

L'apprentissage socio-affectif

Objet

Ce sommaire de données probantes a pour objet de présenter les résultats attestés d'interventions menées auprès d'enfants et de jeunes d'âge scolaire en promotion de la santé mentale. S'il est vrai qu'il existe un éventail d'interventions dans ce domaine, ce sont les programmes d'apprentissage socio-affectif qui ont été retenus en priorité pour ce sommaire.* On y trouvera les résultats sur les plan social, affectif et comportemental d'interventions universelles de ce type, de même que les composantes d'une programmation efficace, comme il ressort des publications à ce sujet.

Les données probantes exposées dans ce sommaire sont utiles pour éclairer la prise de décisions stratégiques et pratiques en vue d'aider à promouvoir la santé mentale des enfants et des jeunes d'âge scolaire de la province, en soutien à la seconde phase de la Stratégie ontarienne globale de santé mentale et de lutte contre les dépendances.

Principaux messages

- L'école est devenue un lieu privilégié pour dispenser des programmes de promotion de la santé mentale à tous les niveaux scolaires.
- Les interventions scolaires en promotion de la santé mentale aident les élèves à se doter des ressources nécessaires pour s'épanouir et à prévenir d'éventuels problèmes comportementaux et affectifs plus tard.
- Les programmes d'apprentissage socio-affectif (ASA) représentent une catégorie d'interventions en promotion de la santé mentale qui favorisent l'acquisition de compétences de base utiles aux enfants et aux adolescents pour gérer leurs émotions, leurs relations et le conflit.
- Parmi les résultats de ces programmes d'ASA, mentionnons une très nette amélioration des habiletés sociales et affectives, de l'estime de soi, du rendement scolaire, de la résilience et des habiletés d'adaptation, et du développement social. À cela s'ajoute une réduction des problèmes d'intériorisation (p. ex., troubles affectifs, dépression, angoisse) et d'extériorisation (p. ex. comportements agressifs, violence, intimidation) chez les élèves.
- L'acquisition de compétences particulières, comme l'espoir, la résilience, l'adaptation, la résolution des conflits et la pleine conscience, s'est également révélée utile à l'amélioration des résultats sociaux et affectifs chez les élèves.

* Lors du lancement de ce projet, la sensibilisation à la santé mentale a aussi été identifiée comme un domaine potentiel à examiner. Toutefois, en raison de l'attention positive accordée à la santé mentale et de l'accent mis sur la conscience de soi, les programmes portant sur ce domaine sont à considérer comme faisant partie des programmes d'ASA. Il n'y avait pas assez d'études sur la sensibilisation proprement dite à la santé mentale pour la distinguer de l'apprentissage socio-affectif.

Principaux messages

- Au nombre des constituants de programmes d'ASA efficaces figurent une approche scolaire globale, l'application des principes SAFE (suivi, actif, focalisé et explicite), des méthodes de formation interactives, une mobilisation parentale et une orientation sur le développement des compétences. La prestation des programmes à tous les niveaux scolaires s'est aussi avérée efficace, mais il n'a pas été possible de conclure si leur prestation sur une période relativement longue était plus efficace que sur une plus courte période. Enfin, il semble que les enseignants en sont des fournisseurs efficaces.

Information générale

Étant donné que 70 % des problèmes de santé mentale commencent durant l'enfance et l'adolescence (Gouvernement du Canada, 2006), les activités de promotion de la santé mentale sont d'autant plus efficaces qu'elles surviennent tôt dans la vie (Sarcassani et coll., 2015). Au cours des 20 dernières années, les écoles ont travaillé activement à promouvoir la santé mentale des élèves dans le souci de prévention des problèmes par la suite et de les aider à atteindre leur plein potentiel (Sklad et coll., 2012; O'Mara et Lind, 2013). L'école est un lieu idéal à cet égard : on exploite le fait que les enfants constituent un public captif et que, pour beaucoup de jeunes ayant peu de soutien, il s'agit d'une période décisive (Chilton, Pearson et Anderson, 2015; O'Mara et Lind, 2013; Weare et Nind, 2011).

Les programmes scolaires qui favorisent la résilience, la force de caractère et l'empathie donnent aux élèves les ressources nécessaires pour réussir tout en leur permettant de s'adapter au stress et à des conditions défavorables (Weare et Nind, 2011; Waters, 2011). C'est important, car l'instauration d'une bonne santé affective et d'un bien-être durant l'enfance et l'adolescence a des implications sur la réussite scolaire et le développement social des jeunes (Blank et coll., 2010; Kidger et coll., 2012). Cela aide aussi à réduire le risque de répercussions socio-économiques négatives, de problèmes affectifs et comportementaux, de suicide et de troubles de santé mentale plus tard (Blank et coll., 2010; Kidger et coll., 2012).

