

6^{ème} rencontre annuelle des acteurs de la promotion de la santé de Haute- Normandie

Rouen – vendredi 12 décembre 2014

LES COMPÉTENCES PSYCHOSOCIALES : QUESTIONS ETHIQUES ET ENJEUX DE POUVOIR

Christine FERRON, Instance Régionale
d'Education et de Promotion de la santé
de Bretagne



Les termes du débat éthique autour 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.

(OMS, Division de la santé mentale et de la prévention des toxicomanies – 1993)

Les termes du débat éthique autour des compétences psychosociales

- « C'est l'aptitude **d'une personne** à maintenir un état de **bien-être mental**, en adoptant un **comportement approprié et positif** à l'occasion des relations entretenues avec les autres, sa propre culture et son environnement. »

(OMS, Division de la santé mentale et de la prévention des toxicomanies – 1993)

Un concept controversé...

- *Individu ou système ?*
- *Développement de compétences ou normalisation ?*
- *Accroissement ou réduction des inégalités sociales de santé ?*

Individu ou système ?

Les 10 compétences psychosociales (OMS)

Savoir résoudre les problèmes

Savoir prendre les 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 pour les autres

Savoir gérer son stress

Savoir gérer ses émotions

Formulées comme
des attributs
individuels

Tenir compte des systèmes

⇒ **Développer des compétences en**
faisant en sorte de **modifier**
également les systèmes (relations
entre pairs, relations entre
enfants/adolescents et adultes,
environnement scolaire,
environnement social au sens large)

Développement de compétences ou normalisation ?

- « 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*)...

Atelier entre acteurs

Lyon, mars 2013

- « Echanges autour de la notion de "colère".
- La reconnaissance de la colère peut aussi être moteur de **contestation** politique, notamment face à des **situations d'injustice avérées.** »

« Plaidoyer pour un sujet incompetent » (P. Lecorps)

- Qui oppose « ... l'individu **autonome** que la science pédagogique va permettre de construire au travers du développement de ses compétences au « sujet » **incompétent** qui va vivre les complexités de son rapport à lui-même et aux autres en assumant la cruauté de son être au monde. »
- Le « **genre idéal** »...

“Homo estimus” (A. Du Bus)

- « L'estime de soi ne charrie-t-elle pas une nouvelle forme de **pensée unique** derrière laquelle se masque le modèle idéal d'un nouvel **homo estimus**, sûr de lui, confiant dans ses capacités, sachant dire oui, osant dire non, se valorisant à suffisance **au risque de se fracasser l'encensoir sur le crâne**, représentant par là **une sorte d'antidote du manque ou du déséquilibre** ».

“Homo estimus” (A. Du Bus)

- « Le manque de confiance en soi ne peut-il pas se révéler être aussi **un moteur puissant, un levier, une source d'énergie**, et libérer aussi une **pensée créatrice** ? »

Les désirs et la raison...

- « De manière générale, nous aurons tendance à dire que si nous fumons, si nous buvons trop, si nous n'arrivons pas à travailler, à étudier, à faire de la gymnastique, etc., c'est à cause de ce qui, venant pourtant de l'intérieur de nous-mêmes, est « **plus fort que moi** » »
(*M. Benasayag & A. Del Rey*)
- « On ne se débarrasse pas d'un comportement comme d'un vêtement quand il fait trop chaud »... (*P. Lecorps*)

La place du sujet

- Un sujet souvent « **en conflit avec lui-même**, vivant les difficultés de son parcours de vie, son rapport ambivalent aux risques, les paradoxes continus de la jouissance qui le comble et à la fois le détruit ». (*P. Lecorps*)
- Entre les « *deux bornes de l'injonction totalitaire et de l'abandon* », il y a une place pour **un accompagnement des personnes**

« L'éducation pour la santé...

- **...est un acte d'accompagnement de l'homme pris dans ses trois dimensions** : de sujet individuel désirant et contradictoire, de sujet inséré dans une culture qui le modèle et le contraint, de sujet politique collectivement responsable et à la fois dépossédé des choix de société qui conditionnent la qualité de la vie. »

(Ph. Lecorps, « Une problématique de l'éducation pour la santé », CYES, 1989).

« L'éducation pour la santé a pour finalité de...

- « **fournir aux individus les moyens affectifs et cognitifs** de s'informer, de connaître, de comprendre la santé et ses enjeux, de clarifier leurs croyances et leurs valeurs personnelles et culturelles, de développer leur estime de soi et des autres, de s'entraîner à la responsabilité et à la décision, et de s'engager dans des projets communautaires.
- C'est **un projet global, ambitieux**, dont la santé n'est qu'un aspect : celui de la liberté, de la démocratie, de l'autonomie... Ce projet est un **projet éthique**. »

(M. Demarteau, Évaluer : une question d'éthique. La Santé de l'Homme ; 2000)

Qu'attend-on de l'éducateur pour la santé dans le cadre de ce projet éthique ?

