

Les compétences psychosociales : enjeux, définitions et perspectives

Introduction

Bienvenue et merci au comité d'organisation pour cette 4^{ème} journée de travail départementale de l'éducation thérapeutique, dédiée aux compétences psychosociales (CPS). Prendre un temps de réflexion dans notre monde ultra individualiste et ultra connecté pour échanger sur les compétences psychosociales témoigne de votre volonté de soutenir d'humanité nos soins par l'éducation thérapeutique. Compétences psychosociales... même si à CARMEL, un nouveau programme leur est consacré, ce sujet soulève beaucoup de questions et j'espère vous aider à en partager quelques-unes. Notre rencontre aujourd'hui nous permettra sans doute d'éclairer et peut-être d'éclaircir nos interrogations, peut-être par d'autres questions, d'échanger, de « frotter notre cervelle contre celle d'autrui », comme le disait Montaigne, et de permettre à chacun de repartir avec les idées plus claires et des éléments utiles pour sa pratique.

De quoi parle-t-on ?

Le terme « CPS » est un acronyme, un acronyme qui comme tout acronyme, peut prêter à confusion, notamment avec la Carte Professionnelle de Santé, la CPS. Ici, il s'agit bien des Compétences Psychosociales, essentielles dans le champ de la santé et de l'éducation thérapeutique du patient (ETP). Pour éviter toute ambiguïté, oubliez les acronymes et privilégiez la clarté du langage.

Alors... Compétence Psychosociale... Tout commence par la notion de compétence...

La notion de compétence

La compétence, selon le Petit Robert, renvoie d'abord à une aptitude reconnue légalement à une autorité publique de faire tel ou tel acte dans des conditions déterminées (compétence d'un préfet, d'un maire, une affaire de la compétence du juge...) (1596), puis à une connaissance approfondie qui confère le droit de juger ou de décider (1690). Dans notre domaine de la santé, cela explique les difficultés de certains à envisager un patient compétent, capable de prendre des décisions dans un univers traditionnellement réservé aux professionnels, qui ont appris ces connaissances approfondies sur les maladies qui influent sur notre état de santé. Mais Philippe Barrier, philosophe et diabétique de type 1, nous interroge : « *Qui peut légitimement valider ma capacité de juger, de décider en la matière ?* » L'expert ne se définit pas seulement par son savoir, mais aussi par son savoir-faire et son savoir-être, évalués à travers les résultats obtenus.

L'étymologie du mot « compétence », du latin *competere*, nous donne d'autres indices : *competere* signifie « être convenable » et « être apte ». Être compétent, c'est donc soit posséder des

connaissances conformes à un référentiel qui permet au soignant d'être qualifié, soit être apte à acquérir de nouvelles connaissances, de nouveaux savoirs, ouvrant ainsi la voie pour le soignant à l'accompagnement du patient dans ses apprentissages.

Le premier sens « être convenable » impose une vision statique par des référentiels externes au sujet : la compétence est évaluée selon des référentiels. C'est une forme de normalisation des qualités d'une personne par des compétences obéissant à un standard, et donc les compétences sont évaluées par le soignant selon son référentiel. **Le second sens, « être apte à »**, invite à une vision dynamique, une démarche de normativité où le patient devient acteur de ses apprentissages, cherchant à acquérir ou améliorer les compétences nécessaires à sa santé, avec l'aide du soignant. Un sens où la compétence du patient ne se mesure pas à l'observance, à son obéissance, mais à sa capacité à s'approprier les outils utiles à sa santé, ce que Philippe Barrier nomme « l'autonormativité du patient chronique ».

Qu'en disent nos instances de référence ?

L'Organisation Mondiale de la Santé, dans sa définition de l'ETP (1998), parle des « *abilities* », des aptitudes, des capacités, de ce que vous pouvez faire,... mais « *abilities* », a été traduit par « compétences », traduction utilisable pour l'école, alors ETP... ? L'ETP serait-elle l'École Thérapeutique du Patient ? Pour l'OMS, il s'agit de permettre aux patients d'acquérir et de conserver les compétences nécessaires pour vivre au mieux avec leur maladie.

Notre **Code de Santé Publique** après la loi sur l'éducation thérapeutique en 2009, met l'accent sur les compétences des soignants qui sont définies par décret.

Enfin la **Haute Autorité de Santé** considère les compétences comme la base de la démarche éducative, et pour terminer avec ses références, Jérôme Foucaud, chercheur à l'**Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES)**, dit que la compétence est « un 'savoir-agir' orienté vers une finalité précise dans une situation donnée. »

Qu'en disent les patients et les médecins ?

Pour **Marie Dominique Leborgne**, représentante de l'association nationale de patients « Asthme et allergies », la finalité de l'éducation thérapeutique est le progrès dans le quotidien, face à l'impact de la maladie, notamment sur le plan psychologique. Pour elle, il ne s'agit pas seulement d'acquérir des savoirs et des compétences, ... mais de répondre aux interrogations profondes des malades.

Jean-Daniel Lalau, professeur de nutrition, dans son ouvrage récent « L'éducation thérapeutique, former, se former » qu'il m'a demandé de préfacier, préfère le terme de « capacité » ou de « capabilité », au sens de ce qui cherche à s'exercer : pouvoir dire, pouvoir faire, pouvoir être. « *Puisse chacun se dire 'je peux'* ». Ce « je peux », que d'autres appellent *empowerment*, nous permet de passer des compétences à leur dimension psychosociale.