Apprentissage socio-affectif

L'un des types d'intervention scolaire en promotion de la santé mentale est ce qu'on appelle l'apprentissage socio-affectif (ASA). Il s'agit du « processus consistant à acquérir des compétences de base pour reconnaître et gérer ses émotions, se fixer des objectifs positifs et les atteindre, apprécier le point de vue d'autrui, établir des relations positives et les entretenir, prendre des décisions responsables et aborder des situations interpersonnelles de manière constructive » (Elias et coll., 1997). Les programmes d'ASA aident des enfants de tous âges à maîtriser des habiletés sociales et affectives adaptées à leur âge par le biais de diverses approches (Guyn Cooper Research Associates, 2013).

Au nombre des habiletés socio-affectives courantes enseignées à l'école, mentionnons:

- l'estime de soi, la confiance en soi
- l'empathie
- la résilience
- le contrôle de ses émotions, les habiletés affectives
- la résolution de conflit
- la résolution de problèmes
- l'adaptation et la gestion du stress
- la conscience sociale

Les programmes d'ASA offrent une grande diversité d'objets, de modèles d'intervention, de composition et de contenu (Sklad et coll., 2012). Certains sont axés sur la réduction des comportements problématiques, par le biais de l'enseignement de techniques de refus, et d'autres, sur le renforcement de compétences socio-affectives plus générales, en aidant les élèves à avoir une meilleure image ou estime de soi (Clarke et coll., 2016; Diekstra et Gravesteyn, 2008; Sklad et coll., 2012). De plus, si certains d'entre eux s'inscrivent surtout au plan d'études d'un sujet, d'autres font appel à une approche scolaire globale, les activités ayant lieu à l'extérieur de la classe, avec mobilisation parentale ou communautaire (Sklad et coll., 2012). Pour ce sommaire, seuls les articles incluant les programmes de renforcement des compétences ont été retenus pour comparaison. Les interventions pouvaient concerner soit une classe soit toute l'école.

Interventions universelles, sélectives et ciblées

Les interventions peuvent encore être subdivisées en trois catégories selon le public cible :

- universelles
- sélectives
- indiquées/ciblées

Les programmes universels visent tous les élèves, qu'ils affichent ou non des problèmes comportementaux ou affectifs (O'Mara et Lind, 2013). Selon l'approche universelle, on adopte aussi un point de vue positif sur la santé mentale, qui met l'accent sur l'acquisition des habiletés et compétences nécessaires pour connaître le bien-être et prévenir les problèmes ultérieurement (Higgins et O'Sullivan, 2015).

Les interventions sélectives ciblent les enfants et les jeunes qui seraient à risque d'avoir par la suite des problèmes de santé mentale, tandis que les interventions ciblées ou indiquées sont axées sur ceux qui en affichent déjà des signes ou chez lesquels on a posé un diagnostic de troubles mentaux légers à modérés (Higgins et O'Sullivan, 2015; Stockings et coll., 2015).

Ce sommaire de données probantes porte sur les interventions universelles, pouvant être menées à l'échelle de l'école ou au niveau d'un grade ou encore d'une classe particulière.

Contexte

Dans plusieurs pays, comme aux États-Unis, au Royaume-Uni, en Australie et au Canada, on a observé ces dernières années que les politiques publiques tendent à renforcer le soutien donné à la promotion de la santé mentale dans les écoles (Kidger et coll., 2012). La mise en place de services scolaires de santé mentale pour les enfants et les jeunes est un axe prioritaire de la Stratégie ontarienne globale de santé mentale et de lutte contre les dépendances « Esprit ouvert, esprit sain » (Gouvernement de l'Ontario, 2011). La première phase de déploiement de cette stratégie a abouti à de nombreux succès dans le domaine de la santé mentale en milieu scolaire, dont la constitution de l'Équipe d'appui pour la santé mentale dans les écoles. Il s'agit d'une équipe de mise en œuvre provinciale ayant pour mission de fournir aux écoles une orientation, des ressources et des services d'accompagnement dans ce domaine (Équipe d'appui pour la santé mentale dans les écoles, 2016). Adoptant un point de vue positif par rapport à la santé mentale, elle encourage les activités de promotion de cette dernière en milieu scolaire pour garantir le bien-être des enfants et des jeunes (Équipe d'appui pour la santé mentale dans les écoles, 2016).

Le présent sommaire contribuera aux efforts menés à l'échelle du système scolaire par la présentation des résultats probants actuellement disponibles relativement aux programmes universels d'ASA pour les enfants d'âge scolaire (de 4 à 19 ans) de divers pays. Outre les résultats sur les plans social, affectif et comportemental de ces programmes, on y présente les constituants d'une programmation efficace. Ensemble, ces deux aspects sont utiles à une prise de décision éclairée s'appuyant sur des preuves, destinée à améliorer la santé mentale des jeunes ontariens.

