’Université Claude Bernard, Lyon 1.
- **Solène Piano** - Psychologue sociale chargée de prévention à l’association PARAD
- **Camille Renaudet** - Psychologue sociale chargée de prévention au programme Liber’Addict.

Ces documents sont disponibles sur le site internet institutionnel du CR2A.

Pour citer ce document

V. Flaudias, A. Gravière., S. Piano, C. Renaudet, C. Kempf & G. Brousse (2017). La prévention des conduites à risques et addictives chez l’enfant : exemple des temps d’activités périscolaires : analyse des risques et opportunités, Rapport d’analyse CR2A.

Remerciements

L'équipe-projet remercie très vivement tous les contributeurs, nos financeurs (MiLDECA) et nos partenaires (Ligue contre le cancer comité du Puy-de-Dôme, ANPAA Auvergne).

Nous remercions tout particulièrement :

- Mr Emmanuel Richin, Directeur de l'ANPAA Auvergne,
- Mme Catherine Sozeau, Directrice de la Ligue contre le cancer Puy-de-Dôme,
- Mme Caroline Dambrun, inspectrice principale à la DDCS du Puy-de-Dôme,
- Mr Sébastien Audebert, Directeur de cabinet de la région Auvergne et chef de projet MiLDECA régional de juin 2014 à avril 2016,
- Anna Badoual, chargée de prévention à la Mutualité Française du Puy-de-Dôme,
- Romain Lacaux, chargé de prévention à la Mutualité Française du Puy-de-Dôme,
- Patricia Lenat, animatrice de prévention à l'ANPAA du Puy-de-Dôme,
- Marie-Amélie Gateau, animatrice de prévention à l'ANPAA du Cantal,

Ainsi que les élus et personnels des communes ayant accepté de répondre à notre enquête.

Préface

Les collectivités locales, et plus particulièrement les communes, doivent faire face régulièrement aux difficultés liées aux conduites à risques et en particulier addictives de jeunes de leur territoire : atteintes à la tranquillité publique, trafics, accidents de la circulation, santé publique, etc.

Les experts recommandent d'intervenir le plus en amont possible, aussi, plusieurs initiatives locales tendent à être initiées pour prévenir ces conduites dès l'école élémentaire.

Mais comment parler d'alcool tabac et cannabis à un public aussi jeune ? Comment aider les enfants à faire face aux sollicitations qui leurs seront faites ? C'est pour répondre à ces questions que la MILDECA (Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives) a soutenu l'élaboration du présent rapport, qui s'inscrit dans les grandes priorités du plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives de 2013-2017, à savoir:

- « Le fondement de l'action publique sur l'observation, la recherche et l'évaluation ». Ce point est particulièrement important pour s'assurer de l'efficacité démontrée des actions entreprises et éviter des effets contraires aux attentes ;
- « Prendre en compte les populations les plus exposées pour réduire les risques et les dommages sanitaires et sociaux ».

Ce rapport complète les outils déjà existants pour les collectivités et proposés par la MILDECA, comme par exemple l'ouvrage disponible gratuitement : « les collectivités territoriales face aux conduites addictives ».

En apportant des éléments concrets et applicables auprès de groupes d'enfants grâce à l'exemple des temps d'activités périscolaires, ce rapport a pour vocation d'encourager et d'accompagner les collectivités dans leur politique enfance-jeunesse en y intégrant la prévention des conduites à risque.

Le directeur de cabinet de la préfecture du Puy-de-Dôme
Chef de projet MILDECA du Puy-de-Dôme,

Nicolas DUFAUD

Sommaire

	Pages
I. Introduction.....	6
II. Quoi de neuf dans la prévention des addictions chez le public jeune ? Etat des lieux des cinq dernières années.....	14
III. Promouvoir la santé des enfants par le renforcement des compétences psychosociales.....	25
IV. Les nouvelles approches en promotion de la santé : Psychologie positive et pleine conscience.....	34
V. Organisation des TAP dans le Puy-de-Dôme : exemple de 5 communes.....	43
VI. Exemples d'actions locales TAP.....	49
VII. Conclusions et perspectives.....	53
Références.....	58
ANNEXES	74

I. Introduction

Valentin Flaudias et Georges Brousse

Les comportements à risque sont une problématique auxquels les communes sont fréquemment confrontées. Ces comportements peuvent comprendre par exemple les jeux dangereux par non-oxygénation (jeu du foulard, du cosmos...), trouble des conduites alimentaires, conduite dangereuse de véhicules, mais également la consommation de substances psychoactives (SPA).

On estime actuellement que plus de 50% des jeunes en classe de 3^{ème} ont déjà fumé (Farcot, 2014) et l'âge moyen des premières consommations d'alcool est estimé à 11,2 ans pour les garçons et 11,7 ans pour les filles avec des premières ivresses à environs 14 ans.

La consommation de tabac peut avoir des effets immédiats avec une augmentation du nombre de délits, d'atteintes aux biens et des attitudes négatives face à l'autorité (Levallois, 2016) ainsi que des troubles de l'attention de par son effet stimulant.

La consommation d'alcool elle, peut-être la source de déficits cognitifs importants, de passivité en cours ou au contraire d'augmentation des comportements agressifs. Ces éléments sont des facteurs de risque d'un décrochage scolaire mais également de conduites à risque.

Au-delà de ces effets à court terme, la consommation de SPA peut conduire à des risques à plus long terme. Ainsi les consommateurs de tabac et d'alcool ont en moyenne un taux de chômage plus important, des condamnations pour délits plus importants et sont sujets à des problématiques addictives et de santé plus importantes. La figure 1 reprend ainsi cette augmentation possible des difficultés à long terme en fonction de l'âge et est mis en parallèle avec les compétences psychosociales (définies dans les prochaines pages de ce rapport). L'objet de ce rapport est de faire le point sur les possibilités d'action dès le plus jeune âge afin de :

1/ Réduire les conséquences à court terme : dégradations, décrochage scolaire, conduites dangereuses...

2/ Réduire les risques de développer une addiction à l'âge adulte.

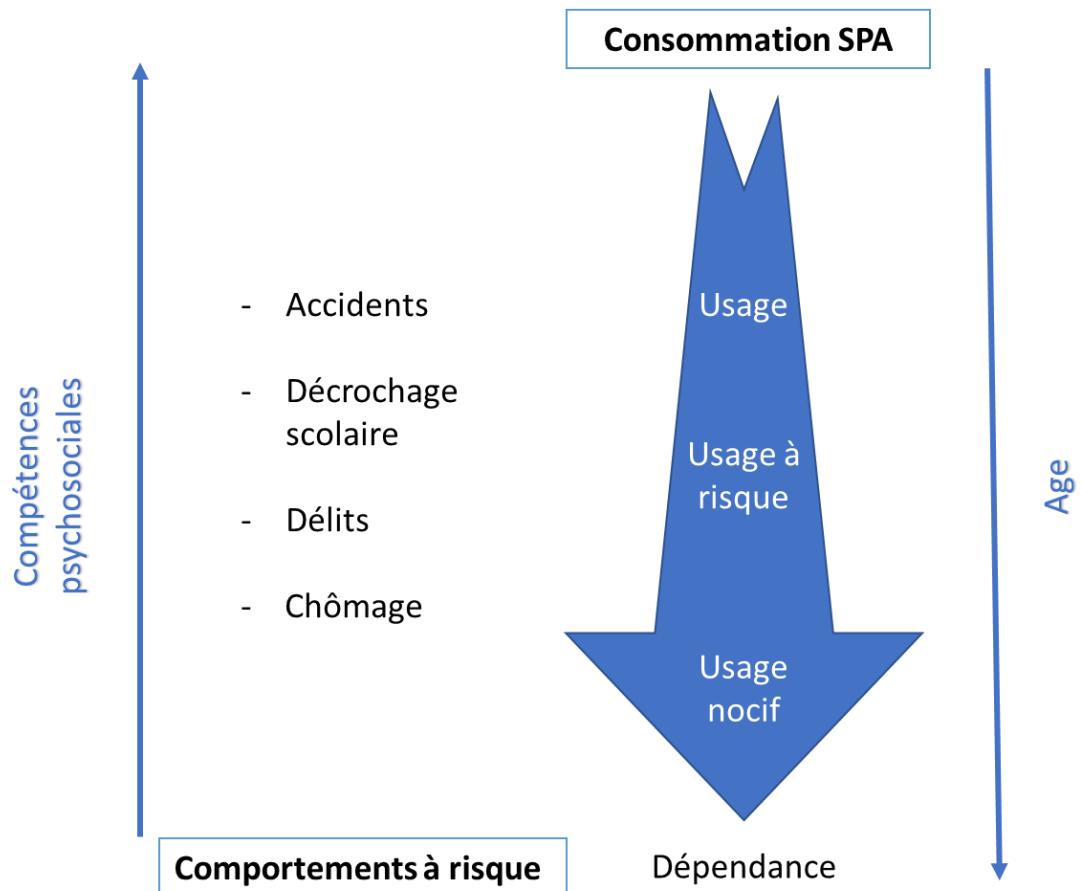


Figure 1. Représentation schématique de la problématique des conduites à risque chez l'enfant et évolution possible des difficultés à l'âge adulte

1/ Quelques données sur les substances psychoactives

Les substances psychoactives (principalement ici le tabac, l'alcool et les drogues illicites) sont consommées généralement pour les effets immédiats sur les perceptions, l'humeur et le comportement. Mais leur consommation régulière peut avoir des impacts importants sur la santé.

Ainsi, **la moitié des consommateurs de tabac mourront d'une pathologie liée à leur consommation, soit 6 millions par an dans le monde**, l'équivalent d'une mort sur dix. Ceci en fait la première cause de décès évitable au monde (WHO report on the global tobacco epidemic, 2011). Ce résultat est dû en particulier à la dépendance physique induite par la nicotine. Kandel, Chen, Warner, Kessler, et Grant (1997) ont en effet montré que le tabac était une substance plus addictive que l'alcool, le cannabis et même que la cocaïne sur une large population étudiée aux USA (N=87 915).

Selon l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé), il devrait avoir 1 milliard de fumeurs tués préocurement au XXIème siècle. Le tabagisme peut être la cause principale, un facteur aggravant, d'évolution prolongée, de non guérison ou de difficultés thérapeutiques. En particulier, le tabac est impliqué dans de nombreuses maladies :

- Les maladies cardio-vasculaires : angine de poitrine et infarctus du myocarde, accidents vasculaires cérébraux, anévrisme de l'aorte, artériopathie oblitérante des membres inférieurs ;
- Les cancers : 40% sont imputables au tabac, 90% des cancers du poumon chez l'homme, 40% des cancers de la vessie, mais également dans les cancers du larynx, du pharynx, et l'œsophage et de la bouche. Dans une moindre mesure, les cancers du rein, du pancréas, du col de l'utérus et du sein ;
- D'autres maladies respiratoires : la plupart des Broncho-Pneumopathie Chronique Obstructive (BPCO), aggravation d'un asthme, augmentation des risques de pneumopathie, d'histiocytose, et du risque de fibrose interstitielle diffuse, syndrome d'apnées obstructives du sommeil.

Le dernier rapport de l'OFDT de 2016 (Lermenier-Jeannet, 2016) indique que la prévalence de fumeurs quotidien de tabac est de 34,3 parmi les 18-75 ans en France. De plus 68% des fumeurs quotidiens déclarent fumer au moins 10 cigarettes par jour.

À l'échelle mondiale, environ 76,3 millions de personnes ont été diagnostiqués avec un trouble de la consommation d'alcool. Dans la plupart des pays occidentaux, la consommation d'alcool commence souvent pendant l'adolescence (Oei et al., 2013). Selon ESCAPAD, une enquête nationale française, en 2011, 10% de 17 ans déclarent à boire régulièrement (au moins 10 boissons au cours du mois). 28% des 17 ans ont déclaré une ivresse répétée (ayant été ivres au moins trois fois par an), 10,5% étaient ivres au moins dix fois par an et 53,2% ont déclaré avoir bu plus de cinq verres d'alcool au cours d'un événement dans les 30 derniers jours (OFDT, 2013).

La consommation de SPA est l'une des principales causes de mortalité évitable chez les jeunes en Europe. Les moins de 25 ans représentent 8% des personnes décédés dû à la consommation de SPA (EMCDDA, 2015).

En France, le rapport de l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT) présenté en septembre 2015 (Kopp, 2015), apporte des informations complémentaires autour du coût social porté par les SPA en France.

Ce dernier est estimé à 248,7 milliards d'euros et couvre le coût lié à l'alcool, au tabac et aux drogues illicites qui concernent quelques 17,5 millions de personnes ayant des usages à risque et problématique (3,8 millions pour l'alcool, 13,4 millions pour le tabac et 300 000 pour les drogues illicites).

Le nombre de décès dus à la consommation de drogues, soit près de 130 000, constituant ainsi le premier poste de ce coût social.

Concernant plus spécifiquement la région Auvergne Rhône-Alpes, le cancer du poumon, pathologie très fortement liée à la consommation de tabac, est responsable de plus de 5 % des décès (soit 3 348 décès en moyenne par an dans la région, entre 2008 et 2012), avec les taux de mortalité les plus élevés dans l'Allier et le Rhône et les plus faibles en Haute-Savoie et Haute-Loire. Sur la même période, les maladies liées à l'alcool entraînent chaque année 1 912 décès dans la région, les taux de mortalité les plus élevés se situant dans l'Allier et le Cantal.

En termes de comportements, selon le Baromètre santé 2010 de l'INPES, la consommation d'alcool en Auvergne et en Rhône-Alpes serait légèrement supérieure à la consommation nationale (8,6 % des répondants déclarent au moins trois ivresses dans l'année dans les deux régions, contre 8,1 % au niveau national), et une consommation de tabac plutôt inférieure à celle observée en France, particulièrement en Rhône-Alpes (26,1 % des Rhônalpins déclarant fumer quotidiennement contre 28,3 % des Auvergnats et 29,1 % des Français). (Venzac et al., 2011).

Dans ce contexte, l'une des stratégies permettant de lutter et de modifier les effets de la consommation de drogues sur les populations, consiste à intervenir de manière concertée auprès des enfants et des adolescents dans une logique de prévention primaire et relevant plus globalement de la promotion de la santé. En effet, parce qu'il est connu que la consommation élevée de SPA à l'adolescence accroît significativement le risque de dépendance à l'âge adulte (Duncan, Alpert, Duncan, & Hops, 1997), l'intervention avant l'âge des expérimentations, sont reconnues comme pertinentes (Cuijpers, 2002).

Le rapport 2014 du Bureau Europe de l'Organisation Mondiale de la Santé (WHO, 2014) qui présente la stratégie européenne pour la santé des enfants et des adolescents pour le période 2015-2020, repose également sur cette nécessité d'intervenir dès le plus jeune âge en mettant l'accent aussi bien sur les déterminants de la santé que sur les facteurs de risque et de protection (U.S. Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2010 ; Ostaszewski & Zimmerman, 2006 ; Epstein, Botvin, Griffin, & Diaz, 2001 ; Laventure & Boisvert, 2014).

Mais si la prévention des drogues dites légales et illégales fait l'objet de nombreuses études depuis une trentaine d'années auprès de la population d'adolescents (Kandel & Logan, 1984 ; Botvin, Baker, Dusenbury, Botvin, & Diaz, 1995 ; Chen & Kandel, 1995 ; Duncan, Alpert, Duncan, & Hops, 1997 ; Botvin & Kantor, 2000), peu de données sur les enfants existent. En particulier ceux étant scolarisés en école primaire. Pourtant la prévention précoce semble être un des facteurs les plus prédictifs d'une diminution ultérieure des consommations. **A ce titre la mise en place des Temps d'Activités Périscolaires (TAP) en France offre probablement un temps spécifique pour travailler ces questions et un exemple concret d'application de programme de prévention pour les enfants.**

2/ Description des nouveaux rythmes scolaires¹

En 2013, suite au constat du nombre de jours d'école inférieur au 34 pays de l'OCDE (144 jours contre 187 en moyenne), le gouvernement français a souhaité modifier les rythmes scolaires en revenant à une semaine de 4,5 jours, soit 5 jours dont 5 matinée d'enseignement. Ces 5 matinées permettent ainsi d'enseigner les savoirs fondamentaux lorsque les capacités cognitives des enfants sont les plus disponibles.

Le décret du 24 janvier 2013 et celui complémentaire du 7 mai 2014 relatifs aux nouveaux rythmes scolaires donnent la possibilité pour les communes de proposer une organisation du temps scolaire (OTS) en concertation avec les conseils d'écoles et les autorités académiques. A noter : les 5 matinées de classe demeurent obligatoires dans toutes les écoles et pour tous les élèves. Pour la rentrée 2015, les organisations du temps scolaires sont caractérisées par une très grande stabilité : 86% relèvent du décret du 24 janvier 2013 (dit décret Peillon) contre 14% qui

¹Sources : http://www.caf.fr/sites/default/files/guide_pratique_activites_periscolaires_de_qualite.pdf
<http://www.education.gouv.fr/cid79816/nouveaux-rythmes-scolaires.html>

relèvent des organisations expérimentales autorisées par le décret du 7 mai 2014 (dit décret Hamon). Parmi ces dernières, celles qui libéraient le vendredi après-midi connaissent une baisse sensible.

Parmi les communes ayant mis en place à la rentrée 2014 une organisation de temps scolaire expérimentale autorisée sur le fondement du décret du 7 mai 2014, les deux tiers ont fait le choix d'une expérimentation d'une durée de trois années et un peu moins d'un tiers, pour une durée d'une année. Seules 116 communes s'inscrivent sur une durée de deux années. Parmi les communes s'inscrivant pour une durée d'un an, 85% en ont demandé la reconduction aux autorités académiques.

Début 2016, 92% des communes disposant d'une école proposaient déjà des activités périscolaires dans le cadre d'un projet éducatif territorial (PEDT), ce qui représente 96% des élèves scolarisés dans les écoles publiques.

Les PEDT formalisent une démarche permettant aux communes et aux EPCI volontaires de proposer à chaque enfant un parcours éducatif cohérent et de qualité avant, pendant et après l'école, organisant ainsi, dans le respect des compétences de chacun, la complémentarité des temps éducatifs.

Pour remplir ces missions, l'état reverse aux communes un montant de 50€ par élève et par an ce montant pouvant atteindre 90 euros par élève dans les communes éligibles à la dotation de solidarité urbaine dite "cible", à la dotation de solidarité rurale ou les DOM.

Les différents décrets sont disponibles sur le site internet légifrance :

Décret n° 2013-77 du 24 janvier 2013 relatif à l'organisation du temps scolaire dans les écoles maternelles et élémentaires

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000026979035&categorieLien=id>

Décret n° 2014-457 du 7 mai 2014 portant autorisation d'expérimentations relatives à l'organisation des rythmes scolaires dans les écoles maternelles et élémentaires

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000028907577&categorieLien=id>

Deux décrets ([décret n°2016-269 du 4 mars 2016](#) et [décret n° 2016-271 du 4 mars 2016](#)) ont été publiés au Journal officiel du 6 mars. Ils assurent aux communes une **prévisibilité financière et un niveau d'aides constant durant la mise en œuvre du projet éducatif territorial** qu'elles ont établi pour offrir aux enfants des activités périscolaires de qualité.

3/ Le projet

Au vu de ces éléments le projet décrit dans ce rapport avait pour objectif d'établir la faisabilité de mettre en place des actions de prévention des conduites à risque et des addictions durant les Temps d'Activités Périscolaires (TAP). Les difficultés observées étaient notamment la disparité des fonctionnements des TAP dans les communes et l'âge des élèves qui impose des modalités d'intervention particulières.

Pour cela, trois axes ont été mis en place :

1/ Une revue de littérature des articles scientifiques récents sur la prévention des addictions chez les jeunes enfants.

2/ Un état des lieux de la mise en place des TAP dans 5 communes du Puy-de-Dôme avec des interviews des élus, et des agents responsables des TAP.

3/ La mise en place d'un comité de réflexion avec les acteurs locaux (l'ANPAA63 et Liber'Addict) afin de recenser les actions déjà en cours durant ces TAP, les outils qui sont actuellement disponibles, et les pistes de réflexion pour de nouveaux outils utilisant les données récentes en psychologie sociale.