Psychosocial : de quoi parle-t-on ?

Psychosocial, « qui se rapporte à la psychologie humaine dans la vie sociale » dit Le Robert. Le terme « psychosocial » me paraît confus, il mêle psychologie et sociologie, état psychique et situation sociale, l'influence de l'un sur l'autre. Il concerne tout autant les professionnels que les patients, chacun influençant les compétences de l'autre. Cet amalgame sémantique, psychosocial, ne doit pas nous conduire à confondre la vie psychique et la vie sociale, car on peut avoir une vie sociale très active et pourtant être en difficulté psychologique, comme on peut avoir un état psychique parfaitement équilibré et de grosses difficultés sociales. Pour autant, on peut améliorer la vie psychique en résolvant des problèmes sociaux, comme on peut améliorer la vie sociale en améliorant l'équilibre psychologique.

Pourquoi parler des compétences psychosociales ?

Avec les soins techniques, mais au-delà, le soin relationnel est essentiel : prendre soin de la relation avec soi, avec les autres, avec le monde. Dans le domaine de la santé, les compétences psychosociales renvoient aux conditions de possibilités permettant de développer des capacités à se former et à se transformer, mentalement et socialement, pour être en meilleure santé.

L'OMS, dans son programme de santé mentale (1993), définit les compétences psychosociales comme des « *life skills* » : des capacités d'adaptation et de comportement positif, permettant de faire face aux exigences de la vie quotidienne. Ces compétences sont innombrables et varient selon les cultures, mais un socle commun d'une dizaine de compétences identifiées se dégage :

- Prise de décision
- Résolution de problèmes
- Pensée créative
- Pensée critique
- Communication efficace
- Compétences en relations interpersonnelles
- Conscience de soi
- Empathie
- Gestion des émotions
- Gestion du stress

La promotion de ces compétences s'inscrivait dans une démarche de prévention primaire, visant à adopter des comportements favorables au bien-être et à la santé, notamment chez les jeunes. Pour les adultes, elles concernent la communication, l'empathie, la résolution de problèmes, la gestion des émotions et du stress.

En ETP, où nous faisons de la prévention secondaire, la maladie est déclarée, il faut la stabiliser et éviter qu'elle n'évolue et se complique. Ces compétences déterminent la capacité à répondre efficacement aux exigences de la vie quotidienne avec une maladie chronique, sur la base d'une évaluation des besoins individuels faites par les patients eux-mêmes dans 3 domaines.

Trois domaines de compétences

1. Compétences émotionnelles : gestion des émotions

2. Compétences sociales : relations avec autrui (communication, coopération, assertivité...)
3. Compétences cognitives : réflexion et prise de décision (esprit critique, créativité...)

Ces compétences visent à développer le bien-être, la réussite, les relations et l'adaptation aux changements. Mais elles me semblent s'approcher dangereusement de la mode du développement personnel ; développement personnel qui soutient le développement de l'individualisme, qui laisse de côté la réflexion sur notre vulnérabilité, et envahit les rayons des librairies avec des livres de recette de bien être, de santé, de performance. Alors ceux qui ne parviennent pas au bonheur idéal, à la performance optimale, malgré les bons livres et le coaching, sont aux mieux frustrés, au pire culpabilisés. Le développement personnel fait la promotion de méthodes miracles, laissant penser que santé idéale, bonheur et performance sont les finalités d'une vie réussie. « Si tu veux, tu peux, si tu n'y arrives pas, c'est que tu manques de volonté »... ou de compétences psychosociales... pour une vie utopique où tout ne serait que positif, prévisible, maîtrisable, et quel que soit le contexte ou la maladie.

Pourtant, la nature des compétences de vie dépend bien des contextes culturels et sociaux. Par exemple dans certaines sociétés, le contact visuel peut être encouragé chez les garçons pour une communication efficace, mais pas chez les filles. L'éducation aux compétences de vie doit donc être déclinée en fonction du contexte, mais leur pertinence est universelle.

Laisser place à l'imprévisible

Alors même si nous développons nos compétences psychosociales pour mieux maîtriser ce qui nous arrive, laissons la place à l'imprévisible, à l'irrationnel, à la créativité. L'expérience menée récemment à CARMEL d'une réunion animée un samedi par des personnes diabétiques de type 1 de tous âges, a montré l'importance et l'efficacité du dialogue pour aborder des sujets sensibles comme l'exclusion sociale que provoque la maladie.

Conclusion

Améliorons nos compétences psychosociales, mais par la pensée critique et créative, pour les professionnels, pour les patients et leur entourage. Et puis des compétences, ... mais pas seulement... La technique ne résout pas tout. Le professionnel doit apprendre à utiliser les outils, ses compétences, mais doit comprendre que la maîtrise de ses compétences même si elles sont psychosociales ne suffisent pas à engager une relation constructive avec le malade indissociable de la démarche d'éducation thérapeutique. Pourquoi ?

Parce qu'entre le savoir des uns et l'expérience des autres, l'éducation thérapeutique tisse entre nous soignants, entre vous et les patients, entre les patients, l'éducation thérapeutique tisse un lien, une relation, une relation qui ne sera thérapeutique que si les compétences des uns permettent aux compétences des autres de s'épanouir, en respectant les valeurs de chacun.

Très bonne journée de travail à tous.