Méthodologie

Pour guider le travail d'élaboration de ce sommaire, l'équipe a défini une question de recherche, une stratégie pour y répondre et des critères d'inclusion et d'exclusion. La question était celle-ci : « Quels sont les résultats et les constituants de programmes efficaces d'ASA en milieu scolaire? » Faute de temps, seules les données de recensions d'études ont été prises en considération. Ces recensions comprenaient des revues systématiques, des synthèses intégratives, des méta-analyses et des recensions de revues. Seules les recensions datant tout au plus de 10 ans ont été retenues. En dépit de ces paramètres restreints, on a obtenu une quantité considérable de résultats probants sur l'ASA en milieu scolaire. Cela démontre l'intérêt et l'engagement des chercheurs, des éducateurs, des décideurs et du public à promouvoir la santé mentale des enfants et des adolescents.

Les recherches ont été effectuées (en langue anglaise uniquement) au moyen d'au moins l'un des mots-clés suivants: *mental health, mental health promotion, social-emotional learning, social and emotional learning, positive mental health, coping skills, self-esteem, resilience, problem solving, empathy, mindfulness, well-being, social learning/literacy/intelligence/awareness, emotional intelligence/learning/literacy, mental health program, positive emotions, relationship skills building, violence prev*, mentoring, life skills, character education, self-awareness, self-management, responsible decision making, or stigma reduc**. Ces termes étaient combinés aux mots-clés: *school** et *student**.

Aidé du Service de la bibliothèque, un chercheur a mené des recherches à partir des quatre bases de données PsycINFO, ERIC, Health Evidence et Cochrane, puis s'est servi de Google Scholar pour repérer, dans la documentation parallèle, des articles ayant pu être omis. Les critères d'inclusion étaient les suivants:

- programmes universels – articles pouvant traiter de programmes ciblés mais pas uniquement;
- programmes de promotion de la santé mentale mettant l'accent sur le renforcement positif/ des compétences; pouvant comprendre des articles présentant des composantes de la prévention ou de la réduction des troubles, mais pas uniquement;
- accent mis sur une intervention ou un programme (pouvant inclure une approche scolaire globale, p. ex. « Healthy Schools Framework »)
- revues systématiques, méta-analyses, recensions de revues, synthèses intégratives, recensions de la documentation parallèle;
- programmes dispensés au niveau de l'école primaire, des grades intermédiaires et du secondaire;
- de 2006 à 2016.

Les critères d'exclusion étaient les suivants:

- articles traitant de programmes parascolaires et préscolaires axés sur les services de traitement;
- programmes axés uniquement sur la prévention de problèmes (p. ex. réduction de l'intimidation, des comportements agressifs);
- programmes traitant de la consommation de substances psychotropes ou visant à sa réduction (p. ex. celle d'alcool, de drogues);
- programmes ciblés/indiqués;
- programmes ciblant certains segments de population (p. ex. enfants autistes, jeunes réfugiés);
- articles publiés dans une langue autre que l'anglais ou dans des pays en voie de développement.

Les données probantes

Tel qu'indiqué ci-dessus, les données probantes recueillies au sujet des programmes d'ASA couvraient un large éventail d'interventions. S'il est vrai que quelques articles traitaient d'un programme ou d'une approche particulière (Kidger et coll., 2012; Higgins et O'Sullivan, 2015), tous les autres les combinaient, allant même jusqu'à regrouper des interventions axées sur le renforcement des compétences et la prévention de problèmes. Comme il serait difficile de les séparer, nous avons cherché dans cette partie à synthétiser les données probantes recueillies pour tous les programmes d'ASA répertoriés dans ce sommaire en termes de résultats et de constituants attestés. Par constituants, nous entendons les éléments d'une programmation efficace, tels qu'ils ont été identifiés par les auteurs des études. La description qui suit offre des données probantes sur les programmes d'ASA dispensés dans les écoles et vise à faciliter la prise de décision et la détermination des prochaines étapes à suivre.

Résultats

Selon les articles recensés, il est évident que les programmes d'ASA sont bénéfiques aux enfants d'âge scolaire à maints égards. Les résultats produits se répartissent en deux catégories : 1) ceux associés aux programmes d'ASA en général, et 2) ceux associés à des compétences socio-affectives particulières.

Pour la plupart d'entre elles, les données recueillies dans les recensions ne font pas de distinction entre les compétences particulières associées aux divers résultats. Même dans les analyses systématiques d'interventions ciblant des résultats précis, comme celle de Kragg et coll. (2006) sur les programmes de gestion du stress, les interventions répertoriées incluaient l'utilisation d'un éventail d'approches pour atteindre les bienfaits escomptés (p. ex. développement positif des jeunes, empathie ou formation aux habiletés sociales). Dans certains articles, on relève toutefois des commentaires sur l'efficacité de compétences précises ou au sujet de programmes qui contribuent tous à développer le même ensemble de compétences (p. ex. pleine conscience). Dans la mesure du possible, nous avons inventorié ces compétences avec les résultats associés; dans les autres cas, nous avons regroupé les résultats des programmes d'ASA.