Ce rapport est divisé en 5 chapitres. Le premier est une synthèse de la revue de littérature scientifique réalisée sur un corpus datant des cinq dernières années de recherche. Ce chapitre permet ainsi de mettre en évidence des facteurs de risques et de protection à travailler, mais fait également la synthèse des programmes intégratifs existants. Cette revue de littérature, permettant ainsi de dresser des recommandations pratiques. Le deuxième chapitre est consacré aux différents outils utilisés en pratique par les acteurs de terrains et pouvant être mis en place rapidement. En particulier, il s'agit ici de décrire plus en détails ce que signifie les « compétences psychosociales » pour des chargés de prévention, et d'offrir un listing non exhaustif d'outils pouvant être utilisés. Le troisième chapitre quant à lui évoque les nouvelles méthodes issues de la pleine conscience et la psychologie positive et leur apport dans la prévention des conduites à risque et des addictions, en particulier chez un public plus jeune. Le

quatrième chapitre fait la synthèse des différentes rencontres ayant eu lieu avec les élus et les chefs de service en charge des TAP de 5 communes dans le Puy-de-Dôme. Ce chapitre mettant en avant les disparités de fonctionnement entre les communes. Le cinquième chapitre expose les initiatives locales déjà en cours. Enfin, la conclusion permettra de mettre en adéquation l'ensemble de ces éléments pour une mise en place concrète d'action de prévention durant ces temps d'activités ou d'autres temps périscolaires.

II. Quoi de neuf dans la prévention des addictions chez le public jeune ? Etat des lieux des cinq dernières années²

Cédric Kempf, Georges Brousse et Valentin Flaudias

Au vu des éléments cités dans l'introduction, il apparaît que la tranche d'âge des enfants de 6 à 11 ans (scolarisation primaire) est propice à l'intervention en prévention primaire des conduites addictives mais nécessite, en amont, une mise à jour des données actuellement disponibles.

L'objectif de cette revue de littérature est donc de faire un point sur l'état des connaissances actuelles au niveau international sur le sujet de la prévention primaire des conduites addictives chez les enfants de 6 à 11 ans et dont les conclusions permettront de proposer des recommandations en matière de recherche et d'intervention.

Méthodologie

Une recherche de la littérature a été réalisée dans trois bases de données scientifiques : Pubmed, Psycinfo et Eric.

Ces trois bases de données ont été choisies dans l'objectif de couvrir un large spectre d'articles qui peuvent aussi bien relever du champ des sciences de la santé que des sciences humaines et sociales ainsi que des sciences de l'éducation. En effet, la prévention primaire des addictions auprès des enfants âgés de 6 à 11 ans peut concerner un ou plusieurs de ces champs de par la spécificité du public et des contextes dans lesquels les études auront pu être menées (école, famille et autres structures d'accueil par exemple).

Le choix des trois bases de données s'est également opéré en référence au modèle biopsychosocial (Hoffman & Driscoll, 2000 ; Frankel, Quill, & McDaniel, 2003 ; Borrell-Carrio, Suchman, & Epstein, 2004 ; Alonso, 2004) qui permet d'étudier un objet selon plusieurs déterminants comme les ressources physiques, psychologiques ou physiologiques d'un individu mais aussi les caractéristiques sociales et éducatives de son environnement ou les relations interpersonnelles (Shannon, 1989).

Nous avons utilisé trois groupes de mots-clés interdépendants dans chacune des trois bases de

2 Voir la publication scientifique complète : Kempf, C., Llorca, P.M., Pizon, F., Brousse, G. & Flaudias, V. (2017). What's new in addiction prevention in young people: a literature review of the last years of research. *Frontiers in Psychology*, doi: 10.3389/fpsyg.2017.01131

données comme indiqué ci-dessous :

1 – « addiction » OU « addictive behavior » OU « dependence », OU « substance abuse », OU « substance misuse ».

ET

2 – « child » OU « school » OU « children » OU « pupil » OU « student » OU « teenager ».

ET

3 – « prevention » OU « health prevention » OU « health promotion » ou « intervention » ou « program » ou « education » ou « health education ».

Résultats

Les recherches ont été effectuées le 31 aout 2015 sur Eric et le 01 septembre 2015 sur Psycinfo et Pubmed.

Le résultat de ces recherches a permis de relever un total de 10 628 articles dans les trois bases de données. Dans un deuxième temps, nous avons filtré les articles en utilisant deux critères : articles avec comité de lecture et datant de 2010 à 2015 comme précisé en fin d'introduction de cet article.

Cela a réduit le total des articles à 295. Une dernière étape de vérification dans les titres et les résumés des articles a été réalisée concernant la présence des mots-clés centraux : enfance, prévention primaire, addictions.

Ces deux étapes ont été réalisées par deux des co-auteurs en double aveugle. Il a été décidé d'exclure un article (Juhnke, et al., 2013) après la deuxième étape car l'objet d'étude principal relevait du harcèlement en milieu scolaire, les addictions étant entendues comme un des effets liés au harcèlement. Le corpus a ainsi été stabilisé à 31 articles.

Les différents tableaux ci-dessous résument l'ensemble de ces articles.

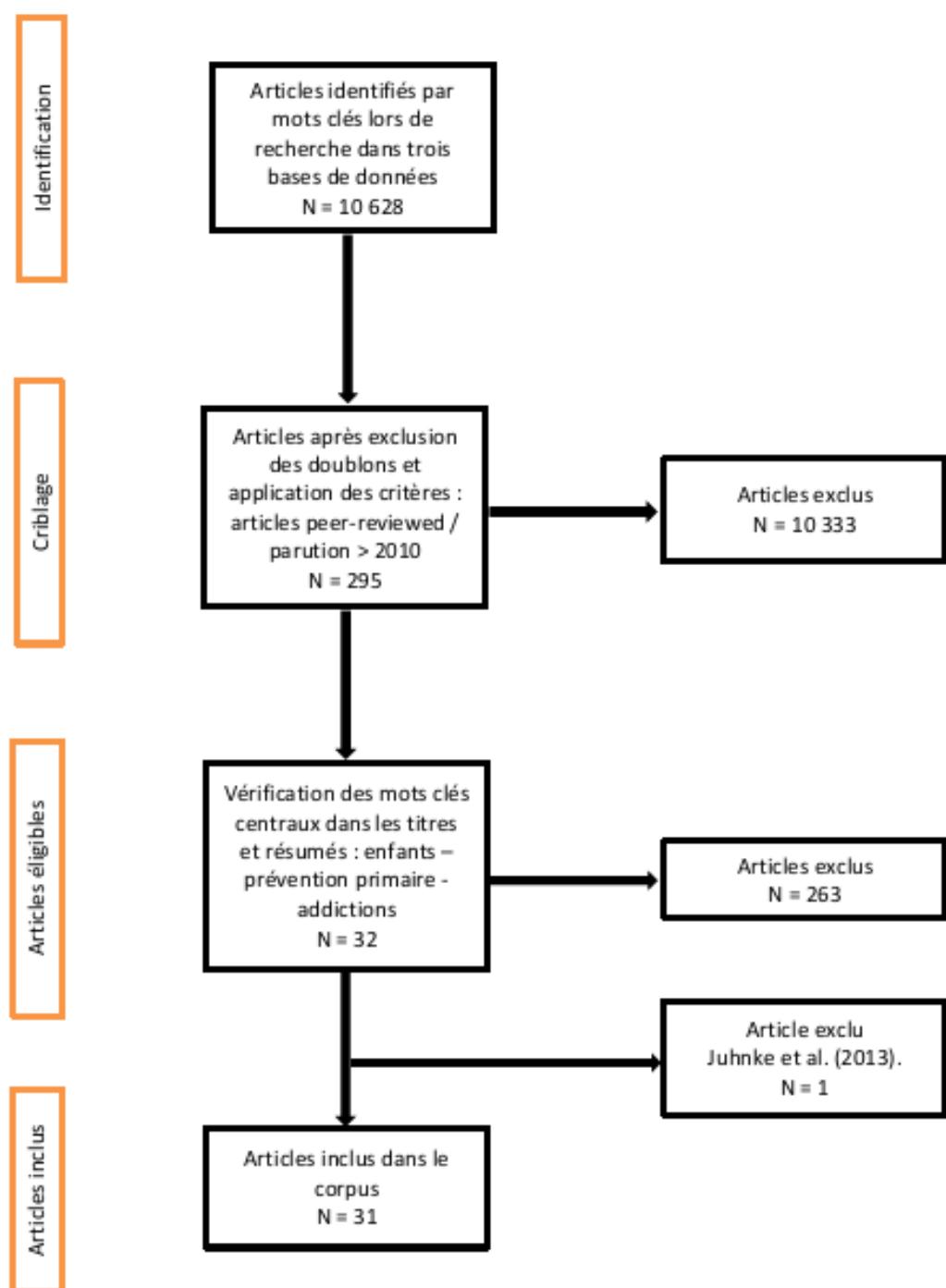


Figure 1. Représentation schématique de la construction du corpus

Auteur	Type de population (âge)	Total population	Conduites addictives	Résultats
Bröning et al., 2014	10-13 ans	288	Non spécifique	<i>Programme SFP 10-14.</i> Transférabilité réussie du programme américain en Allemagne. Programme déjà transféré en Italie, Espagne, Pologne et Grande-Bretagne.
Castellanos-Ryan et al., 2013	7-13 ans	172	Alcool et autres drogues	<i>Programme d'intervention de 7 à 9 ans.</i> Baisse de la consommation de substances mesurée sur 6 ans
Cervantes et al., 2011	11-14 ans	153	Non spécifique	<i>Programme FAMILIA ADELANTE.</i> Baisse de la consommation de cannabis ($p<0,001$) et d'autres substances ($p<0,01$). Augmentation des compétences communicationnelles.
Faggiono et al., 2010	12-14 ans	7 079	Alcool, tabac, cannabis	<i>Programme UNPLUGGED.</i> Effets persistants après 18 mois (-38% pour l'alcool, -26% pour le cannabis)
Mares et al., 2011	11-12 ans	656	Alcool	<i>Programme IN CONTROL : NO ALCOHOL !</i> Moins d'initiations dans le groupe intervention. Augmentation des interventions maternelles.
Miovsky et al., 2015	11-13 ans	1 874	Cannabis	<i>Programme UNPLUGGED.</i> L'effet du programme est significatif ($p<0,001$) en particulier pour le groupe à risque élevé.
O'Neill et al., 2011	9-11 ans	2 512	Alcool et tabac	<i>Programme MMH.</i> Résultats significatifs après 24 mois. Baisse des intentions de consommations et des comportements agressifs. Hausse des compétences promotrices de santé.
Self et al.,	10-12 ans	8 721	Non	<i>Dispositif 4-H.</i> Effets significatifs sur les

2013			spécifique	connaissances, croyances, attitudes, compétences et intentions de consommation.
Spoth et al., 2013	11-12 ans	11 960	Alcool, tabac, cannabis, inhalants, méthamphétamine	<i>Dispositif PROSPER.</i> Baisse de la consommation (-31%) sur la durée de l'intervention (6 ans ½).
Valdivieso-Lopez et al., 2015	11-15 ans	1583	Tabac	<i>Programme CSE.</i> Pas de différence significative entre groupe contrôle et groupe intervention. Baisse de la prévalence pour le groupe intervention (19,9%) comparativement au groupe contrôle (24,4%).
Vermeulen-Smit et al., 2014	11-12 ans	213	Alcool	<i>Programme IN CONTROL : NO ALCOHOL !</i> Efficacité du programme sur les connaissances et les perceptions du risque de consommation. Baisse de l'intention de consommer.
Weichold, 2014	10-15 ans	1 693	Alcool et tabac	<i>Programme IPSY.</i> Baisse de la prévalence et l'usage d'alcool et de tabac. Augmentation des compétences résistance à la pression des pairs.

Tableau 1. Synthèse des programmes de prévention

Programme	Auteur	Cadre théorique
SFP 10-14	Bröning et al., 2014	Modèle écologique du développement humain
Programme canadien	Castellanos-Ryan et al., 2013	Modèle de l'apprentissage social familial Modèle de l'apprentissage social de l'Université de

		l’Oregon
UNPLUGGED	Faggiano et al., 2010 Miovsky et al., 2015	Approche globale de l’influence sociale
IN CONTROL : NO ALCOHOL !	Mares et al., 2011 Vermeulen-Smit et al., 2014	Théorie de l’apprentissage social
MMH	O’Neill et al., 2011	Modèle des croyances relatives à la santé
4-H	Self et al., 2013	Théorie du comportement planifié
IPSY	Weichold, 2014	Théorie des problèmes comportementaux Théorie du contrôle social

Tableau 2. Synthèse des modèles théoriques présents dans les programmes de prévention

Auteur	Type de population (âge)	Total population	Conduite addictive	Résultats
Barnard et al., 2015	3-14 ans	6	Non spécifique	Le soutien de parents consommateurs, par des interventions à caractère social, permet de réduire le risque concernant la consommation de leurs enfants.
Dickens et al., 2012	11-19 ans	2 582	Alcool	Le soutien de la communauté éducative et l’influence des pairs sont deux facteurs qui ont un effet positif sur la réduction de la consommation d’alcool pour les <16 ans.
Emory et al., 2014	10-13 ans	688	Tabac	Les messages des campagnes de prévention auprès des jeunes ont une

				probabilité de faire baisser l'expérimentation de 30%.
Farmer et al., 2012	10-15 ans	3 903	Tabac, alcool, drogues illégales	Les garçons sont globalement plus exposés à la consommation que les filles. Le sentiment de bien-être est un facteur de protection. La consommation de substances varie avec l'âge.
Fernandez -Hermida et al., 2013	11-19 ans	7 065	Alcool	79.1% des parents sous-estiment la consommation d'alcool de leurs enfants. Les parents sont majoritairement convaincus que leurs enfants n'ont pas accès aux drogues.
Gaffar et al., 2013	10-21 ans	3 923	Tabac	De faibles résultats scolaires, la consommation de tabac et de Khat des amis, être un garçon, avoir un sentiment de stress élevé et le montant de l'argent de poche sont les facteurs associés à la consommation de tabac et de Khat.
Liu et al., 2013	6-17 ans	605	Cannabis	Les situations d'agressions vécues à l'enfance ont un effet sur la consommation de cannabis à l'adolescence.
Marsiglia et al., 2011	10-12 ans	1 473	Alcool, tabac, cannabis, inhalants	L'acculturation linguistique, en particulier par l'intermédiaire des médias, est un facteur associé à la consommation de substances. Les filles sont plus sensibles à la consommation de tabac et les garçons au cannabis. L'initiation

				aux inhalants est très présente à 10 ans.
Ridenour et al., 2012	8-16 ans	1 147	Alcool, tabac	Les situations de stress chroniques sont des facteurs prédictifs à la consommation de drogues.
Traube et al., 2012	>11 ans	827	Héroïne, cocaïne, crack, cannabis, tabac, alcool	Le placement familial d'enfants n'est pas un facteur de risque de consommation de drogues. L'intensité de la relation des enfants avec les travailleurs sociaux référents a un effet positif persistant sur la non-consommation.
Wang et al., 2013	11-19 ans	52 214	Alcool	Un lien est montré entre la présence de commerces de proximité vendant de l'alcool et la consommation d'alcool des enfants.
Zorbaz et al., 2015	8-10 ans	396	Jeux vidéo	Les relations familiales, le temps passé sur l'ordinateur et les résultats scolaires sont les facteurs les plus importants concernant une addiction aux jeux vidéo. Les garçons sont plus concernés que les filles.

Tableau 3. Synthèse des articles liés à l'étude de facteurs associés à la consommation

Auteur	Type de population (âge)	Total population	Conduite addictive	Résultats
Collins et al., 2011	10-17 ans	1 105	Médicaments ,tabac, alcool, cannabis	La prévalence de la consommation d'alcool est de 45%. 35% pour la prise de médicaments non-prescrits, 28% pour le tabac et 17% pour le cannabis.

Lan et al., 2013	8-12 ans	1 045	Internet	10,9% des enfants ont une addiction à Internet. Les garçons sont plus concernés que les filles. Les problèmes relationnels et la dépression sont les symptômes les plus présents.
Li W. et al., 2014	7-16 ans	42 études	Internet	La prévalence d'une addiction à Internet peut varier entre 2,5% et 27%. On estime une prévalence globale à 10%.
Li Y. et al., 2014	7-16 ans	24 013	Internet	La prévalence à une addiction d'Internet est de 6,3%. 11,5% des élèves d'écoles primaires ont une addiction.

Tableau 4. Synthèse des études de prévalence

Auteur	Type de population (âge)	Total population	Conduite addictive	Résultats
Dean et al., 2014	10-30 ans	55 772	Tabac, alcool, cannabis, cocaïne, héroïne, inhalants, stimulants, hallucinogènes, médicaments	Construction de 6 modèles de consommation. Plus l'initiation est précoce, plus le risque de consommation régulière est précoce.
Kim et al., 2014	6-16 ans	795	Smartphone	Validation d'une échelle de mesure d'une addiction au Smartphone. Coefficient alpha de Cronbach à 0,88.
Inman et al., 2011	3-18 ans	39 programmes	Alcool, tabac, autres drogues	Rappel des 7 recommandations établies par le CDC concernant

		(dont 7 sur les addictions)		les programmes de prévention du tabac. Les programmes de prévention des addictions doivent s'inscrire plus globalement dans une stratégie de promotion de la santé scolaire.
--	--	-----------------------------	--	--

Tableau 5. Autres objets d'étude

Conclusions

L'ensemble des articles précités permettent ainsi de relever plusieurs éléments pour une prévention efficace auprès des jeunes. Ces éléments sont résumés dans les figure 2 et 3 ci-dessous. Les premiers éléments concernent les facteurs de risques qui doivent être prioritairement la cible des programmes de prévention, les seconds concernent les éléments favorisant l'efficacité d'une action.

Figure 2 : les facteurs de risques liés aux conduites addictives

- Le genre : globalement les garçons sont plus touchés que les filles ;
- L'âge : plus on se rapproche de l'adolescence, plus le risque de consommation augmente.
- La pression de la réussite scolaire ;
- La pression et l'influence des pairs ;
- Des résultats scolaires faibles ;
- Les situations de violences et d'agressions vécues à l'enfance ;
- Un faible sentiment de bien-être ;
- De faibles relations entre jeunes et adultes ;
- Un faible sentiment d'appartenance à l'école ;
- Un faible soutien de l'ensemble des adultes de la communauté éducative ;

Figure 3 : les principaux éléments d'une intervention efficace

- Une approche écosystémique avec l'intervention des adultes qui accompagnent les jeunes : parents, enseignants, animateurs socio-éducatifs etc. ;
- Une approche par les compétences psychosociales permettant une participation active des jeunes ;
- Des adultes formés ;
- Un volume d'heures d'interventions conséquent sur une longue durée (minimum de 10 séances de 45mn) avec des séances de renforcement par la suite.

Notre revue de littérature a permis de faire le point sur les connaissances actuelles en matière de prévention des conduites addictives auprès des enfants et des adolescents. Des facteurs de risques et de protection concernant les conduites addictives ont pu être déterminés et les programmes de prévention efficaces ont permis de dresser quelques recommandations auprès des acteurs de terrain. Devant l'aspect multifactoriel des situations d'expérimentation et d'entrée dans l'addiction, un des enjeux majeurs des prochaines années sera de construire une dynamique pluridisciplinaire dans différents domaines de recherche en associant fortement, praticiens et chargés de prévention. Ces perspectives de recherches et de pratiques de terrain permettront de construire des programmes efficaces, intégrés qui faciliteront leur implémentation dans de nombreux contextes.