« On n'attend pas de l'éducateur qu'il dise les règles du bien vivre, car il ne les a pas (par exemple, les conditions qui mèneraient au bonheur) » (*P Lecorps*). On attend de lui :

- Qu'il se pose en « *adulte entraîné moins à donner des réponses qu'à **problématiser les questions*** » ;
- Qu'il soit capable de débattre et de problématiser les sujets abordés **pour lui-même autant que pour les autres** ;
- **Qu'il ne s'exclue pas** de la question qu'il pose ;
- Qu'il ouvre les choses de la vie à l'espace **du questionnement, de l'analyse, du dialogue, de la confrontation** ;
- Qu'il **analyse les représentations** des uns et des autres ;
- Qu'il reconnaisse au sujet « *sa position d'auteur de sa vie et se place en position **d'appui, d'auxiliaire*** » ;
- Qu'il aide les personnes à **échapper à la fatalité ou la sidération** pour « *s'ouvrir à la construction d'une vie possible, avec les limites qu'il s'agit d'affronter* ».

Eviter la normalisation des comportements

- ⇒ Développer les aptitudes des personnes **en partant de leurs besoins, de leur demande, de leurs attentes et aspirations**
- ⇒ Permettre une **vraie participation** : associer les personnes à la définition des priorités, des objectifs, des thématiques, et à l'évaluation de l'action

Accroître ou réduire les ISS

Définition des compétences psychosociales

« Capacité d'une personne à répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne. C'est l'aptitude d'une personne à maintenir un état de bien-être mental, en adoptant un comportement approprié et positif à l'occasion des relations entretenues avec les autres, sa propre culture et son environnement. »

Mais l'expérience de ces épreuves est-elle la même pour tout le monde ?

(OMS, 1993)

Le développement des CPS comme outil de réduction des inégalités

- Le développement des compétences psychosociales doit donc s'inscrire dans une **stratégie globale de réduction des inégalités sociales de santé**

Le développement des CPS comme outil de réduction des inégalités

- Agir sur le **gradient social** de ces inégalités en appliquant le principe de **l'universalisme proportionné**
 - Des actions sur l'ensemble de la population
 - Combinées à des actions spécifiques avec les populations les plus défavorisées

Resituer les compétences psychosociales

⇒ Dans une perspective de
promotion de la santé

Les CPS dans la Charte d'Ottawa

1. Promouvoir des politiques publiques favorables à la santé
2. Créer des environnements favorables à la santé et soutenant
3. Soutenir la participation effective des individus et des communautés à la définition des priorités, à la prise de décision et à la réalisation des actions.
4. Favoriser la réorientation des services de santé, dans le sens d'une plus grande prise en compte des besoins des populations qu'ils servent.
5. Développer les **aptitudes personnelles**

Des aptitudes permettant aux personnes et aux groupes de s'investir dans les quatre autres axes de la promotion de la santé

- C'est-à-dire, des aptitudes qui leur permettent
 - **D'interpeller les politiques**
 - **D'améliorer leur cadre de vie**
 - **De s'exprimer dans le débat public**
 - **De faire évoluer le système de soins**

La finalité de l'éducation pour la santé

- « donner à chaque citoyen **l'aptitude à participer au débat sur sa santé et sa qualité de vie et les déterminants de celle-ci**, sur les mesures prises pour assurer sa santé et son bien-être, sur les politiques locales ou institutionnelles de santé », enfin, « lui permettre d'être **l'acteur de la démocratie sanitaire** ».

(Deschamps JP. Porter un regard nouveau sur l'éducation pour la santé, Environnement et santé publique ; 1984)

Le grand enjeu de l'éducation pour la santé

- « développer une éducation pour la santé dont l'objectif n'est pas de parler au public de sa santé, mais de lui donner **l'aptitude à parler de sa santé et des éléments qui la contraignent ou la favorisent**, des choix à faire, des décisions à prendre, de l'autonomie et de la justice sociale »

(JP Deschamps)

La Charte d'Ottawa

1. Promouvoir des **politiques** publiques favorables à la santé
2. Créer des **environnements** favorables à la santé et soutenant
3. Soutenir la **participation** effective des individus et des communautés à la définition des priorités, à la prise de décision et à la réalisation des actions.
4. Favoriser la réorientation des **services de santé**, dans le sens d'une plus grande prise en compte des besoins des populations qu'ils servent.
5. Développer les **aptitudes** personnelles

Agir en promotion de la santé pour développer ces compétences

- Se situer au cœur d'un processus de partage du pouvoir entre les personnes, les groupes, les professionnels et les institutions

Les niveaux d'inégalités sociales

(Wallerstein N (2006). What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health ? Copenhagen, WHO Regional Office for Europe)

- **Premier niveau =**

« L'existence de barrières formelles ou informelles entre les individus ou les communautés d'une part, et les institutions ou les gouvernements d'autre part ».