Résultats généraux de l'ASA

La participation à des programmes scolaires d'ASA amène des résultats positifs au niveau social, affectif et comportemental, y compris des résultats notables d'un point de vue statistique ou pratique :

- amélioration des compétences et habiletés sociales et affectives des élèves (Weare et Nind, 2011; Diekstra et Gravesteyn, 2008; Durlak et coll., 2011; Sklad, Dieskstra, DeRitter et Ben, 2012; Sarcassani et coll., 2015; Payton et coll., 2008; Clarke et coll., 2015; Langer et coll., 2015; Zenner, Hermleben-Kurz, Walac, 2014; Felver et coll., 2015), ce qui se traduit parfois par un gain de compétences de 23 % ou une augmentation de l'écart type de 7 points; autrement dit, les participants aux programmes d'ASA avaient de meilleures compétences socio-affectives que 76 % des autres élèves (Sklad et coll., 2012).

au niveau social

- amélioration du développement et des comportements sociaux positifs (Durlak et coll., 2011; Diekstra et Gravesteyn, 2008; Kragg et coll., 2006; Payton et coll., 2008; Skald et coll., 2012), dont l'amélioration de l'aptitude à communiquer avec autrui et à aborder les conflits interpersonnels efficacement (Diekstra et Gravesteyn, 2008);
- amélioration de l'attitude à l'égard de soi, de l'école et d'autrui (Payton et coll., 2008);
- amélioration des relations familiales (Clarke et coll., 2015).

au niveau affectif

- amélioration de l'aptitude à reconnaître ses émotions et à les gérer (Durlak et coll., 2011; Diekstra et Gravesteyn, 2008);
- amélioration de l'estime de soi et de la confiance en soi (Weare et Nind, 2011; Sklad et coll., 2012);
- amélioration des habiletés d'adaptation (Kragg et coll., 2006; Manion, Short et Ferguson, 2013) ou de la résilience (Clarke et coll., 2015; Stewart et Wang, 2012);
- amélioration du bien-être (Manion, Short et Ferguson, 2013; Sarcasanni et coll., 2015; Waters, 2011);
- réduction des problèmes et troubles d'intériorisation, y compris de la détresse émotionnelle, du stress, de l'anxiété, de la dépression, du suicide (Diekstra et Gravesteyn, 2008; Weare et Nind, 2011; Durlak et coll., 2011; Payton et coll., 2008; Kragg, Kok, Hosman et Abu-Saad, 2006; Durlak et coll., 2011; Felver et coll., 2015; Zenner, Hermleben-Kurz, Walac, 2014; Langer et coll., 2015).

au niveau comportemental

- amélioration de l'attitude à l'égard de l'école et des comportements scolaires (Diekstra et Gravesteyn, 2008; Weare et Nind, 2011) ainsi que du rendement et de la réussite scolaire (Clare et coll., 2015; Durlak et coll., 2011; Diekstra et Gravesteyn, 2008; Waters, 2011; Sarcassani et coll., 2015; Payton et coll., 2008; Sklad et coll., 2012; Weare et Nind, 2011), ce qui, dans une étude, s'est traduit par un gain de 11 rangs centiles du rendement scolaire (Durlak et coll., 2011);
- réduction des problèmes de conduite/d'extériorisation comme l'intimidation, les comportements agressifs, la violence, le conflit et la colère (Clarke et coll., 2015; Durlak et coll., 2011; Payton et coll., 2008; Weare et Nind, 2011).

Ce qui est particulièrement encourageant, c'est que nombre de ces résultats restent importants lors des suivis, effectués de 6 à 24 mois plus tard (Diekstra et Gravesteyn, 2008; Durlak et coll., 2011; Sklad et coll., 2012; Waters, 2011; Higgins et O'Sullivan, 2015; Sarcassani et coll., 2015; Payton et coll., 2008). Selon certaines études, la prévention des comportements asociaux (Sklad et coll., 2012) et le rendement scolaire (Payton et coll., 2008) connaissent un « effet d'incubation », les notes augmentant au moment du suivi plutôt que de décroître.

Résultats en matière de compétences particulières

Bien que la plupart des publications rendent compte des résultats socio-affectifs en général, groupant le plus souvent diverses interventions, certaines études fournissent des données probantes pour des interventions fondées sur des compétences particulières. Parmi ces compétences et les résultats qui leur sont associés, mentionnons :

- l'espoir – les élèves se montrent plus satisfaits de leur vie au bout d'un an et au bout de 18 mois, tout en affichant un niveau nettement supérieur d'espoir, d'estime personnelle et de résistance, et une réduction notable de l'anxiété et de la dépression (Waters, 2011);
- la résilience – les élèves ressentent un niveau supérieur de compétence sociale, de bonheur, de solidarité et expriment moins de plaintes psychosomatiques et d'émotions négatives (Stewart et Wang, 2012). On a aussi constaté que les programmes axés sur la résilience réduisaient la détresse, amélioraient le bien-être et favorisaient l'apprentissage entre élèves (Waters, 2011);
- l'adaptation – les élèves montrent une nette amélioration des mesures autodéclarées de leur anxiété comparativement aux groupes de contrôle. Ces effets étaient maintenus 4 mois, 6 mois, 12 mois et 24 mois plus tard (Higgins et O'Sullivan, 2015);