III. Promouvoir la santé des enfants par le renforcement des compétences psychosociales

Manon Gourbeuil et Camille Renaudet

1/ Naissance et définition des compétences psychosociales

L'émergence des compétences psychosociales et des programmes permettant de les accroître s'est faite progressivement à partir des années 70, lorsque les programmes de prévention des toxicomanies basés sur la peur n'ont pas montré leur efficacité. En effet, de nombreuses approches ont montré l'importance de varier les programmes de prévention et d'éducation à la santé. L'échec des programmes de prévention centrés sur la transmission d'informations ciblant les risques sanitaires a montré les limites de ce type d'intervention (Bruchon-Schweitzer, 2002 ; Tones & Green, 2004). Les concepteurs de programmes ont alors cherché à considérer le problème autrement et se sont centrés sur l'idée de renforcer chez les adolescents des compétences permettant de faire face à la pression sociale, à l'échec ou au stress sans avoir recours aux psychotropes. Le renforcement des compétences psychosociales pour aider les enfants à faire face à la pression sociale, à l'échec, au stress ou à l'angoisse est un rôle essentiel en promotion de la santé. C'est ce qui correspond au bien-être physique, psychique et social de l'individu. Ils se sont inspirés de la psychologie sociale et cognitive afin de proposer des programmes adaptés (Arwidson, 1997). Ces programmes ayant montré une meilleure efficacité, cette nouvelle approche est généralisée et apparaît dans la charte d'Ottawa (1986): « *La promotion de la santé appuie le développement individuel et social grâce à l'information, à l'éducation pour la santé et au perfectionnement des aptitudes indispensables à la vie. Ce faisant, elle donne aux gens davantage de possibilités de contrôle de leur propre santé et de leur environnement et les rend mieux aptes à faire des choix judicieux* ».

Des documents diffusés par l'OMS (1993) apportent une première définition des compétences psychosociales : « *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 adaptant un comportement approprié et*

positif, à l'occasion des relations entretenues avec les autres, sa propre culture et son environnement ».

En s'inspirant des stades du développement de l'enfant et des conduites à risques, l'équipe de l'OMS a dégagé plusieurs compétences nécessaires pour faciliter la transition vers l'âge adulte.

Elles sont répertoriées comme suit :

- Savoir résoudre des problèmes – Savoir prendre des décisions
- Avoir une pensée créative – Avoir une pensée critique
- Savoir communiquer efficacement – Etre habile dans les relations interpersonnelles
- Avoir conscience de soi – Avoir de l'empathie
- Savoir réguler ses émotions – Savoir gérer son stress

Chacune de ces aptitudes a été décrite en se référant aux travaux de psychologie sociale et cognitive.

Apprendre à résoudre les problèmes nous aide à faire face à ceux que nous rencontrons inévitablement tout au long de notre vie. Des problèmes personnels importants, laissés sans solution, peuvent à la longue maintenir un stress mental et entraîner une fatigue physique.

Apprendre à prendre des décisions nous aide à les prendre de façon constructive. Cela peut avoir des conséquences favorables sur la santé, si les décisions sont prises de façon active, en évaluant les différentes options et les effets de chacune d'entre elles.

La pensée créative contribue à la fois à la prise de décision et à la résolution de problèmes en nous permettant d'explorer les alternatives possibles et les diverses conséquences de nos actions et de notre refus d'action. Cela nous aide à regarder au-delà de notre propre expérience [...]. La pensée créative peut nous aider à répondre de façon adaptative et avec souplesse aux situations de la vie quotidienne.

La pensée (ou l'esprit) critique est la capacité à analyser les informations et les expériences de façon objective. Elle peut contribuer à la santé en nous aidant à reconnaître et à évaluer les facteurs qui influencent nos attitudes et nos comportements, comme les médias et les pressions de nos pairs.

La communication efficace signifie que nous soyons capables de nous exprimer à la fois verbalement et non verbalement, de façon appropriée à notre culture et aux situations. Cela peut

signifier être capables d'exprimer nos désirs à propos d'une action dans laquelle on nous demande de nous impliquer. Cela peut également signifier être capables de demander des conseils quand cela s'avère nécessaire. Les aptitudes relationnelles nous aident à établir des rapports de façon positive avec les gens que nous côtoyons. Cela signifie être capables de lier et conserver des relations amicales, ce qui peut être d'une grande importance pour notre bien-être mental et social. Cela signifie également garder de bonnes relations avec les membres de notre famille, source importante de soutien social. Il s'agit aussi de savoir interrompre des relations d'une manière constructive.

Avoir conscience de soi-même, c'est connaître son propre caractère, ses forces et ses faiblesses, ses désirs et ses aversions. Cela nous aide à reconnaître les situations dans lesquelles nous sommes stressés ou sous pression. C'est indispensable aussi pour établir une communication efficace, des relations interpersonnelles constructives et pour développer notre sens du partage d'opinions avec les autres.

Avoir de l'empathie pour les autres : Il s'agit d'imaginer ce que la vie peut être pour une autre personne même dans une situation qui ne nous est pas familière. Cela peut nous aider à accepter les autres qui sont différents de nous et à améliorer nos relations sociales, par exemple dans le cas de diversité ethnique. Savoir partager différents points de vue nous aide à encourager un comportement humanitaire envers les gens qui ont besoin d'assistance ou de tolérance : les malades atteints du sida par exemple ou les gens ayant une maladie mentale et qui peuvent être stigmatisés ou frappés d'ostracisme par les personnes dont ils dépendent.

Faire face à son stress suppose d'en reconnaître les sources et les effets et de savoir en contrôler le niveau. Nous pouvons alors agir de façon à réduire les sources de stress, par exemple, en modifiant notre environnement physique ou notre style de vie. Nous pouvons également apprendre à nous relaxer pour que les tensions créées par un stress inévitable ne donnent pas naissance à des problèmes de santé. Pour faire face aux émotions, il faut savoir reconnaître les siennes et celles des autres. Il faut être conscient de leur influence sur les comportements et savoir quelles réactions adopter. Les émotions intenses comme la colère ou la tristesse peuvent avoir des effets négatifs sur notre santé si nous ne réagissons pas de façon appropriée " (OMS, 1993 ; Bonnin et al. 2002).

Depuis, d'autres documents de l'OMS permettent d'affiner la définition de ces compétences en les présentant sous 3 grandes catégories : les compétences sociales, cognitives et émotionnelles

(Mangrulkar et al., 2001). Elles ont été synthétisées par Lamboy et Guillemont (2014) comme suit :

- **Les compétences sociales (ou interpersonnelles ou de communication) :**
 - Les compétences de communication verbale et non verbale : écoute active, expression des émotions, capacité à donner et recevoir des feedbacks
 - Les capacités de résistance et de négociation : gestion de conflits, capacités d'affirmation, résistance à la pression d'autrui
 - L'empathie : capacité à écouter et comprendre les besoins et le point de vue des autres, et à exprimer cette compréhension
 - Les compétences de coopération et de collaboration en groupe
 - Les compétences de plaidoyer s'appuyant sur les compétences de persuasion et d'influence.
- **Les compétences cognitives :**
 - Les compétences de prise de décision et de résolution de problème
 - La pensée critique et l'auto-évaluation qui impliquent de pouvoir analyser l'influence des médias et des pairs, d'avoir conscience des valeurs, attitudes, normes, croyances et facteurs qui nous affectent, de pouvoir identifier les sources d'information pertinentes
- **Les compétences émotionnelles (autorégulation) :**
 - Les compétences de la régulation émotionnelle : gestion de la colère et anxiété, capacité à faire face à la perte, l'abus et traumatisme
 - Les compétences de gestion du stress qui impliquent la gestion du temps, la pensée positive et la maîtrise des techniques de relaxation
 - Les compétences favorisant la confiance et l'estime de soi, l'auto-évaluation et l'autorégulation.

2/ Les représentations de la santé chez les enfants et les adolescents

L'enfance couvre la période 0-13 ans, bien qu'il soit difficile de fixer des limites. Avant 11 ans, l'enfant perçoit la santé par opposition à la maladie. Il établit un lien entre ce qui est mauvais pour la santé (boire de l'alcool, fumer) et/ou ce qui est bon pour la santé (ne pas boire d'alcool, ne pas fumer). Il fait le lien entre le fait de fumer et les cancers.

C'est seulement après 11 ans que les enfants commencent à évoquer des comportements positifs pour parler de la santé et non plus uniquement par opposition à la maladie. La santé est alors associée à diverses pratiques comme par exemple : faire du sport ou être heureux. Pour les enfants, la santé se définit avant tout par la notion de « prendre soin de son corps ». En effet, cela fait référence aux normes et valeurs apprises à l'école ou dans les familles (se laver les mains, se brosser les dents, etc.).

Après 13 ans, on parle d'adolescence. C'est une période de changements, où il s'agit de trouver sa place en sortant du monde de l'enfance, sans savoir comment pénétrer celui des adultes. Cette période est encore une étape de maturation physique, physiologique et psychologique.

Pour eux, les transformations du corps, leurs questionnements sur la sexualité, le regard des autres, le rapport aux autres les préoccupent davantage. Ils ont également un regard et se questionnent vis-à-vis de l'environnement (pollution, pays en développement, cultures, etc.).

Pour les adolescents, le corps est un objet soumis au regard de l'autre. Ils sont très préoccupés par leur apparence physique. L'image que les adolescents ont d'eux-mêmes est globalement positive : les études montrent que la plupart des adolescents se déclarent majoritairement heureux, ont confiance en eux et ne se sentent pas ou peu souvent seuls (Bonnin, et al., 2002).

3/ Lien avec la psychologie de l'enfant et de l'adolescent

Les données et recherches de ces dernières années sur le développement de l'enfant et les programmes de prévention montrent que les problèmes de santé sont déterminés par un certain nombre de comportements défavorables à la santé et par un déficit de comportements favorables. Ce déficit a été identifié comme la conséquence d'un manque de compétences et aptitudes considérées comme « véritable médiateurs des comportements visés » (Mangrulkar, 2001). Les résultats des évaluations d'un programme ciblant les CPS constatent que le développement de ces compétences peut : retarder l'apparition de la consommation de drogues, de prévenir les comportements sexuels à haut risque, enseigner la gestion de la colère, d'améliorer le rendement scolaire, et de promouvoir l'adaptation sociale positive (Mangrulhar, 2001).

Les programmes de développement des compétences psychosociales puisent leur fondement dans la psychologie clinique, du développement, sociale et cognitive et à postérieur de la psychologie positive (Lamboy, & Guillemont, 2014).

Afin de garantir des programmes efficaces, Mangrulhar (2001) détaille les théories de la psychologie sociale et cognitive sur lesquelles se sont initialement basés ces programmes :

La théorie du développement de l'enfant et de l'adolescent (Piaget, Vygosky, Newman)	<ul style="list-style-type: none"> - Début de l'adolescence (10-14) est désignée comme une période critique et l'opportunité de renforcer des compétences et des habitudes positives, puisqu'à lieu à cet âge le développement de l'image de soi et la capacité de penser de façon abstraite et de résoudre les problèmes - Le contexte social du début et du milieu de l'adolescence est plus large et fournit l'occasion d'entraîner de nouvelles compétences avec les pairs et d'autres personnes en dehors de la famille - Développer les compétences est reconnu comme essentiel dans le développement de l'enfant et de sa construction en tant qu'individu autonome
Théorie de l'apprentissage social (Bandura)	<ul style="list-style-type: none"> - Enseigner des compétences de vie nécessite de reproduire les processus naturels par lesquels les enfants apprennent le comportement (modélisation, l'observation, l'interaction sociale) - Les enfants ont besoin de développer les compétences internes (autocontrôle, la réduction du stress, gestion de soi, la prise de décision) qui peuvent soutenir les comportements extérieurs positifs (Bandura : l'auto-efficacité, définie comme la confiance dans ses capacités à effectuer des comportements appropriés, est importante pour l'apprentissage et les comportements de maintien, en particulier face à la pression sociale à se comporter différemment)

Théorie des comportements problématiques (Jessor)	<p>Les comportements sont influencés par les valeurs, les croyances et les attitudes d'un individu, et la perception des amis et de la famille au sujet de ces comportements. Par conséquent, les compétences dans la clarification des valeurs et la pensée critique (pour soi-même et les valeurs de l'environnement social) sont un aspect important des programmes de compétences de vie</p>
Théorie de l'influence sociale (Bandura, McGuire, Evans)	<ul style="list-style-type: none"> - Les pairs et les pressions sociales à se livrer à des comportements malsains peuvent être désamorcés en les abordant avant que l'enfant ou l'adolescent soit exposé à ces pressions, pointant ainsi à la prévention précoce, plutôt que l'intervention plus tard. - L'enseignement des compétences de résistance des enfants est plus efficace pour réduire les problèmes de comportement que de simplement fournir des informations ou de provoquer la peur des résultats du comportement.
Résolution de problème cognitif	<ul style="list-style-type: none"> - De pauvres compétences de résolution de problèmes sont liées à des comportements sociaux pauvres, ce qui indique la nécessité d'inclure la résolution de problèmes comme un aspect des programmes de compétences de vie - L'enseignement de compétences interpersonnelles de résolution de problèmes à un stade précoce dans le processus de développement (de l'enfance, l'adolescence précoce) est plus efficace.
Intelligences multiples (y compris l'intelligence émotionnelle) (Gardner)	<ul style="list-style-type: none"> - Une vision plus large de points d'intelligence humaine permettant l'utilisation de méthodes d'enseignement variées pour engager différents styles d'apprentissage. - La gestion des émotions et la compréhension de ses sentiments et des sentiments des autres sont essentielles pour le développement humain et peuvent être apprises par les enfants de la même manière que la lecture et l'arithmétique.

La résilience et de la théorie du risque	<ul style="list-style-type: none"> - Les compétences socio-cognitives, les compétences sociales et les compétences de résolution de problèmes peuvent servir de médiateurs pour le comportement. - Les compétences spécifiques visées par les programmes de compétences de vie font partie des facteurs internes qui aident les jeunes à réagir à l'adversité et sont les traits qui caractérisent la résilience des jeunes.
Théorie de la psychologie constructiviste (Piaget, Vygoski)	<ul style="list-style-type: none"> - Le processus d'apprentissage se produit par l'interaction sociale dans l'apprentissage par les pairs, les groupes coopératifs ou situations de discussion ouvertes. - Le développement des compétences de vie chez les adolescents, comme les autres processus d'enseignement et d'apprentissage, est imprégné des croyances et valeurs culturelles. - Le développement des compétences à travers l'interaction de l'individu et l'environnement social / culturel peut conduire à des changements à la fois dans l'individu et de l'environnement (groupe de pairs, classe, famille, groupe de jeunes)

Tableau 6. Synthèse des arguments théoriques sur lesquels se basent les programmes travaillant les compétences psycho-sociales.

La conception de la psychologie positive s'appuie sur des théories ressources (Morgan, Ziglio 2007). Les ressources individuelles et ou communautaires permettant de promouvoir un bon état de santé. Elles peuvent être physiques, sociales, intellectuelles, financières, environnementales (Shankland, 2012). Les recherches ont montré une efficacité des programmes visant le développement des ressources individuelles, ou « forces de caractère » ou encore les ressources générales de résistance » tels qu'une diminution de l'anxiété, des symptômes dépressifs et une meilleure capacité de résilience face à l'adversité. Ces éléments sont détaillés dans le chapitre suivant. Pour finir, une liste non-exhaustive d'outils de prévention des addictions en milieu scolaire est proposée dans le tableau 7. Néanmoins ces outils n'ont encore jamais été évalué scientifiquement et souligne l'importance de telles évaluations à l'avenir.

Outils	Objectifs	Public	Freins	Leviers
7 à toi : travail sur la prévention des conduites à risques (ANPAA35, 2015)	Repérer les besoins, identifier les situations de frustrations (sentiments positifs ou négatifs).	9 – 11 ans	Coût : 150 euros	- Initier à des animations complémentaires (expression écrite, théâtre, bande dessinée) - Valorise et renforce les compétences psychosociales
Papillagou et les enfants de croque lune : jeu de piste (PIPSa, 2009)	Travail sur les compétences psychosociales (confiance en soi, estime de soi, gérer les conflits, communiquer, résister à la pression, travailler son sens critique, faire des choix).	9-13 ans 6 à 30 participants	Préparation est longue et fastidieuse Lien entre le jeu et la vie parfois compliqué	- Favorise l'imaginaire et les compétences psychosociales - Plusieurs séances - Groupe plus ou moins nombreux
Léa et l'air : livre pédagogique (INPES, 2012)	Aborder des thématiques de santé au travers de situations quotidiennes (être en bonne santé c'est se sentir bien dans son corps, dans sa tête, dans ses relations à autrui, dans son environnement).	8-10 ans		Travail individuel et collectif Sujets de débat variés Beaucoup de sujets d'apprentissages, de découvertes, de réflexions et d'échanges
Léo et la terre (INPES, 2012)	Permettre d'acquérir des connaissances, de prendre soin d'eux, de mieux vivre avec les autres et d'assumer des responsabilités.	CE2-CM1-CM2		Thématiques variés : nutrition, généalogie, ou mort d'un proche Activités individuelles et collectives. Sujets de débats variés
La cacahouète et savoir dire non	Permettre d'acquérir des connaissances et des compétences pour résister à la pression	9 à 14 ans		Travail sur les compétences psychosociales Mise en situation via des mises en scènes

Tableau 7. Exemple d'outils pouvant être utilisé pour le développement des compétences psycho-sociales chez l'enfant.

IV. Les nouvelles approches en promotion de la santé : Psychologie positive et pleine conscience

Solène Piano

Le stress est de plus en plus présent dans les sociétés occidentales actuelles. Les enfants sont très tôt exposés à des stress répétés, réguliers et intenses, reconnu pour être source de colère, d'anxiété, de dépression et de conduites à risques, ainsi que d'une plus faible estime de soi et de confiance en soi (Mendelson et al. 2010). Une constante exposition soumet les enfants à des risques plus élevés de difficultés sociales et émotionnelles, de problèmes de comportements, et d'échec scolaire (Mendelson et al. 2010). Par ailleurs, le lien entre anxiété et d'autres troubles telles que les conduites à risques, les troubles de l'attention et de l'hyperactivité sont aujourd'hui reconnus (Simon, et Bogels, 2009).

Il a d'ailleurs été reconnu par l'OMS, que les conduites à risques à l'adolescence étaient corrélées au déficit de certaines compétences psychosociales. S'il est donc nécessaire de développer ces compétences, la limite serait de proposer uniquement des actions focalisées sur les comportements présupposés à risque (difficulté à dire non, difficulté à gérer son stress...) avant même qu'ils aient été identifiés comme problématique par les enfants. Ces derniers, n'ayant pas une motivation personnelle à investir ces questions, risquent d'être moins attentifs ou investis ce qui peut impacter l'évaluation finale de l'action (Shankland, 2009).

C'est pourquoi, pour éviter ce biais il est important de construire **les programmes qui se focalisent sur le développement des forces et qui adoptent une approche positive et globale des apprentissages sociaux émotionnels.** En effet, les programmes universels, sont plus efficaces que les actions qui ciblent la réparation de conduites spécifiques (Farrell et Barrett, 2007). Quand ce type de programme est proposé dès le plus jeune âge, cela offre aux enfants la possibilité de développer leurs propres outils, qu'ils auront estimés eux-mêmes comme nécessaires et pertinents (Mendelson, 2010).

La psychologie positive et la pleine conscience sont deux approches qui s'inscrivent dans cette démarche de programme universel. Ces approches agissent sur les déterminants des compétences psychosociales et favorisent ainsi l'épanouissement personnel et social de l'enfant. Par effet domino, elles favorisent l'adoption de comportement de santé et réduit ceux à risques.

Ce chapitre présente les définitions, le fonctionnement ainsi que des outils innovants promus par la psychologie positive, pleine conscience.

1/ Psychologie positive

Les actions issues de la psychologie positive valorisent le bien-être général et favorisent les forces individuelles au lieu de se concentrer sur les faiblesses à changer (Parks and Biswas-Diener 2013). Elles favorisent le développement de cognitions, de comportements et d'émotions positives. En effet, **les émotions positives ont un effet puissant sur la santé ainsi que sur les performances cognitives au quotidien** (Fredrickson, 1998 et 2001).

