



HAL
open science

Les compétences psychosociales en éducation thérapeutique du patient : des enjeux pour la pratique du psychologue

David Fonte, Marie Claude Lagouanelle-Simeoni, Thémis Apostolidis

► To cite this version:

David Fonte, Marie Claude Lagouanelle-Simeoni, Thémis Apostolidis. Les compétences psychosociales en éducation thérapeutique du patient : des enjeux pour la pratique du psychologue. *Pratiques Psychologiques*, 2017, 23 (4), pp.417-435. 10.1016/j.prps.2017.01.005 . hal-01623037

HAL Id: hal-01623037

<https://hal.science/hal-01623037>

Submitted on 22 Oct 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Pratiques Psychologiques / 2017, doi:10.1016/j.prps.2017.01.005

Les compétences psychosociales en éducation thérapeutique du patient : des enjeux pour la pratique du psychologue

David Fonte¹, Marie-Claude Lagouanelle-Simeoni^{1,2} & Thémis Apostolidis¹

¹ Aix Marseille Université, LPS EA 849, 13621, Aix-en-Provence, France

² APHM, Hôpital Conception, Service d'évaluation médicale, 13385, Marseille, France

RÉSUMÉ – L'article questionne la notion de compétence psychosociale en éducation thérapeutique du patient ainsi que les enjeux associés pour la pratique du psychologue. Ce travail est illustré par une réflexion théorique et méthodologique permettant de mieux répondre à un objectif essentiel de ce champs d'intervention, à savoir : renforcer et évaluer les compétences psychosociales des patients pour les aider à mieux s'adapter à leur pathologie chronique. Le cas d'une patiente est exposé dans le but d'illustrer le rôle du psychologue face à cet objectif éducatif. Une réflexion éthique et déontologique conclut sur son positionnement professionnel dans ce contexte de prise en charge qui présente des enjeux idéologiques et normatifs.

Mots-clés : psychologue / éducation thérapeutique / compétences psychosociales / maladies chroniques

ABSTRACT – The article questions the notion of psychosocial skill in therapeutic patient education and associated issues for psychologists' practice. This work is illustrated with a theoretical and methodological reflection to better meet a fundamental objective of this field of intervention: to strengthen and evaluate psychosocial skills of patients and help them better adapt to their chronic disease. The case of a patient is exposed in order to illustrate the role of the psychologist faced to this educative purpose. With an ethical and deontological reflection, we conclude on its professional positioning in this care context that presents ideological and normative issues.

Keyword: psychologist / patient education / psychosocial skills / chronic disease

1. Introduction

L'éducation thérapeutique du patient (ETP) est considérée comme une pratique essentielle dans le domaine de la prise en charge des pathologies chroniques. Elle vise à renforcer les compétences que les patients nécessitent pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique (WHO, 1998). La législation française inscrit ce champ interventionnel dans le parcours de soins du patient dans l'objectif de le rendre plus autonome, en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie (Loi HPST n° 2009-879 du 21 juillet 2009). Pour ce faire, le guide méthodologique HAS-INPES (2007) pour la structuration d'un programme d'ETP préconise deux registres de compétences à développer chez les patients : les compétences d'autosoin et les compétences psychosociales. Les premières renvoient à la compréhension et à la maîtrise des techniques de soins nécessaires à la gestion quotidienne de la maladie et des traitements associés. Les secondes ont pour fonction de soutenir l'acquisition des compétences d'autosoin et reposent sur le développement de l'autodétermination et de la capacité d'agir du patient. Ces dernières sont au cœur des politiques de prévention de l'Organisation Mondiale de la Santé depuis plusieurs années (voir WHO, 1997, 2003). Elles joueraient un rôle important dans la promotion de la santé et du bien-être, notamment lorsque des problèmes de santé sont liés aux capacités des individus à adopter des comportements permettant de répondre efficacement au stress et aux pressions de la vie quotidienne (WHO, 1994).

S'il est établi qu'il faut travailler sur les compétences psychosociales, cela n'est pas pour autant facilement réalisable pour les professionnels de santé développant l'ETP : le renforcement et l'évaluation des compétences d'autosoin correspondent davantage à leur champ disciplinaire et à leurs pratiques courantes, que les compétences psychosociales (e.g., travailler sur l'acceptation de la maladie et sur la confiance en soi pour amener le patient à

devenir acteur de sa santé). Ce travail est par ailleurs d'autant plus difficile à réaliser qu'à la notion de compétence psychosociale demeurent en suspens des questions conceptuelles, méthodologiques et opérationnelles (Fonte, Apostolidis, Lagouanelle-Simeoni, 2014). Encore aujourd'hui, ces compétences restent définies de façon peu précise et constituent un concept « fourre-tout » pour un certain nombre de professionnels. Les compétences psychosociales renvoient pourtant à un enjeu important pour l'ETP puisqu'elles sont censées aider les patients à mieux s'adapter à la maladie et aux traitements associés.