- la résolution de conflits – les programmes réussissent à promouvoir les comportements pro-sociaux des élèves; l'utilisation de pairs comme médiateurs pourrait être efficace à plus long terme (Blank et coll., 2010).
- la pleine conscience – les programmes réussissent à réduire les problèmes de comportement (p. ex. angoisse et dépression), de même qu'à augmenter le rendement cognitif et les attributs psychosociaux prosociaux (p. ex. contrôle des émotions, compétences socio-affectives et adaptation) (Felver et coll., 2015; Zenner, Hermleben-Kurz, Walac, 2014; Langer et coll., 2015).

Remarque : Un article faisait valoir les effets néfastes du recours à des pairs lors d'une intervention menée auprès d'enfants au comportement violent ou ayant tendance à intimider les autres, cela pouvant amener davantage d'intimidation et de victimisation (Weare et Nind, 2011).

Segments de population à risque élevé

Certaines observations portent à croire que les bienfaits potentiels des programmes d'ASA sont plus importants pour les segments de population à risque élevé, y compris les élèves d'un milieu socio-économique modeste (Clarke et coll., 2015; Diekstra et Gravesteyn, 2008; Weare et Nind, 2011). Cela peut venir du fait qu'il y a plus de place à l'amélioration chez les enfants ayant des problèmes ou des besoins accrus que chez les autres (Diekstra et Gravesteyn, 2008; Weare et Nind, 2011). Il faudrait poursuivre les recherches pour savoir si l'efficacité des programmes d'ASA auprès de certains segments de population, dont les groupes racialisés et les réfugiés, les Premières Nations, les Inuits et les Métis, les LGBTQ et les autres groupes marginalisés.

Comme le montre l'abondance de données probantes à ce sujet, les programmes scolaires d'ASA ont des résultats statistiquement significatifs et qui se traduisent dans la pratique pour les enfants et les jeunes. Parmi ces résultats, mentionnons:

- les aspects sociaux tels que l'amélioration des compétences interpersonnelles et de l'attitude à l'égard de soi et à l'égard d'autrui;
- les aspects affectifs tels que la réduction des problèmes d'intériorisation et le renforcement de la capacité à gérer ses émotions;
- les aspects comportementaux, y compris l'amélioration du rendement scolaire et la réduction; des problèmes d'extériorisation.

L'enseignement de compétences particulières, comme l'espoir, la résilience, l'adaptation, la résolution de conflits et la pleine conscience, a également des effets bénéfiques sur les élèves. S'il est possible que l'efficacité des programmes d'ASA soit plus importante encore auprès de groupes à risque élevé, il faudrait approfondir les recherches afin d'en déterminer les effets sur des groupes marginalisés particuliers.

Éléments constitutifs de programmes efficaces

Pour savoir comment les programmes d'ASA produisent les effets bénéfiques mentionnés ci-dessus, l'équipe a examiné les publications disponibles afin d'y repérer les éléments constitutifs d'une programmation efficace. S'il est vrai que, dans la plupart des articles recensés, on ne décrivait pas de composantes particulières des interventions incluses, certains tiraient toutefois des conclusions quant aux composantes ou variables de mise en œuvre menant à des résultats plus efficaces. En voici le résumé.

Pour cerner les compétences, méthodes ou composantes de programmes menant à des effets bénéfiques, il aurait fallu mener un examen approfondi d'études individuelles qui aurait permis de définir la constitution de chaque programme, ce qui dépassait le cadre de ce sommaire des données probantes.

1. *Approche scolaire globale* – L'intégration de programmes d'ASA à toute une école, à partir d'approches à composantes multiples qui en ciblent l'ambiance et la culture, la formation des enseignants et les politiques scolaires, est un aspect important d'une programmation efficace (Blank et coll., 2010; O'Mara et Lind, 2013; Weare et Nind, 2011; Waters, 2011; Diekstra et Gravesteyn, 2008). Certaines études ont aussi montré que l'incorporation du développement des compétences aux programmes d'études généraux (Weare et Nind, 2011) ou l'extension de la pratique au-delà de la salle de classe (O'Mara et Lind, 2013) produisait des effets plus importants et à plus long terme. Selon deux articles toutefois, les approches scolaires globales à composantes multiples ne s'avéraient pas être plus efficaces que les approches centrées sur une classe (Durlak et coll., 2011; Payton et coll., 2008) et, dans l'un d'entre eux, on indiquait qu'il y avait peu de données attestant que les approches scolaires globales étaient en quoi que ce soit efficaces (Kidger et coll., 2012). Dans les deux articles, on a conclu que cela s'explique peut-être du fait des plus grands défis de mise en œuvre en jeu, qui pouvaient avoir eu des répercussions sur les résultats.