Elles élargissent la portée de l'attention, des pensées et des actions qui aident à développer une plus grande créativité. Par exemple, après avoir eu des émotions positives, des individus mettent moins de temps à résoudre un problème et trouvent des solutions plus créatives et nombreuses par rapport aux personnes qui ont eu des émotions neutres (Estrada et al., 1997). Ainsi, par ricochet, **les émotions positives permettent de mieux s'adapter aux situations stressantes, augmentent le niveau de bien-être durable (Fredrickson, 2001; Fredrickson et Branigan, 2005) et donc favorisent une bonne santé mentale et le bien-être général.**

Ce type d'approche a toute sa place au sein des écoles. Selon Seligman et co. (2009), les actions positives aident à favoriser les compétences académiques traditionnelles ainsi que les aptitudes à développer le bien-être durable. Plusieurs actions basées sur la psychologie positive ont été testé en milieu scolaire. Celles-ci ont donné des résultats très prometteurs, en termes de bien-être mais aussi au niveau des résultats scolaires, du climat de classe et du bien-être des enseignants (Rempel, 2012). Dans une méta-analyse portant sur 213 études faisant intervenir 270 034 élèves de la maternelle à l'école secondaire, les élèves inscrits dans ce type de programme, présentaient un niveau d'apprentissage social et émotionnel, 11 points de pourcentage plus élevés que pour les jeunes non inclus dans ces programmes (Durlak et coll. 2011)

Deux grands axes d'étude au sein de la recherche en psychologie positive ont émergé, et apportent des éléments transposables au terrain : **les forces** et le **sentiment de gratitude**. Grâce à ces approches, des actions concrètes ont pu être mises en place en milieu scolaire et évalués auprès des enfants.

Les forces

Selon plusieurs auteurs (Peterson et Seligman, 2004, Linley et Harrington, 2006), les forces peuvent être définies comme **les façons intrinsèquement appréciées de se comporter, de penser et de ressentir, qui favorisent le bien-être, des relations positives et l'atteinte d'objectifs fructueux**.

Forces cognitives	Forces émotionnelles	Forces interpersonnelles	Forces communautaires	Forces de tempérance	Forces de transcendance
Créativité	Courage	Aimer	Citoyenneté	Le pardon	Reconnaissance de la beauté
Curiosité	Persévérance	Gentillesse	Justice	Modestie	Gratitude
Pensée critique	Honnêteté	Intelligence sociale	Leadership	Prudence	Espoir
Amour d'apprendre	Joie de vivre			Maîtrise de soi	Humour
Sagesse					Spiritualité

Tableau 8. Ensemble des forces d'un individu proposées par Seligman et Peterson (2004)

Il s'agit d'un **potentiel intrinsèque, présent en chacun de nous et non des caractéristiques de personnalité non modifiables**. Travailler à partir de ses propres forces plutôt qu'en tentant de modifier ses faiblesses, améliore les apprentissages et la motivation ainsi que le niveau de satisfaction et le sentiment de compétence (Clifton et Harter, 2003 ; (Linley et Harrington, 2006; Peterson et Seligman, 2004). Ce lien entre bien-être et utilisation des forces individuelles s'expliquerait par le fait qu'elles **favorisent les besoins psychologiques fondamentaux : l'autonomie, le sentiment de compétence et le lien social** (Linley et al., 2010a). De plus, elles améliorent les relations positives dans la classe, ce qui conduit à **un climat plus positif, un meilleur bien-être et par la suite de meilleurs résultats scolaires**.

Le sentiment de gratitude :

La gratitude est définie selon Emmons (2004) comme un sentiment de joie en réponse à la réception d'un cadeau, que celui-ci soit un bénéfice tangible ou un moment de bonheur paisible évoqué par la beauté naturelle. C'est **un sentiment de gratitude en réponse à un bénéfice estimé comme précieux, fourni intentionnellement et de façon altruiste (plutôt que par intérêt personnel), et ayant un coût pour le bienfaiteur** (Tesser et 1968 et Wood et al., 2008c).

Les études montrent que les individus reconnaissants, déclarent avoir des niveaux plus élevés de satisfaction, d'optimisme et de vitalité, tout en rapportant moins de dépression et d'envies (McCullough et al., 2002). **La pratique délibérée de gratitude, aurait des résultats positifs sur le bien-être individuel mais aussi collectif** (Seligman et al., 2009; Seligman et al. 2005; Wood et al. 2009, 2010). Certaines recherches ont également démontré des améliorations de variables académiques tel que la satisfaction scolaire (Froh et al., 2008) et le rendement scolaire (Froh et al. 2011). Le plus de cette aptitude, est qu'elle joue également un rôle unique dans le lien social et l'entretien des relations (Algroe et al., 2008, Froh et al., 2010). En effet l'émotion positive qui en résulte, jouerait dans le renforcement d'une relation par réciprocité (Algroe et al., 2008) ; faciliterait, l'initiation de nouvelles relations en indiquant un potentiel d'un lien social de haute qualité (Williams et Bartlett, 2015); orienterait l'attention vers les relations existantes (Algroe et al., 2013) ; maintiendrait ces relations (McCullough et al., 2008).

Hors, chez les enfants et les adolescents, les liens sociaux forts sont essentiels pour favoriser l'ajustement comportemental, le lien avec le milieu scolaire et la réussite scolaire (Huebner et al., 2006). C'est pourquoi les interventions de gratitude peuvent être particulièrement utiles dans les écoles.

Il s'agit donc d'apprendre aux enfants à porter leur attention sur les éléments bénéfiques de leur quotidien, et sur ce qui donne du sens à leur vie. Le biais de négativité (Baumeister et al., 2001), qui est de repérer et porter son attention aux stimuli négatifs de son environnement (en cause dans l'anxiété et la dépression) serait ainsi moins saillant ce qui permettrait à l'enfant de conserver une image plus globale de la situation. Ainsi, la pratique de la gratitude servirait de rappel délibéré pour déplacer notre attention vers quelque chose de positif dans nos vies.

Les outils existants

Il s'agit d'aider les individus à accroître leur bien-être par la pratique d'exercices qui aideraient à repérer le positif dans le quotidien de chacun, à trouver un sens à sa vie et à améliorer la qualité des relations sociales.

- **Le jeu des forces** : A partir de situations concrètes, et d'une liste de forces, l'enfant repère celles qu'il utilise le plus, puis comment ces mêmes forces ou d'autres pourraient être utiles. Ce même jeu peut-être ensuite reconduit avec plusieurs situations différentes (conflit avec un camarade à l'école, mauvaise note,...). Les enfants identifient alors comment rééquilibrer l'ensemble des forces, afin d'assurer une issue positive pour soi et les autres, dans ces divers contextes.

Il est important que les forces soient présentées comme un **potentiel intrinsèque, modifiable et malléable**, est non comme des traits de personnalité (Qualité et défauts). Il faut donc **insister sur la façon dont il est possible de développer les forces par l'attention et l'effort** (Biswas-Diener et al., 2011) afin d'éviter les effets contreproductifs voir préjudiciables pour les enfants.

- Le journal des grâitudes ou « Trois choses pour lesquelles j'ai de la chance »

(Shankland and Rosset, 2015) : noter 3 choses pour lesquelles nous sommes reconnaissants. Cette action doit être régulière, des bénéfices ont été observés chez les étudiants, dès 15 jours lors d'une pratique journalière.

Prérequis

- Engagement des administrateurs du projet et des animateurs et enseignants.
- Participation à des séances de formation et sensibilisation des adultes encadrants.

On obtient un réel bénéfice si ce type d'action est mis en œuvre par les équipes encadrantes du quotidien au lieu des psychologues scolaires, ou professionnels spécialisés (Rempel, 2012).

2/ La pleine conscience (Mindfulness)

Il s'agit de « porter une attention délibérée au moment présent, avec curiosité et sans jugement » (Kabat-Zinn, 1996). Le terme « mindfulness » fait référence à l'état de conscience qui découle de cette attention volontaire. Plus précisément il s'agit d'adopter une ouverture vers soi et son environnement, et d'accepter toute expérience (Bishop et al. 2004).

La mindfulness ne vise pas directement l'amélioration du bien-être au travers d'exercices. Elle agit indirectement, mais profondément sur les déterminants du bien-être. C'est pourquoi, elle aurait des bénéfices à long terme, sur le développement des compétences psychosociales. Les exercices de pleine conscience s'inscrivent parfaitement dans la lignée des

programmes de prévention universelle puisqu'ils se concentrent sur les vulnérabilités universelles dans l'enfance plutôt qu'aux problèmes spécifiques (Boegels et al. 2008). Ils permettent d'agir, tout comme la psychologie positive, sur le développement des forces déjà présentes chez les enfants au lieu de se centrer sur la pathologie. Cette pratique est donc toute indiquée dans une démarche de promotion de la santé.

Afin de mieux comprendre l'approche de la pleine conscience il est important de préciser deux grands principes directeurs : la pratique de la mindfulness ne vise pas l'atteinte d'une performance ou la modification d'un état émotionnel. Il ne s'agit pas de modifier, d'améliorer, ou de changer son état. **La particularité de cette approche est qu'il n'y a pas de performance à atteindre**, ni donc d'évaluation à réaliser. **Les bénéfices seraient d'ailleurs totalement annulés ou amoindris si cette pratique était animée par un désir d'atteindre un état supérieur.** En effet, cela reviendrait à développer une motivation extrinsèque, défavorable à la motivation autodéterminée (Deci et Ryan, 2008). Cela diminuerait la persévérance dans l'activité et dénaturerait finalement l'approche de la pleine conscience : **une intention sincère d'être au moment présent tel qu'il est, avec éveil et curiosité.**

En effet, en dirigeant son attention sur l'expérience immédiate, on s'accorde un moment de recul, nous avons l'occasion de comprendre comment l'esprit réagit à l'environnement. Ainsi **nous percevons l'ensemble des émotions et des pensées non plus comme des faits, mais comme des événements mentaux mouvants et transitoires.**

En utilisant par exemple la méditation sur le souffle, les participants ont l'occasion d'observer leurs réactions simplement, sans jugement, et ainsi les émotions, perdent de leur consistance (Williams, 2010). Sans effort volontaire pour les dissiper, les pensées perdent leur statut de « vérités » entretenu par les ruminations et elles deviennent de simples événements mentaux. **Une pratique régulière, amène les habitudes de pensées, les ruminations et autres biais de négativités, qui alimentent le stress, la réactivité, l'anxiété et la dépression, tendent à disparaître naturellement.**

Par ailleurs, même si les jeux proposés peuvent parfois apporter une sensation ou un sentiment de détente, la pleine conscience est une approche différente de la relaxation. Elle consiste à augmenter sa conscience et son recul face aux expériences, donc à accepter son état actuel (stress, tristesse, angoisse...) plutôt qu'à se détendre pour diminuer ou éviter une contrariété. Essayer d'échapper à des émotions, des situations ou des pensées inconfortables génère des stratégies d'adaptation inadaptées. En effet, plus on essaie de

supprimer les cognitions et les émotions, plus ils peuvent revenir (Gross, 2002; Wegner 2009). La pratique de la pleine conscience permet de ne pas renforcer les stratégies d'évitement, et offre la possibilité de renforcer les capacités et les réponses au stress variées et positives.

Les bénéfices de la pleine conscience

Les actions de pleine conscience favorisent la **promotion de l'empathie, les relations prosociales, la compassion pour soi et les autres** (Baer et al., 2004; Ryan 2003; Dekeyser et al. 2008; Jones et al. 2011; Pepping et al. 2013; Schutte et al. 2001). Les enfants qui s'engagent dans une pratique régulière sont **capables de s'apaiser eux-mêmes**, de se calmer et d'être plus présents (Abrams, 2007). Cela réduit le stress, améliore la confiance en soi, les relations aux autres, l'optimisme et l'estime de soi (Fisher, 2006, Schonert-Reichl and lawlor, 2010). La pleine conscience permet d'apprendre à ne pas nourrir une quête inlassable du bonheur intense qui a pour conséquence d'entretenir un sentiment de mal-être (Mauss, Tamir, Anderson et Savino, 2011). La recherche en neuroscience permet de mieux comprendre ce phénomène. En effet, on observe des modifications profondes au niveau des structures et les connexions neuronales du cerveau chez les pratiquants réguliers (Weare 2013).

La pleine conscience augmenterait également la **capacité à maintenir une attention** même lorsque des stimuli inattendus se produisent. Davidson et Lutz (2008) ont montré que l'activité de méditation, donc de l'entraînement de l'attention, permet d'augmenter le flux sanguin vers des zones clés du cortex cérébral associées à l'attention et à l'intégration émotionnelle. Une pratique régulière participerait à l'amélioration les **performances cognitives et scolaires**.

Enfin les enfants se réapproprieraient assez facilement les activités de pleine conscience. Des **activités et programmes ont été testés en milieu scolaire et ils montrent que les jeux sont accessibles et attractifs pour les enfants**. En effet, ils découvrent avec la méditation qu'ils peuvent diriger leur attention volontairement vers leurs corps ou sur leur respiration (Burnett, 2009) et se détacher d'une spirale émotionnelle. La **mindfulness leur permet de gérer eux même des techniques, ils deviennent acteurs de leur propre développement du bien-être** (Semple, Reid et Miller, 2005).

Les outils existants

Selon Rempel (2012) initier les enfants à cette pratique, devrait les préparer beaucoup mieux aux présents et futurs évènements de vie. D'un point de vue pratique, chacune de ces pratiques

peut s'implanter dans des activités du quotidien : cantine, pause goûters, avant ou à la fin de la classe, récréation...

Attention cependant, l'apprentissage de la pleine conscience ne se résume pas à une accumulation d'outils, il s'agit d'une manière d'être dans le monde et de le comprendre. Chaque activité **doit être accompagnée d'explications et surtout d'un débriefing avec les enfants afin de recueillir leurs impressions et de veiller à la bonne intégration de l'approche** (: il n'y a pas d'objectif de performance ou de modification de l'état émotionnel).

Méditation sur le souffle (2 à 15 min)

L'enfant s'installe confortablement, sur une chaise, en tailleur sur le sol, ou allongé. Il est invité à porter son attention sur sa respiration, sans la modifier. Il doit se focaliser sur les sensations corporelles suite à l'inspiration puis à l'expiration (Sensation de fraîcheur au niveau des narines à l'inspiration, ventre qui se gonfle...)

Méditation sur la bienveillance et la compassion

Des recherches ont souligné l'importance de cultiver la conscience attentive en pratiquant la compassion afin de mieux favoriser l'empathie et les rapports prosociaux (McCall et al., 2014). L'enfant s'installe confortablement, sur une chaise, en tailleur sur le sol, ou allongé. Il est invité à éprouver une émotion positive en pensant à l'amour que lui porte un proche. Il imagine ensuite retransmettre cet amour et souhaiter la sécurité, la confiance en soi et l'épanouissement à d'autres proches, puis une fois que c'est plus facile pour lui, à une personne avec qui il s'est fâché et envers qui il éprouve peut-être des émotions négatives.

Manger en pleine conscience

Cette activité peut être réalisée avec différents aliments : fruits, chocolat, légumes,... L'enfant à pour première consigne d'observer l'aliment sous ces différents aspects sensoriels : la vue (les couleurs, les formes...), l'odorat, le toucher (le poids, la texture...), et l'ouïe. Enfin, l'enfant dépose l'aliment dans sa bouche sans le croquer et porte son attention à chaque saveur, et sensations en bouche avant de le manger doucement.

Body-scan

L'enfant porte son attention successivement sur différentes parties de son corps, en partant des pieds jusqu'à la tête. Il doit être attentif à chaque sensation (vêtement en contact de la peau, sensation de chaleur, de froids, fourmis, pulsations du cœur...).

Prérequis :

- **Former et informer la direction de l'école les équipes et les parents sur la pratique de la pleine conscience** : pour un réel bénéfice et pour assurer l'acceptation du programme (Goldin, 2008)
- **La mise en place d'un programme de pleine conscience doit être prévue sur le long terme.** Les études de recherche soulignent que les effets sur les résultats scolaires et de bien-être sont liés au temps de pratique (Huppert et Johnson 2010). Par exemple, selon Fisher, (2006) 10 à 15 min de pratique journalière permet une meilleure réussite et crée un environnement d'apprentissage plus paisible.
- **Doit impliquer toute l'école afin d'éviter et de diminuer tout risque de stigmatisation pouvant être un frein à l'implication des enfants.**

Pour conclure, la mise en place de programmes de prévention reposant sur la psychologie positive ou de pleine conscience permettrait d'améliorer les compétences psycho-sociales en travaillant sur les forces déjà présentes d'un enfant. Ces programmes sont complémentaires aux programmes existants et se situerait donc dans une approche en amont du développement des compétences psycho sociales.

V. Organisation des TAP dans le Puy-de-Dôme : exemple de 5 communes

Alix Gravière

Afin d'établir l'état des lieux de l'organisation des temps d'activité périscolaires (TAP), et d'évaluer la possibilité d'activités à visée de promotion de la santé, et de prévention des conduites addictives, le travail de ce chapitre consistait à aller voir comment un tel projet pouvait être accueilli sur le terrain. Nous souhaitions savoir si des activités pouvaient s'intégrer des points de vue pédagogiques, politiques, et logistiques.

Pour cela, nous voulions rencontrer les responsables politiques, et les responsables pédagogiques et techniques mettant en place cette réforme. Nous souhaitions également avoir une vision du département nous avons donc choisi Clermont-Ferrand et une ville de son agglomération, Cébazat, ainsi qu'une ville de chaque bassin économique, Issoire, Thiers et Riom. L'idée était d'interviewer pour chaque commune choisi les adjoints en charge des TAP, ainsi que les responsables pédagogiques et d'animation des TAP. Pour cela, un entretien d'une heure était prévu.

La préparation de cette entrevue a nécessité la création de deux questionnaires. Un questionnaire était pour les adjoints visant à savoir dans quelle mesure ils étaient favorables et intéressés la mise en œuvre d'activités d'éducation pour la santé. Un autre questionnaire était destiné aux responsables d'activités pour connaître également leur sentiment à l'égard de ce projet mais surtout pour avoir leur regard sur la pédagogie, et étudier la faisabilité d'ateliers par rapport à l'organisation en place dans les communes.

Pourquoi choisir l'entrevue comme mode d'administration d'un questionnaire ? Bien que la méthode de l'entrevue soit coûteuse en temps, qu'il faille des interviewer qualifiés, et que la validité des réponses peut être biaisée, elle présente de nombreux avantages. Notamment diminuer le risque que la personne, n'aille pas au bout du questionnaire. L'entrevue permet aux éventuelles questions du participant, de faire des enquêtes complexes et longues, et de contrôler la qualité des réponses fournies. Et, c'est parfois la seule façon d'étudier un problème.

Nous devions donc créer la grille d'entretien semi-directif. Celle-ci doit contenir tous les thèmes qui doivent être abordés. Son rôle est d'uniformiser les entretiens, et se centrer sur les questions clés. Enfin elle doit être pré-testée pour vérifier son accessibilité et sa pertinence.

Une fois la grille d'entretien réalisée elle a été testée auprès d'un élu responsable des TAP et d'une ancienne salariée de l'animation des TAP. Ce test a montré que quelques modifications étaient nécessaires. Une fois les modifications des questionnaires réalisées, nous passions à l'étape de prise de rendez-vous auprès des personnes concernées.

Chaque grille d'entretien débutait par une introduction. A chaque entrevue, l'interviewer se présentait, et présentait les différents acteurs : le CR2A pour la coordination du projet, la MILDECA qui finance et assure le lien entre le terrain, et le directeur de cabinet de la préfecture qui est le responsable Auvergne sur la question des addictions. Ensuite, le projet était présenté, l'interviewer expliquait que le projet porte sur les Temps d'Activité Péri-scolaires, et plus particulièrement les activités santé et en donnait les objectifs. L'accent était mis sur l'action de la préfecture, le pourquoi du projet, et l'intérêt pour le public cible mais aussi la problématique à étudier les méthodes ; d'où les différents axes et groupes de travail en relation avec l'organisation logistique, politique. Puis, le plan de l'entretien était donné. D'abord, des questions sur le fonctionnement global, et la mise en place des TAP sur la commune, puis un point sur les activités santé qui ont lieu, enfin les perspectives attendues d'un tel travail, et la conclusion de l'entretien. Il était précisé aux participants qu'ils pourraient relire le compte rendu, et qu'aucune publication ne serait faite sans leur accord. Avant de commencer le questionnaire, on demandait l'autorisation à la personne d'enregistrer l'interview. Les questionnaires et réponses complètes sont fournis en annexe.