Ces barrières empêchent les premiers de se sentir aptes ou légitimes à interpeller directement les seconds.

Les niveaux d'inégalités sociales

(Wallerstein N (2006). What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health ? Copenhagen, WHO Regional Office for Europe)

- **Deuxième niveau =**

« Un contrôle inégalitaire des ressources (matérielles, humaines, financières) ».

Le pouvoir sur les individus ou les communautés s'exerce *« au travers d'un contrôle direct ou indirect de leur accès à l'éducation, à l'emploi et à de bonnes conditions de vie, ou au moyen de systèmes politico-économiques favorisant les intérêts de certaines catégories de personnes ».*

Les niveaux d'inégalités sociales

(Wallerstein N (2006). What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health ? Copenhagen, WHO Regional Office for Europe)

- **Troisième niveau =**

« Un contrôle idéologique (valeurs, attitudes, croyances) » qui agit en profondeur pour exclure des individus et des communautés des réseaux d'influence sociale », et « aussi de manière insidieuse, en plongeant les personnes dans une passivité qui les conduit à restreindre d'elles-mêmes leur capacité d'agir ».

Ce contrôle idéologique s'inscrit dans « un maillage de discours et de pratiques existant dans les institutions, les communautés et les familles », et se concrétise par « des actions impactant très fortement les relations sociales ».

(ethnie, genre, caste ou classe sociale, âge, statut sur le plan de la santé...)

L'empowerment : une stratégie globale

- L'empowerment psychologique ou individuel
- L'empowerment communautaire
- L'empowerment organisationnel

L'empowerment psychologique ou individuel

- Développer chez les personnes **les compétences**, **l'estime de soi**, **la confiance en soi**, **la conscience critique**, **la capacité de prise d'initiative**, **la motivation à l'action sociale**
- « Processus proactif centré sur **les forces**, **les droits et les habiletés** des individus, plutôt que sur leurs déficits ou leurs besoins »

(Weiss ES, Anderson RM, Lasker RD. Making the most of collaboration: exploring the relationship between partnership synergy and partnership functioning. Health Education & Behavior, 2002).

L'empowerment communautaire

- Développer chez les membres de la communauté la **capacité à s'entraider pour changer leurs conditions de vie**, ce qui suppose le développement d'attitudes et de valeurs qui fondent le « *sens de la communauté* » des individus, le développement des connaissances et **habiletés** de la communauté ou de ses membres, le soutien au développement des **organisations locales**, et enfin, l'émergence d'un **leadership** au sein de la communauté, qui offre aux personnes et aux organisations locales l'opportunité d'exercer leur initiative sur le plan communautaire

(Lackey, A.S., R. Burke, & M. Peterson. 1987. Healthy communities: The goal of community development, Journal of the Community Development Society).

L'empowerment organisationnel

- Développer la capacité d'une organisation sociale et politique à rassembler les efforts de chacun pour promouvoir le changement.

Wallerstein N (2006). What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health ? Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network report, 2009)

Promouvoir la santé par le développement des compétences des personnes à exercer leur pouvoir d'agir

- **Bousculer** un ordre établi
- Rééquilibrer et **partager** des pouvoirs
- Repenser en profondeur **les rôles et les places**
- Soutenir et mettre en œuvre des projets fondés sur la **confiance** en la capacité des personnes et des groupes, à décider de leur vie et de leur santé

En conclusion...

- Une démarche éducative centrée sur **une vision positive et globale** de la santé, et visant **l'accroissement du pouvoir des personnes et des communautés** sur leur santé et leur qualité de vie
- **Un risque** de stigmatisation et de normalisation

« Toutes les politiques et tous les programmes de santé publique devraient être considérés comme **discriminatoires**, jusqu'à preuve du contraire »

(J. Mann, Congrès de la Société Française de Santé Publique : "La Santé Publique demain", 1998)

« S'engager dans la promotion de la santé...

... c'est croire qu'il y a des souffrances et des morts évitables et organiser son action dans deux directions : **une démarche politique** visant à créer les conditions d'un vivre ensemble plus juste et **une démarche d'accompagnement** des sujets singuliers, comme aide à l'élaboration d'un vivre au monde possible. »

(Ph. Lecorps, J-B. Paturet, 1999)

« L'Etat trahit sa mission s'il s'en prend uniquement aux comportements [ou aux compétences] individuels. Il est pleinement dans son rôle en revanche lorsqu'il construit les conditions du possible pour que la santé des sujets puisse se déployer.

Se retrancher derrière la responsabilité du sujet revient, de la part de l'Etat, à abandonner sa propre responsabilité, qui est exclusivement et par essence de nature politique ».

(Ph. Lecorps, J-B. Paturet, Santé publique, du biopouvoir à la démocratie, ENSP éd. 1999)

⇒ Nécessité d'inscrire le développement des compétences psychosociales des populations dans une stratégie globale de promotion de la santé.

Merci (beaucoup !)

de votre attention