2. *Application des principes SAFE* – Les programmes intégrant les principes ci-après mènent à des résultats plus importants et à des effets d'une plus grande ampleur que ceux qui ne les intègrent pas (Durlak et coll., 2011; Sklad et coll., 2012; Sarcassani et coll., 2015; Payton et coll., 2008):
 - a. Suivi – les activités du programme sont liées entre elles et coordonnées;
 - b. Actif – on utilise des formes actives d'apprentissage pour aider les élèves à acquérir des compétences;
 - c. Focalisé – au moins l'un des constituants du programme est consacré au développement des compétences;
 - d. Explicite – le programme cible des compétences socio-affectives particulières au lieu de viser des compétences ou un développement de façon plus générale (Durlak et coll., 2011)
3. *Orientation sur les compétences* – Les interventions efficaces sont orientées vers l'enseignement de compétences socio-affectives, notamment celles, plus générales, que sont la prise de conscience sociale et l'intelligence affective, et de compétences axées sur la prévention de problèmes, comme l'adaptation, la gestion du stress et les techniques de refus de drogues (Clarke et coll., 2015; Weare et Nind, 2011; Diekstra et Gravesteyn, 2008; O'Mara et Lind, 2013). Certaines données suggèrent aussi que les approches d'autonomisation centrées sur le renforcement positif des compétences et sur la promotion de la santé mentale sont plus efficaces que celles centrées sur la prévention de la maladie mentale (O'Mara et Lind, 2013; Clarke et coll., 2015).
4. *Mobilisation des parents* – Selon certaines données, la mobilisation parentale est une composante clé d'une programmation d'ASA efficace (Blank et coll., 2010; O'Mara et Lind, 2013; Weare et Nind, 2011). Parmi ses effets positifs précis, signalons une efficacité accrue du développement prosocial des jeunes et des interventions ciblant le stress et l'adaptation (Weare et Nind, 2011), et une réduction de l'intimidation et des comportements perturbateurs (Blank et coll., 2010).
5. *Méthodes pédagogiques interactives* – Dans les interventions qui s'avèrent plus efficaces que les autres, on utilise des méthodes pédagogiques interactives, comme le jeu de rôle, les jeux, les simulations et le travail en petits groupes (Clarke et coll., 2015; Diekstra et Gravesteyn, 2008; Weare et Nind, 2011). Les stratégies d'information seule ou didactiques sont loin d'être aussi efficaces (Weare et Nind, 2011).

6. *Programmes dispensés par un enseignant* – Si certaines données laissent à penser que les programmes d'ASA dispensés par des enseignants sont plus efficaces que ceux dispensés par des spécialistes (Durlak et coll., 2011), la plupart indiquent que leur efficacité équivaut à celle d'autres fournisseurs, surtout lorsqu'il s'agit de dispenser le programme au fil du temps (Diekstra et Gravesteyn, 2008; Payton et coll., 2008; Sklad et coll., 2012; Sarcassani et coll., 2015; Waters, 2011; Weare et Nind, 2011). Ces constatations portent à croire qu'il est possible d'intégrer les programmes d'ASA en salle de classe ordinaire et qu'il n'est pas nécessaire d'avoir des ressources extérieures pour leur mise en œuvre (Durlak et coll., 2011; Sarcassani et coll., 2015).
7. *Durée du programme* – Certaines observations portent à croire que les programmes sont plus efficaces s'ils sont mis en œuvre pour une durée allant de 9 mois à un an (Sklad et coll., 2012; Weare et Nind, 2011). Toutefois, selon d'autres articles, les programmes de 3 à 6 mois (Diekstra et Gravesteyn, 2008) ou ceux dispensés sur plus d'un an le sont davantage (O'Mara et Lind, 2013; Manion, Short et Ferguson, 2013).
8. *Pour tous les âges* – Les programmes d'ASA sont efficaces pour tous les âges et tous les niveaux scolaires (au primaire, aux niveaux intermédiaire et secondaire) (Diekstra et Gravesteyn, 2008; Durlak et coll., 2011; Sarcassani et coll., 2015; Weare et Nind, 2011), même si certains résultats donnent à penser que les programmes ciblant les élèves du primaire sont particulièrement efficaces (Sklad et coll., 2012; Weare et Nind, 2011).

Dans l'ensemble des publications, et comme nous l'avons indiqué ci-dessus, plusieurs éléments constitutifs de programmes d'ASA efficaces revenaient fréquemment : approche scolaire globale; application des principes SAFE (suivi, actif, focalisé et explicite), méthodes pédagogiques interactives, mobilisation des parents et orientation sur le développement de compétences. Il a été démontré que les programmes dispensés à tous les niveaux scolaires étaient efficaces, même si l'on n'a pu tirer de conclusions quant à savoir si les programmes de plus longue durée étaient plus bénéfiques que les programmes plus courts. On a aussi constaté que les enseignants dispensaient les programmes efficacement. Ces divers aspects seront utiles pour déterminer quels sont les programmes d'ASA qui se révèlent les plus adaptés aux écoles ontariennes et en faciliteront la sélection.