Synthèse

Ville de Thiers

Nous avons rencontré Monsieur BARRAU, adjoint en charge des TAP, et Madame MASSON-QUEYREL, coordinatrice.

Cependant, nous rappelons que, suite à des changements dans l'équipe municipale, Monsieur BARRAU n'est plus l'élu responsable des TAP à Thiers et qu'il n'a pas été possible d'obtenir son retour. C'est pourquoi nous nous excusons de l'absence de leurs entretiens.

Pour les enfants de chaque école, les TAP ont lieu une après-midi par semaine de 14h à 16h10. Les TAP sont gratuits et facultatif, l'inscription se fait à l'année sans choix d'activité.

Les activités liées à la santé déjà en place sont l’initiation à la piscine, aux sports, aux arts et à la cuisine. Ces activités visant respectivement la lutte contre la noyade, l’obésité et la sédentarité ; la promotion de la santé psychique, et des bonnes pratiques alimentaires.

La ville de Thiers peut être préneuse de propositions d’activités d’éducation pour la santé puisque c’est l’un des objectifs pédagogiques des TAP décidé par la ville. La ville souhaite que les activités proposées s’inscrivent dans une démarche cohérente dans le temps. La priorité est donnée au long terme plus tôt qu’au court terme.

Globalement, le fonctionnement et la démarche de fond des TAP à Thiers semble adapté à la mise en place d’activités santé.

[Ville de Cébazat](#)

Nous avons rencontré Monsieur ROSLEY, adjoint en charge des TAP ; Madame DE MACEDO, responsable Enfance-Jeunesse ; et Mesdames LAPORTE et DENEVROLLES, coordinatrice.

Les enfants ont 45 minutes d’activité par jour de 15h45 à 16h30. Les TAP sont gratuits et facultatifs, l’inscription se fait par périodes de vacances à vacances, et le choix des activités est quotidien. Il n’existe pas d’activité santé spécifique hors activité sportives. On peut tout de même parler de prévention au quotidien par le cadrage de certains comportements difficiles.

La commune est d’accord sur le principe de prévention santé notamment la prévention des jeux dangereux. Une prévention auprès des enfants en termes de produit n’est pas possible. Une approche par les compétences psycho-sociales est préférable. Des activités de prévention sont plus envisageables en ce qui concerne des comportements à risques plus proches de l’âge des enfants tels que les jeux dangereux, ou le harcèlement.

[Ville d’Issoire](#)

Nous avons rencontré Madame Sandra PETEILH, adjoint en charge des TAP ; et Madame Catherine GUILLAUME, responsable d’activité.

Les élèves d’Issoire ont une heure de TAP de 16h15 à 17h15 tous les soirs sauf un réservé à l’aide personnalisée. Les ateliers sont payants, et le prix est fonction du quotient familial de la ville. Chaque famille a 12 gratuités ce qui signifie qu’un enfant peut aller à 12 ateliers gratuitement, soit environ une période de vacances à vacances. Evidemment facultatifs, s’il y a inscription aux ateliers, il y a là obligation d’y participer. D’autant qu’une inscription engage pour une période de vacances à vacances.

Dans les activités en place, celles qui relèvent de la santé sont les initiations sportives, le yoga.

Globalement, Issoire est une ville qui se tient à l’écoute de propositions d’activités d’éducation pour la santé comme les activités sur les compétences psychosociales. L’appropriation par les équipes de l’animation de tels ateliers semblait d’autant plus intéressant pour les responsables.

[Ville de Clermont-Ferrand](#)

Nous avons rencontré Madame Cécile AUDET, adjointe en charge des TAP ; et Monsieur Bruno CROSET, responsable d’activité.

A Clermont-Ferrand les TAP ont lieu tous les jours de 17H15 à 18H. Ils sont gratuits, et facultatifs mais si l’enfant est présent sur le temps d’accueil alors l’activité est obligatoire. L’inscription se fait par un formulaire unique pour l’année avec un choix des activités pour chaque période de vacances à vacances.

Les activités qui relèvent de la santé sont les initiations découvertes des sports.

La commune est intéressée par ce projet. Il semble important qu’une coordination ait lieu avec les infirmières scolaires qui mènent déjà des actions dans les écoles. Les responsables des TAP montrent un intérêt pour les activités qui visent le développement des compétences psychosociales, et aimeraient que les équipes d’animation puissent s’approprier les outils. Cette entrevue s’est terminée sur une note très positive puisque les responsables sont en attentes de propositions pour un déploiement rapide de ce projet.

[Ville de Riom](#)

Nous avons rencontré Madame MONCEL, adjointe en charge des TAP ; et Monsieur Franck GOIGOUX, responsable d’activité.

Ici, les TAP ont lieu dans chaque école un soir par semaine pendant 1h45. Ils sont gratuits et facultatifs. L’inscription se fait à chaque période de vacances à vacances et pour tout le cycle.

Les activités relatives à la santé en places sont les activités sportives et les actions pour la sécurité routière. La ville fait un gros travail visant à protéger la santé, mais aussi sensibiliser les enfants au niveau de la restauration scolaire.

La commune est prête à étudier des propositions. Pour les responsables, ce projet peut-être très positifs autant pour les enfants, que les équipes. Néanmoins il faut voir à quel public nous voulons-nous adresser, de quel sujet et avec quelles méthodes. Un doute est émis sur le fait qu’à

cet âge il faille toucher les enfants, des actions vers les parents seraient peut-être plus pertinentes.

Villes	Personnes rencontrées	Planning TAP	Organisation TAP	Activités santé en place	Bilan rencontre / prévention addictions
Thiers	M. Philippe BARRAU, élu responsable des TAP Mme. Marion MASSON-QUEYREL, responsable d'activité	Dans chaque école, une après-midi par semaine de 14h à 16H10.	Gratuit facultatif inscription pas de choix d'activités	Activité initiation piscine dans le cadre de la lutte contre la noyade. Initiation aux sports pour lutte contre obésité et sédentarité Activités artistiques autour de la santé psychique Activité cuisine pour l'alimentation	Preneur de propositions sur des activités d'éducation à la santé car rentre dans les objectifs. Toujours dans le respect des règles de vie fixées. Priorité à un projet sur long terme plutôt que one shot. Attentes : épanouissement des enfants, nouveaux supports pédagogiques.
Cébazat	M. Patrick ROSLEY, élu responsable des TAP Mme. Maria DE MACEDO, responsable enfance-jeunesse Mme. Agnès DENEYROLLES et Mme. Karen LAPORTE, responsables d'activité, coordinatrice sur site	45 minutes par jour de 15H45 à 16H30.	Gratuit Facultatif Inscription par périodes de vacances à vacances Choix quotidien des activités	Activités quotidiennes de cadrage de certains comportements difficiles	Ok sur principe prévention santé. Pas d'approche par produits. Intérêt pour prévention jeux dangereux. Peut être un plus pour les équipes
Issoire	Mme. Sandra PETEILH, élue responsable des TAP Mme. Catherine	Une heure de TAP de 16H15 à 17H15, tous les soirs sauf	Payants avec 12 gratuités, paiement en fonction du quotient	Activités physique	Ok mise en place activités de prévention des addictions par une approche par les

	GUILLAUME, responsable d'activité	un soir réservé à l'APC.	familial de la ville Facultatif Si inscription obligation de participer à toute la période. Inscription par période de vacances à vacances		compétences psychosociales. Intérêt pour appropriation par les équipes.
Clermont-Ferrand	Mme. Cécile AUDET, élue responsable des TAP M. Bruno CROSET, responsable d'activité	45 minutes d'activités le soir de 17H15 à 18H.	Gratuit Facultatif mais si présent sur le temps d'accueil activité obligatoire Inscription par formulaire unique pour un an et choix des activités à chaque période.	Initiation découverte de sports	Intérêt pour une approche par les compétences psychosociales et appropriation par les équipes
Riom	Mme. MONCEL, adjointe élue responsable des TAP M. Franck GOIGOUX, responsable d'activité	1h45 de TAP par semaine sur un soir	Gratuit Facultatif Inscription à tout le cycle	Activités sportives PPMS mis en place travail sur la restauration scolaire	A voir en fonction des propositions, peut être très positifs, mais dépend du public auquel on s'adresse et les méthodes. Pas convaincu qu'à cet âge ce soit les enfants qu'ils faille toucher, peut être les parents.

Tableau 9. Synthèse de l'ensemble des entretiens réalisés

Pour conclure, ce chapitre a permis de confirmer la diversité des organisations des TAP (un après-midi par semaine, ou une session d'une heure par jour ou une session de 45min par soir...) mais également de financement (gratuit, payant, possibilité de tarif en fonction du quotient familial...) et du type d'activités proposées. Cependant l'ensemble des personnes interrogées (élus ou agents) ont déclaré être intéressé pour investir le champ de la santé durant les TAP.

VI. Exemples d'actions locales TAP

Compte rendu de la réunion du 13 janvier 2016

Présents :

- Camille Renaudet, Liber'addict
- Manon Gourbeuil, ANPAA 63
- Patricia Lenat, ANPAA 63
- Marie-Amelie Gateau, ANPAA 15
- Valentin Flaudias, CR2A
- Romain Lacaux, Mutualité Française Auvergne
- Alix Gravière, Association PARAD

Cette réunion avait comme objectif de présenter des programmes de prévention déjà en cours durant les temps d'activité périscolaires afin d'en tirer des points de vigilance et également d'évoquer les activités déjà en cours et encourageantes.

1. Actions de prévention des addictions durant les TAP : l'exemple du Cantal.

Marie-Amélie Gateau a commencé par nous présenter les actions de prévention des addictions pendant les TAP déjà en place dans le Cantal. Ces actions sont mises en place depuis deux ans, et même si elles ont débuté sur Aurillac, elles restent généralement dans un milieu rural. Les actions ont plutôt lieu les jeudi et/ou vendredi pendant 1h30. C'est un moment pour développer des projets sur du long terme. Si le temps de TAP est inférieur à 1h30, l'ANPAA refuse l'intervention. Le programme se déroule de vacances scolaires en vacances scolaires. Généralement ce sont les centres qui sollicitent directement l'ANPAA ou parfois lorsque des territoires sont peu touchés par des actions de prévention.

Pour ces actions ils utilisent deux outils (voir le descriptif détaillé en annexe): *Léa et l'air* et le *cartable des compétences psychosociales*.

Les actions de l'ANPAA ont surtout lieu chez des CM1-CM2 (malgré des demandes chez les plus jeunes).

Marie-Amélie Gateau a souligné les points qu'ils souhaitaient travailler à l'avenir :

- L'évaluation (car uniquement basé sur la satisfaction actuellement).

- Il y a des difficultés dans la présentation du jeu. Se pose la question de savoir comment le rendre attractif.
- Le programme actuel suppose l'acquisition de l'écriture et de la lecture.
- Ils ont essayé de proposer un débat animé par les enfants avec les parents autour d'un cocktail de jus de fruit mais celui-ci n'a pas eu le succès escompté car les parents semblaient mal à l'aise.

Les interventions sont financées par l'ARS dans l'axe « actions auprès des jeunes hors scolaires ».

4 établissements ont été touchés depuis 2015.

Le nombre d'enfant est limité à 12 dans un centre, dans d'autres il est imposé à 18. Il est parfois difficile de négocier l'objectif car il y a des problèmes de locaux et pas assez de salle.

Le créneau est généralement de 13h30 à 16h30.

Léa et l'air est utilisé afin de connaître ses émotions. Il y a une histoire à lire, puis un débat. La gestion des émotions est la principale compétence visée par ce programme.

Les références théoriques sont essentiellement issues de l'outil et des expériences personnelles. Il s'agit de développer l'estime de soi chez les 6-15 ans.

La plus-value d'intervenir dans les TAP : il y a une différence entre temps scolaire et centre de loisirs. Le temps des TAP est identifié comme un temps de travail car dans l'enceinte de l'école. Ceci permet de travailler sur du long terme.

Deux établissements en parallèle entre vacances scolaires sur 7 semaines environ...

Quels conseils donner ? parfois il n'y a pas de réelle volonté politique, mais juste des aspects financiers. Il est donc important d'identifier des critères de choix et de sélection...

L'ANPAA15 intervient dans les formations BAFA mais seulement depuis un an. Les animateurs ne sont pas nécessairement sensibilisés. Il faut prévoir du temps avec l'équipe pour qu'ils comprennent le sens du projet.

L'ANPAA15 souhaiterai réfléchir à créer du lien avec les familles. « Peut-être voire une restitution des enfants sans compétition ».

C'est un public où il faut être à l'aise avec l'animation.

En fonction des centres parfois les enfants sont volontaires, parfois forcés mais il ne semble pas y avoir de différence dans l'animation.

2. Exemple d'actions au CM1-CM2 dans le milieu scolaire.

Patricia Lenat nous a présenté un exemple d'action entrepris en milieu scolaire sur un public de CM1 et CM2. Ce programme a souligné l'importance d'un projet construit à l'aide de plusieurs partenaires (notamment de l'enseignant dans le cas présent).

Il s'agit d'un travail sur les compétences des enfants qui est illustré par la thématique des addictions mais qui n'en est pas la porte d'entrée. Le programme a été construit avec Didier Jourdan il y a environ 20 ans et a été testé à chaque étape dans une classe.

Ce programme s'oriente autour de 3 axes phares que sont : le Produit x l'Environnement x l'Individu.

En ce qui concerne l'axe individu, c'est essentiellement l'enseignant qui en parle durant son cours.

Pour l'axe produit x environnement, il s'agit de 3-4 interventions de l'ANPAA63 et une intervention auprès des parents. Ce programme se déroule sur 4-5 mois. Il est toujours en lien avec le programme scolaire :

- 1^{ère} intervention : place des boissons dans l'environnement (après le cours sur la digestion),
- 2^{ème} intervention : effet dans l'alcool sur le corps (après le cours sur le système nerveux),
- 3^{ème} intervention : axer sur la dépendance (avec un élargissement sur l'aspect sécurité routière).

Il y a une séance en amont pour aller présenter la thématique : il s'agit de présenter l'action sans évoquer le produit mais comme une prévention santé.

En ce qui concerne la séance pour les parents, les enfants présentent aux parents ce qu'ils ont fait en lien avec les séances. S'en suit une discussion sur le rôle fondamental des parents et les compétences qu'ils ont déjà. Cette séance prend la forme d'un débat avec un temps plus convivial.

Les outils utilisés sont par exemples les lunettes de simulation... L'évaluation consiste en un questionnaire et une réflexion est en cours pour développer ce programme sur deux ans pour en faire une transition jusqu'au collège.

L'ANPAA 59 possède un questionnaire d'évaluation qui mesure avant après l'action sur les compétences psycho-sociales.

3. Exemple d'actions durant les TAPs sur d'autres sujets que les addictions : le projet Vita Cité, Vita Santé.

Romain Lacaux, chargé de prévention à la Mutualité Auvergne nous a fait une présentation du projet Vita cité, Vita santé proposé depuis 2014 dans plusieurs communes de la région Auvergne (voir descriptif détaillé du programme en annexe). Les constats sont identiques à ceux de l'ANPAA 15.

4. Conclusions

L'ensemble de ces données montre que des actions isolées de prévention durant les temps d'activité scolaires commence à être menée. Elle souligne un besoin de coordination et d'échange des acteurs pour proposer des réponses communes et complémentaires.

VII. Conclusions et perspectives

Valentin Flaudias et Georges Brousse

L'objectif de ce rapport était d'évaluer la pertinence de mettre en place des actions de prévention des conduites à risques (jeu du foulard, consommation de substances psychoactives...) et des addictions potentielles à l'âge adulte chez les enfants. Pour cela, nous avons choisi d'explorer un temps particulier comme exemple concret : les temps d'activité périscolaires (TAP). Notamment, les difficultés concernaient :

- L'âge précoce des enfants qui pourrait conduire à des actions contre-productives (par exemple en ayant des actions qui présenteraient les différents produits aux enfants),
- La diversité des formats des TAP en fonction des communes (4 fois 45 min par semaine, ou deux fois 1h30 ou encore une après-midi par semaine...),
- Le turn-over important des animateurs qui sont souvent dans des situations précaires,
- Le financement des actions.

La première partie de ce rapport consistait en une revue de littérature scientifique récente. Cette revue a permis de mettre en avant les facteurs de risque qu'il est nécessaire de travailler. A savoir :

- La pression de la réussite scolaire,
- La pression et l'influence des pairs,
- Les situations de violences et d'agressions vécues à l'enfance,
- De faibles relations entre jeunes et adultes,
- Un faible sentiment d'appartenance à l'école,
- Un faible soutien de l'ensemble des adultes de la communauté éducative,
- Un faible sentiment de bien-être,
- Des résultats scolaires faibles,
- Le genre : globalement les garçons sont plus touchés que les filles,
- L'âge : plus on se rapproche de l'adolescence, plus le risque de consommation augmente.

Cette revue a également permis d'indiquer des modalités d'interventions efficaces pour travailler ces facteurs de risques. A savoir :

- Un volume d'heures d'interventions conséquent sur une longue durée (minimum de 10 séances de 45mn) avec des séances de renforcement par la suite,
- Une approche par les compétences psychosociales permettant une participation active des jeunes,
- Une approche écosystémique avec l'intervention des adultes qui accompagnent les jeunes : parents, enseignants, animateurs socio-éducatifs etc.,
- Des adultes formés.

Ces éléments montrent clairement l'adéquation et la pertinence d'investir les TAP en s'axant sur le développement des compétences psycho-sociales (CPS) (en s'appuyant notamment sur l'approche de la psychologie positive et des activités de mindfulness).

La deuxième partie de ce rapport a permis de définir la notion de compétences psycho-sociales, encore souvent débattue et peu connu des animateurs des TAP. Ces compétences se retrouvent classées en trois catégories : les compétences sociales (interpersonnels ou de communication), cognitives et émotionnelles. Cette partie a permis de dresser une liste d'outil existants et facilement accessibles pour travailler l'ensemble de ces compétences.

La troisième partie a permis de souligner l'évolution du concept de CPS et en particulier l'apport très récent de la psychologie positive (qui permet de développer les forces de l'individu et d'augmenter les expériences d'émotions positives) et également des nouvelles approches basées sur la pleine conscience. En effet, cette dernière approche permet de travailler les trois axes préconisés des CPS : l'aspect social, cognitif et la gestion des émotions. Cette partie a permis de dresser une liste d'outils utilisant cette approche.

La quatrième partie visait à établir une vision de la pratique quotidienne des TAP. Celle-ci a confirmé la diversité des organisations (un après-midi par semaine, ou une session d'une heure par jour ou une session de 45min par soir...) mais également de financement (gratuit, payant, possibilité de tarif en fonction du quotient familiale) et du type d'activités proposées. Cependant ces éléments ne sont pas en contrindications des préconisations issues de la revue de littérature en particulier concernant le temps à alloué à une action pour être efficace (soit 10 séances de 45 min). De plus, l'ensemble des personnes interrogées (élus ou agents) ont déclaré être intéressé pour investir le champ de la santé durant les TAP.

Pour finir, la cinquième partie résumait le contenu d'une réunion avec les différents acteurs de prévention de la région Auvergne ayant déjà travaillé durant les TAP. Ces intervenants ont souligné l'intérêt de travailler durant ce temps, non seulement car les enfants sont disponibles, mais également car ce temps permet d'intervenir à plusieurs reprises et dans un projet à plus long terme. Cependant, les intervenants ont souligné que le manque d'implication d'une politique globale de la commune autour de la question peut être un frein. Ils ont également fait part de leur souhait de créer davantage de lien avec les familles.

Au vu de ces éléments, deux axes principaux semblent se dessiner :

1/ Les actions entreprises doivent travailler sur le développement des compétences psychosociales et non pas être orientées sur une approche « produits » qui serait contreproductif à cet âge-là. Ainsi, doivent être prioritairement choisies les activités qui améliorent directement ces compétences. A savoir, les capacités cognitives des enfants, la gestion des émotions et les capacités de communication. L'approche par des activités de pleine conscience comme par exemple via l'ouvrage « calme et attentif comme une grenouille » permettant de travailler les capacités cognitives et la gestion des émotions simultanément est à encourager.