Limitations

La présente revue fait l'objet de plusieurs limites, dont la plupart sont dues à la portée de la question de recherche. Dans les 19 études retenues pour l'analyse, il était question d'un large éventail de programmes d'ASA, dont le développement harmonieux des jeunes, l'adaptation et la gestion du stress, la formation à l'affirmation de soi, la formation à l'empathie ou à la résilience, pour n'en nommer que quelques-uns. Plusieurs auteurs ont signalé la difficulté à tirer des conclusions ou à comparer directement ces programmes du fait de la variabilité considérable des caractéristiques des interventions, des groupes d'âges ciblés, de la durée des programmes, des outils et des mesures d'évaluation (Sklad et coll., 2012; Sarcassini et coll., 2015).

De plus, si certains articles traitaient de plus de 50 revues systématiques (Weare et Nind, 2011), d'autres appuyaient leurs conclusions sur un nombre bien plus restreint d'études primaires (Stewart et Wang, 2012), les rendant de ce fait sans doute moins fiables. Il est important de garder cela à l'esprit au moment de généraliser les résultats à un segment de population plus important et de tirer des conclusions quant à l'efficacité des interventions. Enfin, en raison de contraintes de temps, la portée de ce sommaire s'est limitée aux revues dans lesquelles il était notamment question d'interventions centrées sur le renforcement de compétences, celles axées sur la prévention de comportements problématiques ayant été exclues (p. ex. intimidation). Si de telles interventions avaient été incluses, il se peut que l'on ait abouti à l'identification d'éléments constitutifs ou de conclusions différentes.

Conclusion

Au cours des 20 dernières années, on a commencé à enseigner aux élèves les compétences sociales et affectives dans un souci de promouvoir une santé mentale positive et de les aider à atteindre leur plein potentiel (Sklad et coll., 2012; O'Mara et Lind, 2013). Il existe d'abondantes données probantes sur l'efficacité des programmes scolaires d'ASA, ce qui démontre leurs effets bénéfiques. Parmi ceux-ci, mentionnons une nette amélioration des compétences socio-affectives, du développement social, du contrôle des émotions, des habiletés d'adaptation, de la résilience et du rendement scolaire. De plus, les élèves qui suivent des programmes d'ASA affichent nettement moins de signes de problèmes d'intériorisation (p. ex. stress, dépression, angoisse) et d'extériorisation (p. ex. violence, intimidation).

Étant donné qu'il existe une gamme de programmes scolaires d'ASA, que ce soit en termes de composition ou de contenu, plusieurs de leurs composantes sont associées à une programmation efficace. Il a été démontré que le fait d'avoir pour éléments constitutifs le recours à une approche scolaire globale, à la participation des parents, à des méthodes de formation interactive et l'orientation sur le développement de compétences produisait des résultats plus efficaces que lorsque ces éléments étaient absents. Il semble tout aussi efficace que les programmes d'ASA soient dispensés par des enseignants ou par un personnel spécialisé formé à cet effet, ce qui démontre qu'on peut les intégrer efficacement au contexte de la salle de classe ordinaire. Leur efficacité a aussi été démontrée à tous les niveaux scolaires, même si le fait de commencer à un âge précoce semblait être une approche prometteuse. Enfin, si certaines données portent à croire que des programmes de longue durée seraient plus efficaces que des programmes de courte durée, il est difficile de tirer des conclusions à ce sujet en raison de constatations contradictoires.

Ce sommaire des données probantes offre un récapitulatif des résultats de programmes scolaires d'ASA efficaces et de leurs éléments constitutifs. À mesure que le gouvernement provincial progresse dans ses démarches pour déterminer quels sont les programmes d'ASA qui seraient les plus adaptés aux écoles ontariennes, il peut servir de point de départ pour discerner ceux d'entre eux qui peuvent être le plus bénéfiques pour la santé mentale des enfants et des jeunes de la province.

Bibliographie

Blank, L., Baxter, S., Goyder, E., Naylor, P., Guillaume, L., Wilkinson, A., Hummel, S., Chilcott, J. (2010). Promoting well-being by changing behaviour: A systematic review and narrative synthesis of the effectiveness of whole secondary school behavioural interventions. *Mental Health Review Journal*, 15(2), 43-53.

Chilton, R., Pearson, M., & Anderson, R. (2015). Health promotion in schools: a scoping review of systematic reviews. *Health Education*, 115(3/4), 357-376.

Clarke et coll. (2015). What works in enhancing social and emotional skills development during childhood and adolescence? WHO Collaborating Centre for Health Promotion Research, National University of Ireland Galway.

Diekstra, R. F., & Gravesteyn, C. (2008). Effectiveness of school-based social and emotional education programmes worldwide. *Social and emotional education : An international analysis*, 255-312.

Durlak, J., Weissberg, R., Dymnicki, A., Taylor, R., & Schellinger, K. (2011). The Impact of Enhancing Students' Social and Emotional Learning: A Meta-Analysis of School-Based Universal Interventions. *Child Development*, 82(1), 405-432.

Elias, M., Zins, J., Weissberg, R., Frey, K., Greenberg, M., Haynes, N., Kessler, R., Schwab-Stone, M., & Shriver, T. (1997). Promoting Social and Emotional Learning: Guidelines for Educators. Alexandria, Virginia: Association for Supervision and Curriculum Development.

Équipe d'appui pour la santé mentale dans les écoles. (2016). Site Web – À propos de nous. Repéré à <http://smh-assist.ca/a-propos-de-nous/?lang=fr>

Felver, J. C., Celis-de Hoyos, C. E., Tezanos, K., & Singh, N. N. (2016). A systematic review of mindfulness-based interventions for youth in school settings. *Mindfulness*, 7(1), 34-45.

Gouvernement du Canada. (2006). Aspect humain de la santé mentale et de la maladie mentale au Canada. 2006. Ottawa. Repéré à http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/human-humain06/pdf/human_face_f.pdf

Guyn Cooper Research Associates. (2013). Issue Brief : Social and Emotional Learning in Canada. Commissioned by the Carthy Foundation and Max Bell Foundation. Repéré à <http://www.maxbell.org/sites/default/files/SELIssueBrief.pdf>

Higgins, E. & O'Sullivan, S. (2015). « What Works » : Systematic review of the "FRIENDS for Life" programme as a universal school-based intervention programme for the prevention of child and youth anxiety. *Educational Psychology in Practice*, 31(4), 424-438.

Kidger, J., Araya, R., Donovan, J., & Gunnell, D. (2012). The Effect of the School Environment on the Emotional Health of Adolescents: A Systematic Review. *Pediatrics*, 129, 1-25.

Kraag, G., Zeegers, M., Kok, G., Hosman, C., & Abu-Saad, H. (2006). School programs targeting stress management in children and adolescents: A meta-analysis. *Journal of School Psychology*, 44, 449-472.

Langer, Á. I., Ulloa, V. G., Cangas, A. J., Rojas, G., & Krause, M. (2015). Mindfulness-based interventions in secondary education : a qualitative systematic review/Intervenciones basadas en mindfulness en educación secundaria: una revisión sistemática cualitativa. *Estudios de Psicología*, 36(3), 533-570.

Manion, Ian; Short, Kathy H; Ferguson, Bruce. (2013). A snapshot of school-based mental health and substance abuse in Canada: Where we are and where it leads us. *Canadian Journal of School Psychology*, 28(1), 119-135.

O'Mara, L., & Lind, C. (2013). What do we know about school mental health promotion programmes for children and youth? *Advances in School Mental Health Promotion*, 6(3), 203-224.

Payton et coll. (2008). The Positive Impact of Social and Emotional Learning for Kindergarten to Eighth-Grade Students. CASAL

Sarcassani, F., Pintus, E., Holte, A., Paulus, P., Moro, M., Cossu, G., Angermeyer, M., Carta, M. & Lindert, J. (2015). Enhancing the Emotional and Social Skills of the Youth to Promote their Wellbeing and Positive Development: A Systematic Review of Universal School-Based Randomized Control Trials. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, 11, (Suppl 1 : M2), 21-40.

Schachter, H., Girardi, A., Ly, M., Lacroix, D., Lumb, A., van Berkom, J. & Gill, R. (2008). Effects of school-based interventions on mental health stigmatization: a systematic review. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 18(2).

Sklad, M., Dieskstra, R., De Ritter, M., & Ben, J. (2012). Effectiveness of School-Based Universal Social, Emotional, and Behavioral Programs: Do they enhance students' development in the area of skill, behavior and adjustment? *Psychology in the Schools*, 49.

Stewart, D. & Wang, D. (2012). Building resilience through school-based health promotion: a systematic review. *International Journal of Mental Health Promotion*, 14(4), 207-218

Stockings, E., Degenhardt, L., Dobbins, T., Lee, Y., Erskine, H., Whiteford, H., & Patton, G. (2015). Preventing depression and anxiety in young people: a review of the joint efficacy of universal, selective and indicated prevention. *Psychological Medicine*, 46, 11-26.

Waters, L. (2011). A Review of School-Based Positive Psychology Interventions. *The Australian Educational and Developmental Psychologist*, 28(2), 75-90.

Weare, K. & Nind, M. (2011). Mental health promotion and problem prevention in schools: what does the evidence say? *Health Promotion International*, 26(S1), i29-i69.

Zenner, C., Herrnleben-Kurz, S., & Walach, H. (2014). Mindfulness-based interventions in schools—a systematic review and meta-analysis. *Frontiers in psychology*, 5, 603.