2/ Les actions entreprises doivent être envisagées sur du long terme avec une politique et un engagement fort des collectivités. Pour cela, il est possible de s'appuyer sur la *formation* :

- La formation aux outils (exemple des Doc'ouvertes offertes par le pôle régional de compétences Auvergne),
- La formation des équipes dirigeantes à ces différentes approches (l'ANPAA63, l'association PARAD et le programme Liber'addict peuvent être des soutiens à ce niveau-là).
- La mise en place de modules spécifiques dans la formation initiale des animateur (BAFA). L'ANPAA dispose déjà de modules spécifiques pour cette formation).

Au-delà des formations, le PEDT (projet éducatif territorial) pourrait permettre d'établir un cadre plus général de prévention des addictions, et du bien-être des enfants. En effet, ce type de projet a pour objectif de coordonner les différents acteurs d'une collectivité autour d'un projet commun (élus locaux, parents, éducation nationale,...). L'inscription du développement des CPS dans un PEDT permettrait de donner un impact plus fort aux actions entreprises dans ce sens-là durant les TAP. La revue de littérature scientifique réalisée dans le présent rapport va dans ce sens car elle souligne l'importance des croisements des regards sur cette thématique.

Enfin, des co-financements sur ces actions seraient souhaitables entre les collectivités et d'autres organismes œuvrant dans le champ de la santé (ex : ARS et/ou MILDECA). Ces co-financements permettraient de s'assurer de l'engagement dans la démarche des collectivités tout en limitant le coût pour celles-ci.

Pour conclure, ce rapport indique bien que les TAP sont un lieu propice au travail sur le développement des compétences psycho sociales chez l'enfant. Ces compétences ont montré leurs effets positifs dans de nombreux domaines (résultats scolaires, insertion professionnelles, consommations de substances psychoactives...). Néanmoins pour maximiser les chances de réussite d'un tel projet, ce temps-là ne saurait être le seul engagé dans cette démarche et pourrait être développer dans tous les temps de présence de l'enfant.

Partenaires à contacter



PRC Auvergne
contact@prcauvergne.fr
Place du 1^{er} mai
63000 Clermont-Ferrand
Tel : 04 73 16 63 40



Liber'Addict—Association PARAD
Pôle de Psychiatrie B,
CHU Gabriel Montpied,
58 rue Montalembert,
63000 Clermont-Ferrand
Tel : 0473752072



IREPS Auvergne Rhône-Alpes délégation Auvergne
contact63@ireps-ara.org
67 Boulevard Lavoisier,
63000 Clermont-Ferrand
Tel : 04 43 57 70 68



ANPAA 63
anpaa63@anpaa.asso.fr
ANPAA
départementale
80, Boulevard François Mitterrand
63000 Clermont-Ferrand
Téléphone : 04 73 34 80 05



Mutualité Française Puy-de-Dôme
Place du 1^{er} mai
63000 Clermont-Ferrand
Tel : 04 73 16 63 40



Valentin Flaudias, Pôle de Psychiatrie B, CHU Gabriel Montpied,
58 rue Montalembert, 63000 Clermont-Ferrand
vflaudias@chu-clermontferrand.fr
Tel : 0473752071

Références

- Abrams, H., (2007). Towards an understanding of mindful practices with children and adolescents in residential treatment. *Residential Treatment for children and youth*, 24(1/2), 93-109.
- Adelman, H. S., & Taylor, L. (2003). Creating School and Community Partnerships for Substance Abuse Prevention Programs. *The Journal of Primary Prevention*, 329-369.
- Algoe, S. B., Fredrickson, B. L., & Gable, S. L. (2013). The social functions of the emotion of gratitude via expression. *Emotion*, 13, 605–609.
- Algoe, S. B., Haidt, J., & Gable, S. L. (2008). Beyond reciprocity: gratitude and relationships in everyday life. *Emotion*, 8, 425–429.
- Ajzen, I. (1991). The Theory of Planned Behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 179-211.
- Alonso, Y. (2004). The biopsychosocial model in medical research: the evolution of the health concept over the last two decades. *Patient Education and Counseling*, 239-244.
- ANPAA35. (2015, Octobre 15). 7 à toi : prévention des conduites à risques. Récupéré sur Association Nationale de Prévention en Alcoologie et en Addictologie Bretagne: <http://www.anpaa-bretagne.fr/7-a-toi/>
- Arwidson P. Le développement des compétences psychosociales. In : Sandrin-Berthon B. Apprendre la santé à l'école. Paris : ESF, 1997 : 73-83.
- Ashery, R. S., Roberston, E. B., & Kumpfer, K. L. (1998). Drug Abuse Prevention Through Family Interventions. Rockville: National Institute on Drug Abuse.
- Baer, R. A. (2003). Mindfulness training as a clinical intervention: a conceptual and empirical review. *Clinical psychology : science and practice*, 10, 125-143.
- Bandura, A. (1971). Social Learning Theory. New York: General Learning Corporation.
- Bandura, A. (1989). Social Cognitive Theory. *Annals of child development*, 1-60.

Barnard, M., & Bain, C. (2015). Resisting your good intentions: substance-misusing parents and early intervention to support and monitor children in need. *Child & Family Social Work*, 171-180.

Baumeister, R. F., Bratslavsky, E., Finkenauer, C., & Vohs, K. D. (2001). Bad is stronger than good. *Review of General Psychology*, 5, 323–370.

Beillerot, J. (2004). Social learning to self-efficacy: around the work of Albert Bandura. Paris: L'Harmattan.

Bennet, S., Maton, K. A., & Kervin, L. (2008). The 'digital natives' debate: a critical review of the evidence. *British Journal of Educational Technology*, 775-786.

Bishop, S., Lau, M., Shapiron, S., Carlson, L., Anderson, N., Carmody, J., ... Devins, G. (2004). Mindfulness : A proposed operational definition. *Clinical psychology : science and practice*, 11(3), 230-241.

Biswas-Diener, R., Kashdan, T. B., & Minhas, G. (2011). A dynamic approach to psychological strength development and intervention. *Journal of Positive Psychology*, 6, 106–118. Clifton et Harter, 2003 ;

Bögels, S., Hoogstad, B., VanDun, L., DeSchutter, S., and Restifo, K. (2008). Mindfulness training for adolescents with externalizing disorders and their parents. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*. 36, 193–209.

Bonnin, F., Dudzinski, G., Grillon, J.-L., Maître, F., Mathieu, E., Monchablon, J.-P., ... Pinson, M. (2002). Développer les compétences psychosociales. Un outil au service du formateur. Imprimeries Champenoises de Châlons-en-Champagne.

Borrell-Carrio, F., Suchman, A. L., & Epstein, R. M. (2004). The Biopsychosocial Model 25 Years Later: Principles, Practice, and Scientific Inquiry. *Annals of Family Medicine*, 576-582.

Botvin, G. J., & Griffin, K. W. (2004). Life Skills Training: Empirical Findings and Future Directions. *Journal of Primary Prevention*, 211-232.

Botvin, G. J., & Kantor, L. W. (2000). Preventing Alcohol and Tobacco Use Through Life Skills Training. *Alcohol Research & Health*, 250-257.

- Botvin, G. J., Baker, E., Dusenbury, L., Botvin, E. M., & Diaz, T. (1995). Long-term Follow-up Results of a Randomized Drug Abuse Prevention Trial in a White Middle-class Population. *Journal of the American Medical Association*, 1106-1112.
- Bouchery, E. E., Harwoodb, H. J., Sacks, J. J., Simon, C. J., & Brewer, R. D. (2011). Economic Costs of Excessive Alcohol Consumption in th U.S, 2006. *American Journal of Preventive Medecine*, 516-524.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development*. Cambridge: Harvard University Press.
- Bröning, S., Sack, P., Thomsen, M., Stolle, M., Wendell, A., Stappenbeck, J., & Thomasius, R. (2014). Implementing and evaluating the German adaptation of the "Strengthening Families Program 10 - 14"- a randomized-controlled multicentre study. *BMC Public Health*.
- Brown, K. W., Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*. 2003 Apr;84(4):822-48.
- Bruchon-Schweitzer. (2002). *Psychologie de la santé*. Paris.
- Burnett, R. (2009). Mindfulness in schools: learning lessons from the adults, secular and Buddhist. *The Buddhist Studies Review*, 28, 79–120.
- Castellanos-Ryan, N., Séguin, J., Vitaro, F., Parent, S., & Tremblay, R. (2013). Impact of a 2-year multimodal intervention for disruptive 6-year-olds on substance use in adolescence: randomised controlled trial. *British Journal of Psychiatry*, 188-195.
- Centers for Disease Control and Prevention. (2013). Mental Health Surveillance Among Children - US, 2005-2011. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 62(2).
- Cervantes, R., Goldbach, J., & Santos, S. M. (2011). Familia Adelante: A Multi-Risk Prevention Intervention for Latino Families. *Journal of Primary Prevention*, 225-234.
- Chen, K., & Kandel, D. B. (1995). The Natural History of Drug Use from Adolescence to the Mid-Thirties in a General Population Sample. *American Journal of Public Health*, 41-47.
- Collins, D., Abadi, M. H., Johnson, K., Shamblen, S., & Thompson, K. (2011). Non-medical use of prescription drugs among youth in an appalachian population: prevalence, predictors, and implications for prevention. *Journal of Drug Education*, 309-326.

Committee on Substance Abuse Prevention Research. (1993). Preventing Drug Abuse: What Do We Know? Washington: National Academies Press.

Council on School Health and Committee on Substance Abuse. (2007). The Role of Schools in Combating Illicit Substance Abuse. *Pediatrics*, 1379-1384.

Cuijpers, P. (2002). Effective ingredients of school-based drug prevention programs. A systematic review. *Addictive Behaviors*, 1009-1023.

Davidson, R., & Lutz, A. (2008). Buddha's brain: neuroplasticity and meditation. *IEEE Signal Process Magazine*, 25, 176–174.

de Vries, H., Mudde, A., Leijssen, I., Charlton, A., Vartiainen, E., Buijs, G., . . . Kremers, S. (2003). The European Smoking prevention Framework Approach (EFSA): an example of integral prevention. *Health Education Research*, 611-626.

Dean, D. O., Cole, V., & Bauer, D. J. (2014). Delineating prototypical patterns of substance use initiations over time. *Addiction*, 585-594.

Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2002). *Handbook of self-determination research*. Rochester: University of Rochester Press.

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

Demirtas Zorbas, S., Ulas, O., & Kizildag, S. (2015). Relation between Video Game Addiction and Interfamily Relationships on Primary Schools Students. *Educational Sciences: Theory & Practice*, 489-497.

Dickens, D. D., Dietrich, S. E., Henry, K. L., & Beauvais, F. (2012). School Bonding As a Moderator of the Effect Peer Influences on Alcohol Use Among Amercian Indian Adolescents. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 597-603.

Dijkstra, M., Mesters, I., De Vries, H., van Breukelen, G., & Parcel, G. S. (1999). Effectiveness of a social influence approach and boosters to smoking prevention. *Health Education Research*, 791-802.

Donovan, J. E., & Jessor, R. (1985). Structure of Problem Behavior in Adolescence and Young Adulthood. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 890-904.

Donovan, J. E., Jessor, R., & Costa, F. M. (1991). Adolescent Health Behavior and Conventionality-Unconventionality: An Extension of Problem-Behavior Theory. *Health Psychology*, 52-61.

Duncan, S., Alpert, A., Duncan, T., & Hops, H. (1997). Adolescent alcohol use development and young adult outcomes. *Drug Alcohol Dependence*, 39-48.

Durlak, J. A., Weissberg, R. P., Dymnicki, A. B., Taylor, R. D., & Schellinger, K. B. (2011). The impact of enhancing students' social and emotional learning: a meta-analysis of school-based universal interventions. *Child Development*, 82, 405–32.

Ellickson, P. L. (2014). You've shown the program model is effective. Now what? *New Directions For Youth Development*, 95-105.

EMCDDA. (2015). European Drug Report 2015. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

Emmons, R. A. (2004). Gratitude. In M. E. P. Seligman & C. Peterson (Eds.), *The VIA taxonomy of human strengths and virtues*. New York: Oxford University Press.

Emory, K. T., Vera, L., Ojeda, N., Elder, J. P., Usita, P., & Pierce, J. P. (2014). Receptivity to cigarette ant tobacco control messages and adolescent smoking initiation. *Tobacco control*, 1-4.

Epstein, J. A., Botvin, G. J., Griffin, K. W., & Diaz, T. (2001). Protective Factors Buffer Effects of Risk Factors on Alcohol Use Among Inner-City Youth. *Journal of Child & Adolescent Substance Use*, 77-90.

Estrada, C. A., Isen, A. M., & Young, M. J. (1997). Positive affect facilitates integration of information and decreases anchoring in reasoning among physicians. *Organizational behavior and Human Decision Processes*, 72, 117–135.

Faggiano, F., Vigna-Taglianti, F., Burkhart, G., Bohrn, K., Cuomo, L., Gregori, D., . . . Galanti, M. (2010). The effectiveness of a school-based substance abuse prevention program: 18-month follow-up of the EU-Dap cluster randomized controlled trial. *Drug and Alcohol Dependence*, 56-64.

Farmer, S., & Hanratty, B. (2012). The relationship between subjective wellbeing, low income and substance use among schoolchildren in the north west of England: a cross-sectional study. *Journal of Public Health*, 512-522.

Farrell, L. J. and Barrett, P. M. (2007), Prevention of Childhood Emotional Disorders: Reducing the Burden of Suffering Associated with Anxiety and Depression. *Child and Adolescent Mental Health*, 12: 58–65.

Fernandez-Hermida, J.-R., Calafat, A., Becona, E., Secades-Villa, R., Juan, M., & Sumnall, H. (2013). Cross-national study on factors that influence parent's knowledge about their children's alcohol use. *Journal of Drug Education*, 155-172.

Fisher, R. (2006). Still thinking: the case for meditation with children. *Thinking skills and creativity*, 1(2), 146-151.

Frankel, R. M., Quill, T. E., & McDaniel, S. H. (2003). *The Biopsychosocial Approach : Past, Present, Future*. The University of Rochester Press.

Fredrickson, B. L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology: the broaden-and-build theory of positive emotions. *American Psychologist*, 56, 218–226.

Fredrickson, B. L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology: the broaden-and-build theory of positive emotions. *American Psychologist*, 56, 218–226.

Fredrickson, B. L., & Branigan, C. (2005). Positive emotions broaden the scope of attention and thought-action repertoires. *Cognition & Emotion*, 19, 313–332.

Froh, J. J., Bono, G., & Emmons, R. A. (2010). Being grateful is beyond good manners: gratitude and motivation to contribute to society among early adolescents. *Motivation & Emotion*, 34, 144–157.

Froh, J. J., Emmons, R. A., Card, N. A., Bono, G., & Wilson, J. (2011). Gratitude and the reduced costs of materialism in adolescents. *Journal of Happiness Studies*, 12, 289–302.

Froh, J., Sefick,W. J., & Emmons, R. A. (2008). Counting blessings in early adolescents: an experimental study of gratitude and subjective well-being. *Journal of School Psychology*, 46, 213–233.

Gaffar, A. M., Alsanosi, R. M., & Mahfouz, M. S. (2013). Sociodemographic Factors Associated With Tobacco Smoking Among Intermediate and Secondary School Students in Jazan Region of Saudi Arabia. *Substance Abuse*, 381-388.

Giannotta, F., & Weichold, K. (2014). Theory-Based Approaches to Substance Misuse and Abuse Prevention in School. *New Directions for Youth Development* (141).

Goldin, P.R., McRae, K., Ramel, W., Gross, J.J., (2008). The Neural Bases of Emotion Regulation: Reappraisal and Suppression of Negative Emotion. *Biology and Psychiatry*, 63, 577–586.

Grant, J. E., Potenza, M. N., Weinstein, A., & Gorelik, D. A. (2010). Introduction to Behavioral Addictions. *Am J Drug Alcohol Abuse*, 233-241.

Gross, J. J. (2002). Emotion regulation: affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology*, 39,281–291.

Hawe, P., & Potvin, L. (2009). What is population health intervention research? *Canadian Journal of Public Health*, 8-14.

Hoffman, M. A., & Driscoll, J. M. (2000). Health promotion and disease prevention: A concentric biopsychosocial model of health status. Dans S. D. Brown, & R. W. Lent, *Handbook of counseling psychology* (pp. 532-567). Hoboken: John Wiley & Sons.

Huang, K.-Y., Cheng, S., & Theise, R. (2013). School Contexts as Social Determinants of Child Health: Current Practices and Implications for Future Public Health Practice. *Public Health Reports*, 21-28.

Huebner, E. S., Suldo, S. M., & Gilman, R. (2006). Life satisfaction. In G. Bear & K. Minke (Eds.), *Children's needs III: development, prevention, and correction* (pp. 357–368). Bethesda: NASP.

Huppert, F. A., and Johnson, D. M. (2010). A controlled trial of mindfulness training in schools : the importance of practice for an impact on well-being. *Journal Positive Psychology*. 5, 264–274.

Inman, D. D., Van Bakergem, K. M., LaRosa, A. C., & Garr, D. R. (2011). Evidence-Based Health Promotion Programs for Schools and Communities. *American Journal of Preventive Medicine*, 207-219.

INPES. (2012, Juillet 13). Léa et l'air. Récupéré sur Institut national de prévention et d'éducation pour la santé: http://www.inpes.sante.fr/professionnels-education/outils/lea_air/lea.asp

INPES. (2012, Juillet 13). Léo et la terre. Récupéré sur Institut national de prévention et d'éducation pour la santé: http://www.inpes.sante.fr/professionnels-education/outils/leo_terre/leo.asp

INSEE, E. (2013). Conditions de vie.

INSERM. (2014). Collective expertise: Addictive behavior in adolescents. Uses, prevention and support. Paris: French National Institute of Health and Medical Research.

Janz, N. K., & Becker, M. H. (1984). The Health Belief Model: A Decade Later. *Health Education Quarterly*, 1-47.

Jessor, R. (2001). Problem-Behavior Theory. Dans J. Raithel, Risikoverhaltensweisen Jugendlicher : Formen, Erklärungen und Prävention (pp. 61-78). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Jones, K. C., Welton, S. R., Oliver, T. C., & Thoburn, J.W. (2011). Mindfulness, spousal attachment, and marital satisfaction: a mediated model. *The Family Journal*, 19, 357–361.

Juhnke, B. A., Juhnke, G. A., Curtis, R. C., Thompson, E. H., Coll, K. M., Yu, F., . . . Mullett, A. (2013). Using Motivational Interviewing With School-Age Bullies: A New Use for a Proven, Evidence-Based Intervention. *Journal of School Counselling*.

Kabat-Zinn, J. (1996). Mindfulness meditation: what it is, what it isn't, and its role in health care and medicine. In Y. Haruli, Y. Ishii, & M. Suzuki (Eds.), Comparative and psychological study on meditation (pp. 161–169). Eburon Editor.

Kandel, D. B., & Logan, J. A. (1984). Patterns of Drug Use from Adolescence to Young Adulthood: 1. Periods of Risk for Initiation, Continued Use, and Discontinuation. *American Journal of Public Health*, 660-666.

Kandel, D., Chen, K., Warner, L. A., Kessler, R. C., & Grant, B. (1997). Prevalence and demographic correlates of symptoms of last year dependence on alcohol, nicotine, marijuana and cocaine in the U.S. population. *Drug and Alcohol Dependence*, 44(1), 11-29.
[http://doi.org/10.1016/S0376-8716\(96\)01315-4](http://doi.org/10.1016/S0376-8716(96)01315-4)

Kim, D., Lee, Y., Lee, J., Nam, J. K., & Chung, Y. (2014). Development of Korean Smartphone Addiction Proneness Scale for Youth. PLOSE ONE.

Kopp, P. (2015). The social cost of drugs in France. Saint-Denis: French Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction.

Ladd, G. W., & Mize, J. (1983). A Cognitive-Social Learning Model of Social-Skill Training. Psychological Review, 127-157.

Lamboy,B. ; & Guillemont, J., (2014). Développer les compétences psychosociales des enfants et des parents : pourquoi, comment ?. Médecine et Hygiène, 26.

Lan, C. M., & Lee, Y. H. (2013). The predictors of internet addiction behaviors for Taiwanese elementary school students. School Psychology International, 648-657.

Laventure, M., & Boisvert, K. (2014). Prevent without harming: predictors of the effectiveness of prevention programs dependence among young. Dans INSERM, Collective expertise: Addictive behaviors among adolescents. Uses, prevention and support (pp. 439-451). Paris: French National Institute of Health and Medical Research.

Lermenier-Jeannet, A. (2016). Tabagisme et arrêt du tabac en 2015. Paris: OFDT. Consulté à l'adresse http://www.ofdt.fr/ofdt/fr/tt_15bil.pdf

Li, W., Garland, E. L., & Howard, M. O. (2014). Family factors in Internet addiction among Chinese youth: A review of English- and Chinese-language studies. Computers in Human Behavior, 393-411.

Li, Y., Zhang, X., Lu, F., Zhang, Q., & Wang, Y. (2014). Internet addiction among elementary and middle school students in China: a nationally representative sample study. Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking, 111-116.

Linley, P. A., & Harrington, S. (2006). Playing to your strengths. The Psychologist, 19, 86–89.

Linley, P. A., Nielsen, K. M., Gillett, R., & Biswas-Diener, R. (2010a). Using signature strengths in pursuit of goals: effects on goal progress, need satisfaction, and well-being, and implications for coaching psychologists. International Coaching Psychology Review, 5, 6–15.

Liu, W., Lynne-Landsman, S., Petras, H., Masyn, K., & Ialongo, N. (2013). The evaluation of two first-grade preventive interventions on childhood aggression and adolescent marijuana use: a latent transition longitudinal mixture model. Prevention Science, 206-217.

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

Mares, S., van der Vorst, H., Lichtwarck-Aschoff, A., Schulten, I., Verdurmen, J., Otten, R., & Engels, R. (2011). Effectiveness of the home-based alcohol prevention program "In control: no alcohol!": study protocol of a randomized controlled trial. *BMC Public Health*.

Mark, T. L., Woody, G. E., Juday, T., & Kleber, H. D. (2001). The economic costs of heroin addiction in the United States. *Drug and Alcohol Dependence*, 195-206.

Marsiglia, F., Yabiku, S. T., Kulis, S., Nieri, T., Parsai, M., & Becerra, D. (2011). The Influence of Linguistic Acculturation and Gender on the Initiation of Substance Use Among Mexican Heritage Preadolescents in the Borderlands. *Journal of Early Adolescence*, 271-299.

Matthieu, M. M., & Ivanoff, A. (2006). Using Stress, Appraisal, and Coping Theories in Clinical Practice: Assessments of Coping Strategies After Disasters. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 337-348.

Mauss, I. B., Tamir, M., Anderson, C. L., et Savino, N. S. (2011). Cans seeking happiness make people unhappy ? Paradoxical effects of valuing happiness. *Emotion*, 11, 807-815.

McCall, C., Steinbeis, N., Ricard, M., & Singer, T. (2014). Compassion meditators show less anger, less punishment, and more compensation of victims in response to fairness violations. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, 8, 424.

McCullough, M. E., Emmons, R. A., & Tsang, J. (2002). The grateful disposition: a conceptual and empirical topography. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82, 112–127.

McCullough, M. E., Kimeldorf, M. B., & Cohen, A. D. (2008). An adaptation for altruism? The social causes, social effects, and social evolution of gratitude. *Current Directions in Psychological Science*, 17, 281–285.

McLeroy, K. R., Bibeau, D., Steckler, A., & Glanz, K. (1988). An Ecological Perspective on Health Promotion Programs. *Health Education Quarterly*, 351-377.

Medina-Mora, M. E. (2005). Prevention of substance abuse: a brief overview. *World Psychiatry*, 25-30.

MEN. (2010). Prévention des conduites addictives. Centre national de documentation pédagogique.

Mendelson T., Greenberg M. T., Dariotis J. K., Feagans Gould L, Rhoades B. L., Leaf, P. J., (2010). Feasibility and preliminary Outcomes of a school-based mindfulness intervention for urban youth. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 38, 985-994.

Mentor UK. (2013). Drug prevention programmes in schools: What is the evidence? London: Mentor UK.

Miovský, M., Vonkova, H., Čablová, L., & Gabrhelík, R. (2015). Cannabis use in children with individualized risk profiles: Predicting the effect of universal prevention intervention. *Addictive Behaviors*, 110-116.

Mukoma, W., & Flisher, A. J. (2004). Evaluations of health promoting schools: a review of nine studies. *Health Promotion International*, 357-638.

Nation, M., Crusto, C., Wandersman, A., Kumpfer, K. L., Seybolt, D., Morrissey-Kane, E., & Davino, K. (2003). What works in prevention: Principles of Effective Prevention Programs. *American Psychologist*, 449-456.

National Crime Prevention Centre. (2009). School-Based Drug Abuse Prevention: Promising and Successful Programs. Ontario: Public Safety Canada.

NIDA. (2003). Preventing Drug Use among Children and Adolescents: A Research-Based Guide for Parents, Educators, and Community Leaders. Bethesda: NIH.

Observatoire français des drogues et des toxicomanies. Drogues et addictions, données essentielles. 2013. ISBN:978-2-11-128270-4

Odgers, C. L., Caspi, A., Nagin, D. S., Piquero, A. R., Slutske, W. S., Milne, B. J., . . . Moffitt, T. E. (2008). Is It Important to Prevent Early Exposure to Drugs and Alcohol Among Adolescents? *Psychological Science*, 1037-1044.

Oei TPS, Hasking PA. Alcohol use disorders. In: Miller P, editor. Comprehension addictive behaviors and disorders, volume 1: principles of addiction. San Diego: Academic Press; 2013. p. 647-55. ISBN:978-0-12-398336-7

OMS. (1993). Life Skills Education in School.

O'Neill, J. M., Clark, J. K., & Jones, J. A. (2011). Promoting Mental Health and Preventing Substance Abuse and Violence in Elementary Students: A Randomized Control Study of the Michigan Model for Health. *Journal of School Health*, 320-330.

Ostaszewski, K., & Zimmerman, M. A. (2006). The Effects of Cumulative Risks and Promotive Factors on Urban Adolescent Alcohol and Other Drug Use: A Longitudinal Study of Resiliency. *American Journal of Community Psychology*, 237-249.

Özdemir, M., & Giannotta, F. (2014). Improving dissemination of evidence-based programs through researcher-practitioner collaboration. *New Directions For Youth Development*, 107-116.

Parks, A., & Biswas-Diener, R. (2013). Positive interventions: past, present and future. In T. Kashdan & J. Ciarrochi (Eds.), *Bridging acceptance and commitment therapy and positive psychology: a practitioner's guide to a unifying framework* (pp. 140–165). Oakland: New Harbinger.

Park, C. L., & Folkman, S. (1997). Meaning in the Context of Stress and Coping. *Review of General Psychology*, 115-144.

Patterson, G. R., Debaryshe, B., & Ramsey, E. (1990). A Developmental Perspective on Antisocial Behavior. *American Psychologist*, 329-335.

Paulhan, I. (1992). Le concept de coping. *L'année psychologique*, 545-557.

Pepping, C. A., Davis, P. J., & O'Donovan, A. (2013). Individual differences in attachment and dispositional mindfulness: the mediating role of emotion regulation. *Personality and Individual Differences*, 54, 453–456.

Peterson, C., & Seligman, M. (2004). Character strengths and virtues: a handbook and classification. Oxford: Oxford University Press.

PIPSa. (2009, Juin 16). Papillagou et les enfants de Croque-lune. Récupéré sur Pédagogie Interactive en Promotion de la Santé: <http://www.pipsa.be/outils/detail-1121859201/papillagou-et-les-enfants-de-croque-lune.html>

Rempel, K. D., 2012. Mindfulness for children and youth : a review of the literature with an argument for school-based implementation. *Canadian journal of counselling and psychotherapy*, 201-220, 46, 3.

Ridenour, T. A., Meyer-Chilenski, S., & Reid, E. E. (2012). Developmental Momentum toward Substance Dependence: Natural Histories and Pliability of Risk Factors in Youth Experiencing Chronic Stress. *Drug and Alcohol Dependence*.

Rosenstock, I. M., Strecher, V. J., & Becker, M. H. (1988). Social Learning Theory and the Health Belief Model. *Health Education Quarterly*, 175-183.

Schonert-Reichl, K. A., and Lawlor, M.S. (2010). The effects of a mindfulness- based education program on pre-and early adolescents' well-being and social and emotional competence. *Mindfulness* 1, 137–151.

Schutte, N. S., Malouff, J. M., Bobik, C., Coston, T. D., Greeson, C., Jedlicka, C., Rhodes, E., Wendorf, G. (2001). Emotional intelligence and interpersonal relations. *Journal of Social Psychology*. 141(4):523-36.

Self, C., Morgan, A. C., Fhurman, N. E., & Navarro, M. (2013). An evaluation of the 4-H Health Rocks program: implications for program improvement. *Journal of Drug Education*, 49-63.

Seligman, M. E. P., Ernst, R., Gillham, J., Reivich, K., & Linkins, M. (2009). Positive education: positive psychology and classroom interventions. *Oxford Review of Education*, 35, 293–311.

Seligman, M. E. P., Steen, T., Park, N., & Peterson, C. (2005). Positive psychology progress: empirical validation of interventions. *American Psychologist*, 60, 410–421.

Semple, R. J., Reid, E. F. G., & Miller, L. (2005). Treating anxiety with mindfulness: an open trial of mindfulness training for anxious children. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 19, 379–392.

Shankland, R. (2012). *La psychologie positive*. Dunod. 111-112.

Shankland, R. (2009). Programme de gestion du stress et de l'anxiété sociale. Rapport de recherche-action pour le Groupement Régional de Santé Publique, Ile-de-France.

Shankland, R., & Rosset, E. (2016). Review of brief school-based positive psychological interventions: A taster for teachers and educators. *Educational Psychology Review*.

Shannon, M. (1989). Health promotion and illness prevention: a biopsychosocial perspective. *Health and Social Work*, 32-40.

Simon, E., and Bögels, S. (2009). Screening for anxiety disorders in children. *European child and adolescent psychiatry*, 18(10), 625-634.

Spoth, R. L., Redmond, C., & Shin, C. (2001). Randomized Trial of Brief Family Interventions for General Populations: Adolescent Substance Use Outcomes 4 Years Following Baseline. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 627-642.

Spoth, R., Redmond, C., Shin, C., Greenberg, M., Feinberg, M., & Schainker, L. (2013). PROSPER community-university partnership delivery system effects on substance misuse through 6 1/2 years past baseline from a cluster randomized controlled intervention trial. *Preventive Medicine*, 190-196.

Stewart-Brown, S. (2006). 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? Copenhague: WHO Regional Office for Europe.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2015, octobre). Risk and Protective Factors and Initiation of Substance Use: Results from the 2014 National Survey on Drug Use and Health. NSDUH Data Review. Récupéré sur http://dhss.alaska.gov/dbh/Documents/Prevention/programs/spfsig/pdfs/IOM_Matrix_8%205x11_FINAL.pdf

Sussman, S. (2012). Substance and Behavioral Addictions: Co-Occurrence and Specificity. *International Journal of Environment Research and Public Health*.

Sussman, S., Dent, C. W., Simon, T. R., Stacy, A. W., Galaif, E. R., Moss, M. A., . . . Johnson, A. (1995). Immediate Impact of Social Influence-Oriented Substance Abuse Prevention Curricula in Traditional and Continuation High Schools. *Drugs & Society*, 65-81.

Sussman, S., Earleywine, M., Wills, T., Cody, C., Biglan, T., Dent, C. W., & Newcomb, M. D. (2004). The Motivation, Skills, and Decision-Making Model of “Drug Abuse” Prevention. *Substance use & misuse*, 1971-2016.

Tesser, A., Gatewood, R., & Driver, M. (1968). Some determinants of gratitude. *Journal of Personality and Social Psychology*, 9, 233–236.

Tones, K., & Green, J. (2004). Health Education. Planning and Strategies. SATGE Publ.

Toumbourou, J. W., Duff, C., Bamberg, J., & Blyth, A. (2003). Family Intervention in the prevention of drug-related harm. Melbourne: Australian Drug Foundation.

Traube, D. E., James, S., Zhang, J., & Landsverk, J. (2012). A national study of risk and protective factors for substance use among youth in the child welfare system. *Addictive Behavior*, 641-650.

U.S. Department of Health and Human Services. (1999). Mental Health: A Report of the Surgeon General. Rockville: U.S. Department of Health and Human Services.

U.S. National Institute on Drug Abuse. (2003). Preventing Drug Use among Children and Adolescents: A Research-Based Guide for Parents, Educators, and Community Leaders. Bethesda: U.S. Department of Health and Human Services.

U.S. National Institute on Drug Abuse. (2014). Lessons from Prevention Research. Bethesda: U.S. National Institutes of Health.

U.S. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2010, 04 20). Risk and Protective Factors for Mental, Emotional, and Behavioral Disorders Across the Life Cycle.

Récupéré sur www.dhss.alaska.gov:
http://dhss.alaska.gov/dbh/Documents/Prevention/programs/spfsig/pdfs/IOM_Matrix_8%205x11_FINAL.pdf

Uhl, A., & Ives, R. (2010). Evaluation of drug prevention activities: theory and practice. Strasbourg: Council of Europe.

UNODC. (2005). school-based education for the prevention of drug abuse. New York: UN.

UNODC. (2015). World Drug Report. Vienna: UNODC.

UNODC, & WHO. (2006). monitoring and evaluation of prevention drug abuse programs for youth. Vienna: UN.

Valdivieso-Lopez, E., Rey-Renones, C., Rodriguez-Blanco, T., Grau, C. F., Arija, V., Barrera Uriarte, M. L., . . . Flores-Mateo, G. (2015). Efficacy of a smoking prevention programme in Catalan secondary schools: a cluster-randomized controlled trial in Spain. *Addiction*, 852-860.

Venzac, M., Illes, H.-G., Maquinghen, S., & Y Glanddier, Y. (2011) *État des lieux des drogues et dépendances en Auvergne*.

Vermeulen-Smit, E., Mares, S. H., Verdurmen, J. E., Van der Vorst, H., Schulten, I. G., Engels, R. C., & Vollebergh, W. A. (2014). Mediation and Moderation Effects of an In-Home Family Intervention: the "In control: No alcohol!" Pilot Study. *Prevention Science*, 633-642.

- Wang, S.-H., Lin, I.-C., Chen, C.-Y., Chen, D.-R., Chan, T.-C., & Chen, W. J. (2013). Availability of convenience stores and adolescent alcohol use in Taiwan: a multi-level analysis of national surveys. *Addiction*, 2081-2088.
- Weare, K. (2013). Developing mindfulness with children and young people: a review of the evidence and policy context. *Journal Children's Services*. 8, 141-153.
- Wegner DM. When you put things out of mind, where do they go?. In: Gernsbacher MA, Pew RW, Hough L, Pomerantz JR *Psychology in the real world*. New York: Worth ; 2010. pp. 114-120.
- Weichold, K. (2014). Translation of etiology into evidence-based prevention: The life skills program IPSY. *New Directions for Youth Development*, 83-94.
- WHO. (2014). Invest in childhood: the European strategy for the health of children and adolescents 2015-2020. Copenhaque: World Health Organization Regional Office for Europe.
- WHO-Department of Mental Health. (1999). Partners in Life Skills Education. Genève: WHO.
- Williams, J. M. G. (2010). Mindfullness and psychological process. *Emotion*, 10(1), 1-7.
- Williams, L., & Bartlett, M. (2015). Warm thanks: gratitude expression facilitates social affiliation in new relationships via perceived warmth. *Emotion*, 15, 1–5.
- Wood, A. M., Froh, J. J., & Geraghty, A. W. A. (2010). Gratitude and well-being: a review and theoretical integration. *Clinical Psychology Review*, 30, 890–905.
- Wood, A. M., Joseph, S., & Maltby, J. (2009). Gratitude predicts psychological well-being above the Big Five facets. *Personality and Individual Differences*, 46, 443–447.
- Wood, A. M., Maltby, J., Stewart, N., Linley, P. A., & Joseph, S. (2008). A social-cognitive model of trait and state levels of gratitude. *Emotion*, 8, 281–290.
- Zorbaz, S. D., Ulas, O., & Kizildag, S. (2015). Relation between Video Game Addiction and Interfamily Relationships on Primary School Students. *Educational Sciences: Theory and Practice*, 489-497.

ANNEXES

Grilles d'entretien

Entretien avec un élu

Objectif : savoir dans quelle mesure la prévention des addictions pendant les TAP est une volonté politique ?

Introduction

- Se présenter et indiquer au nom de qui l'action est menée
 - Présentation personnelle
 - CR2A pour coordination projet, dispositif d'appui MILDECA
 - MILDECA, lien terrain / préfecture
 - Préfecture, directeur de cabinet, responsables Auvergne pour addictions
- Dire ce qu'on va faire comment et pourquoi
 - Le projet : porte sur les TAP et plus précisément les activités « santé ». Un groupe de travail global est organisé autour de 3 axes :
 - L'état des lieux des outils et actions de prévention existantes
 - La revue de littérature des construits théoriques
 - La logistique
 - Accentuation sur la préfecture, le pourquoi du projet, intérêt pour le public cible mais problématique à étudier sur les méthodes, expliquer les groupes de travail, en relation avec l'organisation logistique, politique
 - L'entretien, donner le plan
- S'assurer que la personne a compris et qu'elle est d'accord.
 - Nominatif, large diffusion mais droit de regard et de rectification, préciser enregistrements et leur suppression après, droit de ne pas répondre.
- « Etes-vous d'accord pour commencer ? »

I. Mise en place

Difficultés, organisation point de vue politique

- Pouvez-vous me raconter brièvement comment s'est déroulée la mise en place des TAP dans votre ville?
- Quels ont été les événements marquants lors de la mise en place d'activités par la ville ?
- Comment s'organise l'animation des TAP sur la commune ?

- Selon vous, quelles missions doivent être remplies lors de ces TAP ?
- Y a-t-il une mission « santé » spécifique ?
- Laquelle ou lesquelles ?
- Selon vous, pourquoi cette mission ?
- Est-elle importante pour vous ?
- Gratuit ou payant ?
- Mis à disposition par mairie ?
- Lieu ? prêt de salles ? extérieur ? matériel ?
- TAP facultatif ? obligatoire ?
- Mode d'inscription ?
- Les animateurs sont-ils employés par la mairie ? ou externes ?
- Formation BAFA ? autres ? spécialisé prévention ?
- Animateurs ou bénévoles ?
- Animateurs stagiaires ou diplômés ?
- L'animation est faite par des animateurs ou des bénévoles ?
- En moyenne, quel est le financement pour des activités réalisées par des personnes externes ? (ex : prof de danse)

II. Activités santé

- Quelles sont les objectifs pédagogiques du programme des TAP ?
- Pour vous, quels sont les enjeux des TAP ?
- Est-ce que des activités « santé » sont mises en place sur ces temps?
- Si oui :
 - Qu'est-ce qui a été mis en place ?
 - pourquoi ?
 - comment ?
 - quand ?
 - par qui ?
 - pour qui ?
 - difficultés rencontrées ? point négatifs ?
 - facilités ? points positifs ?
- Si non :
 - pourquoi ?
 - manque de temps ?

- de moyens ?
- pas pertinent ?
- pas de volonté à mettre en place ces activités ?
- Avez-vous identifiez des besoins particulier, sur votre commune, en terme de prévention ? problèmes de santé saillant à prévenir ?
- En termes de priorités, où se situent les activités santé par rapport à des activités plus traditionnelles ?
- *Engageriez-vous des actions santé à visée de prévention des addictions si des propositions étaient faites dans ce sens ?*
- Selon vous quel financement la commune serait prêtre à mettre pour ce type d'actions de prévention au sein des TAP ?

III. Perspectives santé

Si le temps le permet :

Selon vous, comment les activités d'animation devraient évoluer ?

- Comment percevez-vous la notion de « promotion de la santé » ?
- Pour vous, que signifie « prévention santé » ?
- Est-ce que la mise en place d'activités « santé » peut apporter des choses à votre ville ?
- Aux structures ?
- Au public ?

- Est-ce que vous souhaitez que des actions « santé » soient menées dans votre commune ?
- Ce qui est fait + si propositions ou préconisations différentes en terme d'organisation, possible ou pas ?

Conclusion

Laisser moment de libre expression, rapport, laisser une carte de visite

Entretiens avec les responsables d'activité

Objectif : photographie logistique de l'étape d'animation en particulier sur les activités santé

Introduction :

- Se présenter et indiquer au nom de qui l'action est menée
 - Présentation personnelle
 - Préfecture, directeur de cabinet, responsable Auvergne pour addictions
 - MILDECA, lien terrain / préfecture
 - CR2A pour coordination projet, dispositif d'appui MILDECA
- Dire ce qu'on va faire comment et pourquoi
 - Accentuation sur la préfecture, le pourquoi du projet, intérêt pour le public cible mais problématique à étudier sur les méthodes, expliquer les groupes de travail, en relation avec l'organisation logistique, politique
 - Le projet : porte sur les TAP et plus précisément les activités « santé ». Un groupe de travail global est organisé autour de 3 axes :
 - L'état des lieux des outils et actions de prévention existantes
 - La revue de littérature des construits théoriques
 - La logistique
 - L'entretien, donner le plan
- S'assurer que la personne a compris et qu'elle est d'accord.
 - Nominatif, large diffusion mais droit de regard et de rectification, préciser enregistrements et leur suppression après, droit de ne pas répondre.
- « Etes-vous d'accord pour commencer ? »

I. Fonctionnement global

1. Quels étaient les grands événements de la mise en place des TAP ?
2. Comment s'organisent les TAP sur la commune ? quel est le fonctionnement entre la mairie, les écoles et les centres de loisirs ?
3. Quelle est l'organisation concernant les moyens humains ?
4. De qui dépendez-vous ? qui est votre employeur ?
5. Formation et expériences des équipes d'animation :
 - 1) Animateurs ? bénévoles ? autres ?
 - 2) Animateurs permanents ?

- 3) Animateurs externes ?
- 4) Formation BAFA ? autres ? spécialisé prévention ?
- 5) Animateurs stagiaires ou diplômés ?
6. Gratuit ou payant ?
7. TAP facultatif ? obligatoire ?
8. Mode d'inscription ?
9. Quel public fréquente les activités ?
 - 1) Niveau scolaire ?
 - 2) Age ?
 - 3) Nombre ?
 - 4) Handicap ?
 - 5) Régularité présence ?
 - 6) Est-ce que vous voyez les mêmes enfants d'une activité sur l'autre ? d'une semaine sur l'autre ?

Analyse des paramètres des activités que vous encadrer

10. Mise à disposition de matériel par la mairie ?
11. Lieu ?
12. Prêt de salles ?
13. Extérieur ?
14. A quoi ressemble votre activité sur les TAP sur une semaine ?
15. Durée ? Planning / répartition TAP ?
16. Comment procédez-vous précisément ? faites-vous toujours de la même façon ? ou différentes façons de faire ? temps de préparation et temps d'animation ?
17. Est-ce qu'un programme pédagogique des TAP est défini ?
18. Quel est le programme pédagogique ?
 - 1) de façon détaillée, décrivez-moi votre manière d'avancer dans le programme ?
 - 2) méthodes ?
 - 3) avec qui ?
 - 4) pourquoi ?

II. Activités santé

19. Comment percevez-vous la notion de « promotion de la santé » ?
20. Pour vous, que signifie «activités santé » ?

21. Dans les missions de l'animation, existe-t-il une ou des missions qui relèvent plus de la santé ?

Si oui,

22. Laquelle ?

23. Qu'en pensez-vous ?

24. Selon vous, pourquoi cette mission ?

25. Est-elle importante pour vous ?

26. Est-ce que des activités « santé » sont mises en place ?

Si oui :

- 1) Qu'est-ce qui a été mis en place ?
- 2) pourquoi ?
- 3) comment ?
- 4) quand ?
- 5) par qui ?
- 6) pour qui ?
- 7) difficultés rencontrées ? point négatifs ?
- 8) facilités ? points positifs ?

Si non :

- 9) pourquoi ?
- 10) manque de temps ?
- 11) de moyens ?
- 12) pas pertinent ?
- 13) pas de volonté à mettre en place ces activités ?

III. Perspectives

27. Quelles sont vos attentes concernant ce type d'activités ?

28. Pour les animateurs ?

29. Pour les enfants ?

30. Les structures ?

Si des activités santé sont mises en place :

31. Selon vous, comment devraient évoluer les activités « santé » au sein des TAP ?

32. Quelle(s) méthode(s) d'animation(s) privilégieriez-vous pour ces activités ?
33. Ce qui est fait + si propositions ou préconisations différentes en terme d'organisation, possible ou pas ?

Conclusion

Synthèse : retour et analyse points précédents. Laisser moment de libre expression, rapport, laisser une carte de visite.

L'outil Léa et l'air

http://www.inpes.sante.fr/professionnels-education/outils/lea_air/lea.asp



Avec « Léa et l'air » c'est l'occasion pour tous les enfants entre 8 et 10 ans de faire connaissance - grâce à leur enseignant et/ou leur animateur de centre de loisirs - avec Léa et ses camarades et de les observer vivre des aventures autour de l'élément air.

Ce coffret d'éducation pour la santé, conçu et édité par le Comité français d'éducation pour la santé (CFES) et actualisé par l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) en 2004, est le troisième de la collection [Les chemins de la santé](#), consacrée aux 4 éléments : l'eau, la terre, l'air et le feu. Il est destiné aux classes du troisième cycle de l'école primaire (CE2, CM1, CM2).

Il a été élaboré par un groupe de travail associant :

- des professionnels de l'éducation pour la santé,
- des enseignants,
- des médecins et des infirmières de l'Éducation nationale,
- des auteurs et des illustrateurs de livres pour enfants,
- des spécialistes des questions relatives à l'air et à la respiration.



 L'eau, la terre, l'air et le feu, éléments indispensables à la vie, permettent d'aborder avec les enfants plusieurs thèmes de santé au travers de situations quotidiennes. Être en bonne santé, c'est d'abord se sentir bien : dans son corps, dans sa tête, dans ses relations à autrui, dans son environnement. L'air y contribue et les manières de l'évoquer sont nombreuses : le vent qui souffle sur la terre et l'atmosphère qui l'entoure, l'air que l'on respire, le souffle qui nous anime, l'air porteur de bruits et d'odeurs. L'air est un bien précieux que les hommes doivent préserver et partager. C'est l'afflux de l'air dans les poumons du nouveau né qui l'éveille à la vie.

Autant de sujets d'apprentissages, de découvertes, de réflexions et d'échanges. Les auteurs de ce coffret espèrent ainsi aider les adultes de l'école à accompagner les enfants sur les chemins de la santé... et de la vie.

« Léa et l'air » est un outil composé de multiples activités permettant aux enfants d'acquérir des connaissances, de prendre soin d'eux, de mieux vivre avec les autres et d'assumer des responsabilités. On abordera aussi bien la question de la pollution sonore, que celle du tabac ou de l'accueil à l'école des enfants porteurs d'un handicap ou d'une maladie chronique.



Le [livret enfant \(pdf, 1.9 Mo\)](#) propose différentes activités individuelles (test, expérience, activités, jeux) ainsi qu'un poster central indiquant les 10 tuyaux pour garder « bon pied, bon air ».



Le [livret pédagogique \(pdf, 1.2 Mo\)](#), reprend ces activités individuelles en apportant, en groupe, des réponses et des explications à ces activités. Des propositions d'actions collectives sont également proposées pour chaque chapitre : visite, enquête, diagnostic de la qualité de l'air, ainsi que des débats. Ces débats ont pour thème des préoccupations importantes pour les enfants de cet âge. Ils leur permettent d'en discuter et également de développer des capacités d'écoute, d'expression, de découvrir ce qui influence leurs opinions et leurs comportements. Le livret pédagogique comprend également des informations spécifiques destinées à l'enseignant et des documents d'évaluation.

Thème	Chapitre	Activités enfant	livret Activités pédagogique	livret	Sujet de débat
De l'air sur la terre	Léa dans la tempête	Sentir le vent Un air futé	Le petit parachutiste	Je ne trouve pas toujours quelqu'un à qui me confier	
De l'air pour vivre	Lucas le héros	La machine à respirer Vrai ou faux ?	L'accueil à l'école à des enfants porteurs d'un handicap ou d'une maladie chronique	J'ai peur de passer pour une mauviette	

De l'air pour s'amser	Les chaussures d'Hubert	Respire et détends-toi !	Le cerf volant	On me met à l'écart parce que je suis différent des autres
De l'air pour voyager	Le costume de monsieur Quatrefages	Halte au bruit !	Visite d'un club de vol à voile	Je n'ai pas toujours envie d'obéir au règlement
De l'air à partager	Les grands airs de Jérôme	L'Air bon ou l'Air bête ? Bon air, mauvais air ?	Le tabac, les autres et moi	J'ai envie d'être « un grand »

Outre les livrets enseignant et enfants, le coffret est également composé d'un jeu, de documents d'évaluation, d'un carnet personnel pour l'enfant, ainsi que d'une frise à afficher au fur et à mesure des différents chapitres.

L'outil : le cartable des CPS



<http://www.cartablecps.org/page-4-0-0.html>

L'histoire du Cartable

« Le Cartable » est né de la volonté de partager une expérience d'une dizaine d'années acquise au cours de la mise en œuvre d'un programme de renforcement des compétences psychosociales auprès des enfants de 7/12 ans en milieu scolaire. Initié dès 1998, dans le cadre d'une action de promotion de la santé et de prévention des conduites addictives, le programme a très vite rejoint des préoccupations grandissantes autour du « vivre ensemble » chez de nombreux acteurs du champ éducatif. C'est ainsi que des professionnels de l'éducation pour la santé ont co-construit des savoir -faire avec les enseignants et les enfants au cours d'un échange sans cesse renouvelé.

Des activités pédagogiques aux conducteurs d'animation de séances en passant par les conditions de réussites d'un tel projet, nous avons écrit, partagé, éprouvé, ré-écrit, réussi et parfois échoué, mais toujours appris. Dans les programmes et outils d'interventions créés par nos « amis » (certains le sont devenus) québécois, belges, suisses puis... français, nous avons trouvé nos sources d'inspiration. Toujours nous avons du adapter pour nous rapprocher des contextes, des personnes, des utilisateurs.

Ainsi est née une matière vivante comme la terre sous les doigts du potier qui prend forme et reste modelable. Difficile de figer la création... Un site internet c'est la souplesse qui permet d'enrichir, modifier, améliorer mais surtout et enfin mutualiser cette production à l'esprit « artisan » : du « tâtonnement expérimental » cher à Célestin Freinet, une forme de recherche-action au cœur de « l'intelligence collective »

1- Pour débuter ou revenir aux sources

La partie « Les CPS en théorie » répond aux questions : Les CPS... c'est quoi, d'où ça vient et pourquoi aujourd'hui ?

Ces questions nous nous les sommes posés au début de notre parcours mais aussi de façon récurrente souvent relancés par nos partenaires qu'ils soient enseignants, responsables d'établissements scolaires..., parents ou bien stagiaires en formations...

Y répondre c'est fonder l'action à mener, sa légitimité, clarifier nos intentions éducatives.

2- Pour se plonger dans le sujet...

La partie « de la théorie à la pratique » pose les grands repères méthodologiques et pédagogiques.

Chaque compétence psychosociale est illustrée en répondant aux questions : du quoi, pour quoi, quelle progression ? C'est un travail de synthèse réalisé dans un aller-retour réel entre pratique et théorie et vice versa aboutissant à clarifier les objectifs des activités ou des séances.

Issues des pratiques de l'éducation pour la santé, nos méthodes interactives et expérientielles se sont reconnus dans le modèle allostérique de l'apprentissage élaboré par André Giordan. Nous partageons cette réflexion et donnons ensuite les repères et postures pédagogiques que nous privilégions.

Mettre en place un projet à l'échelle d'un établissement, d'un territoire est un gage de meilleur impact. Nous restituons ici comment nous avons procédé pour se doter de meilleures conditions de réussites.

Enfin, notre expérience étant celle d'intervenants extérieurs, auprès de classes d'enfants, nous nous sommes confrontés à la continuité et aux prolongements dans le quotidien des enfants. Les enseignants et acteurs de la communauté éducative ont souhaité intégrer et s'approprier des démarches éducatives cohérentes et renforçantes. Ce domaine « des attitudes éducatives au quotidien » est celui sur lequel nous avons le moins écrit sans doute parce qu'il nous appartient le moins. Pourtant nous savons que c'est celui par lequel notre programme a les effets les plus importants : l'évolution des pratiques, des ambiances de classes, le changement de regard (qui change tant) sur l'autre, l'enfant- apprenant, l'adulte encadrant.

3- Pour se lancer dans l'action...

« Les CPS en pratique » c'est la concrétisation, la réponse à la question « Et... qu'est ce qu'on fait exactement ? ».

Au choix sont présentés des fiches d'activités ou bien des parcours regroupant une succession de séances. Rarement inventées (la source est rappelée) mais tenant du « copié-créé » nous partageons là le travail d'adaptation, de formalisation des contenus, sorte de plus-value à partager.

Les activités sont décrites de manière précise avec les consignes mais aussi les questions à poser qui permettront de tirer le fil de l'expérience, de la pensée pour aller vers l'analyse et les élargissements qui feront apprentissage. Des exemples de ce que les enfants expriment lors de ces activités ou bien les « messages » à retenir donnent des repères à l'utilisateur.

L'activité peut se conduire seule ou bien s'intégrer dans une séance. Les parcours présentent des conducteurs de séances organisés en progression sur un thème comme les émotions, les qualités ou les influences... Ils sont des outils « clefs en main » pour mener une animation d'environ une heure. Mais comme nous, vous souhaiterez peut-être adapter en intégrant d'autres activités à la séance. Vous pourrez pour cela vous aider de la banque d'activités.

Le concept Vita Cité Vita Santé



L'idée qui a été choisi est celle d'une ville santé comprenant différents lieux reprenant les thèmes abordés lors des interventions.

Chaque enfant aurait sa propre ville à reconstruire en 2D sous forme de dessin avec les différents éléments qu'il aurait au fur et à mesure des interventions. Une ville commune en 3D serait bâtie et affichée dans un lieu passant de la structure, pour que les autres enfants, les animateurs et les parents puissent être sensibilisés aux différents messages de prévention qui seront également reportés sur la ville santé. Les différents éléments de la ville seraient créés en origami. Ils auront également à noter ou dessiner ce qu'ils ont compris/retenu/perçu du message transmis lors de l'intervention.

Pour ce programme, l'idée a été proposée qu'un magnet puzzle soit réalisé. Il comprendrait 6 pièces : 1 générale avec le nom de l'action et 5 pièces en lien avec les thèmes contenant 1 message santé ainsi qu'une mascotte avec un élément différents selon le thème auquel il correspond.

Lors du temps fort de juin, la maquette de la ville ainsi construite serait exposée et présentée de préférence par des enfants ou des référents de la structure partenaire aux parents.

Objectif Général :

Le nombre de jeune de 8 à 11 ans confrontés à des situations à risque ou ayant des comportements à risque pour leur santé a diminué sur une période de 3 mois dans les structures partenaires.

Public cible : dans les centres de loisirs, vacances ou temps périscolaires : enfants et encadrants

Situations à risque ou comportements à risque identifiés :

Alimentation, Activité physique, 1ers secours/ accidents domestiques, Solaire, Environnement (Qualité de l'air intérieur)

2 interventions différentes :

Auprès des encadrants :

Objectif : Les encadrants connaissent les sources de dangers et réduisent l'exposition des enfants à ces sources et encouragent les bonnes pratiques.

Pour s'assurer d'un minimum de cohérence et de travail en partenariat avec les membres/encadrants de la structure participante, il est nécessaire d'avoir au moins une intervention d'1h pour leur présenter la globalité du projet. Lors de ce contact, nous leur fournirons un document avec les messages clés et quelques précisions pour qu'ils soient sensibilisés.

Pour aller plus loin avec eux, mais sans pour autant mettre en place la formation de 3h (qui est possible si la structure est intéressée), il serait intéressant qu'avant chaque intervention auprès des enfants, un point de 30 min soit fait avec les équipes pour aborder la thématique du jour et leur donner les messages clés.

Auprès des enfants :

Objectif : les enfants s'engagent à modifier un de leurs comportements de vie pour favoriser leur santé sur chacun des thèmes abordés

5 séances/groupe 1h30

Groupe de 10 à 15 enfants

Contenu des interventions enfants :

Qualité de l'air : Aérer 10 min/jour 2 fois/jour

- 30 min de théorie : exposition Halte à la pollution de l'air intérieur avec quizz 15 min de recherche, 15 min de restitution en groupe

Enfants en groupe sur 2 panneaux puis restitutions aux autres

- 30 min de pratique autour de Justin Peu d'air

Qu'est-ce que vous devez faire pour que votre maison respire ?

Vous avez vu l'exposition, quels sont les risques que vous retrouvez dans la maison de Justin ?

Que lui conseilliez-vous ? Pièce par pièce et commencez par la chambre.

-> intégrer dans la ville la maison de Justin comme voisin à celle de l'enfant

1ers secours/accidents domestiques : Protéger Alerter Secourir

- 20 min sur protéger et alerter : intervention en partant des accidents domestiques. Quels 1ers secours pour quel accident domestique ?

- 40 min sur secourir par le biais d'une vidéo que MFA réaliseraient en partenariat avec les pompiers sur certains gestes uniquement et adaptés pour des enfants de 8 à 11 ans ...

-> intégrer dans la ville une caserne de pompier, avec les n° d'urgences sur le mur

Solaire : Quand ton ombre est plus petite que toi, protège-toi ! Entre 12h et 16h, le soleil est plus fort que toi !

- 30 min théorie : Qu'est-ce que le soleil ? les rayons, l'atmosphère, les phototypes, les moyens de protection... abordé de manière ludique.

Création de 6 planches type Expo A3 avec les thèmes suivants : Le soleil et ses rayons, l'atmosphère et UV, l'ombre/les nuages, le soleil ami, le soleil ennemi, les phototypes. Les textes contiendront des trous et les enfants par groupe de 3 devront compléter 2 planches durant 15 min. Les 15 min suivantes seront dédiées à la restitution en groupe.

- 30 min de pratique : jeu du soleil géant et expérience sur l'ombre. Pratiquer le jeu du soleil Utilisation de la musique sombrero en fond sonore si envie

-> Sur la ville soleil, crème solaire, parasol, chapeau... panoplie dans des situations diverses.

Alimentation : Savoure, le plaisir est dans l'équilibre !

- 30 min théorie : Pourquoi l'alimentation est importante pour la santé ? Information sur l'équilibre alimentaire.
- 30 min de pratique : légumady, être 2 adultes pour répartir en 2 groupes les enfants. Information sur le plaisir et les sens dans l'alimentation. Utilisation des 5 sens dans l'alimentation à travers le jeu légumady, sur la question « Qu'elle est ta préférence ? » qu'ils goutent, voient, sentent, touchent et entendent

Activité physique : *Bouge pour ta santé : 60 min/jour suffisent !*

- 1h mélangeant théorie et pratique : Apport théorique sur l'activité physique, l'activité sportive, la sédentarité.

Utilisation d'un cardiofréquence mètre et d'un podomètre par enfant pour expliquer les liens entre activité physique et santé.

-> Sur la ville terrain de sport, activité physique diverses.

Anna Badoual : 04 73 16 63 42

Romain Lacaux : 04 73 16 63 49



La prévention des conduites à risques et addictives chez l'enfant : exemple des temps d'activités périscolaires

Analyse des risques et opportunités

Sous la coordination de
Valentin Flaudias
Georges Brousse



Mission interministérielle
de lutte contre les drogues
et les conduites addictives