Dans ce contexte interventionnel qui préconise la constitution d'une équipe pluridisciplinaire (Arrêté JORF n°0126 du 2 juin 2013), il nous semble légitime et nécessaire de questionner la place et le rôle du psychologue face à la problématique des compétences psychosociales. Ce débat demeure peu abordé dans la littérature francophone, et la profession, peu représentée sur le terrain. En effet, rares sont les auteurs qui ont pu faire part de la manière dont ils investissent ce champ en tant que psychologues (tels que par exemple Idier et al., 2013 ; Léger et al., 2012 ; Grimault, 2010). Ces expériences de terrain soulignent l'intérêt du psychologue dans les différentes étapes de la démarche éducative. Son implication ne se limite pas seulement aux activités cliniques auprès des patients, telles que la participation aux diagnostics éducatifs et à l'animation d'ateliers psychosociaux. Il dispose également, de par ses connaissances scientifiques en psychologie, d'un rôle institutionnel essentiel dans l'accompagnement des professionnels et de leur pratique quotidienne. Par exemple en aidant l'équipe à la conception, la mise en œuvre et l'évaluation de programmes d'ETP qui répondent plus efficacement aux besoins des patients. Ou bien encore en amenant les professionnels à prendre le recul nécessaire pour questionner leur rôle et le sens de leur pratique afin de trouver leur juste place dans la relation patient-soignant. Autrement dit, le statut du psychologue n'est pas réductible à celui d'un technicien ou d'un auxiliaire au service d'un programme préconstruit par les professionnels de santé. Disposant d'un rôle qui lui est propre, celui-ci représente bien

au contraire un acteur incontournable pour le développement de l'ETP. Pourtant, le rôle spécifique du psychologue dans l'évaluation et le renforcement des compétences psychosociales demeure insuffisamment discuté malgré la centralité de cet objectif éducatif. Le travail d'accompagnement que nous réalisons auprès de plusieurs équipes éducatives dans la conception et la mise en place de dispositifs d'évaluation des compétences psychosociales nous amène à proposer de nouveaux éclairages sur ces questions.

L'objectif de cet article vise à questionner la notion de compétence psychosociale ainsi que les enjeux associés pour la pratique du psychologue dans le contexte de l'ETP. Plus précisément, nous illustrons ce travail à partir d'une réflexion théorique et méthodologique qui se fonde sur les apports de la psychologie sociale de la santé (Morin et Apostolidis, 2002) afin de mieux comprendre la façon dont le psychologue peut travailler sur les compétences psychosociales. Le cas d'une patiente est exposé afin d'illustrer concrètement son rôle ainsi que de discuter certains questionnements liés à son positionnement éthique et déontologique dans le contexte de l'ETP.

2. De quoi parle-t-on lorsque l'on parle de compétence psychosociale ?

Les compétences psychosociales dans le contexte de l'ETP renvoient à une notion polysémique et polymorphe. La littérature recouvre une pluralité de termes pour définir cette notion et présente une liste variée de caractéristiques psychologiques et comportementales en guise de définition. Peu conceptualisées, les définitions proposées ne font pas toujours appel à des références issues de Sciences Humaines et Sociales. Pourtant, la notion de compétence psychosociale s'est développée dans le domaine de la psychologie et la question de son opérationnalisation a toujours constitué une préoccupation pour ses chercheurs (Argyle, 1994).

2.1. Des compétences d'action acquises et mobilisées dans la relation à autrui

D'une manière générale, la compétence peut se définir comme une mobilisation dans l'action de certains savoirs en fonction de la perception de la situation (savoir-agir) ; elle est distinguée de la capacité (savoir, savoir-faire, savoir-être), qui relève d'une compétence décontextualisée ou d'une potentialité d'action, mais également de la performance, qui constitue le résultat de la compétence mobilisée et qui fait l'objet d'une évaluation sociale (Wittorski, 1998). La notion de compétence ne peut donc être pensée sans se rapporter à celles de capacité et de performance sociale.

Les compétences psychosociales, plus spécifiquement, peuvent être définies comme des *patterns* de comportement social qui amènent les individus à devenir socialement compétents, c'est-à-dire capables d'atteindre les buts poursuivis en produisant les effets désirés sur soi-même et sur d'autres individus (Argyle, 1983, 1994). Selon le modèle associé à cette définition, un individu qui mobilise une compétence psychosociale commence par viser certains objectifs (e.g., un patient souhaite faire connaître à l'entourage ses difficultés relatives à la maladie), procède en vue de les atteindre par des réactions comportementales (e.g., ce patient entreprend une discussion avec son entourage sur ses difficultés), en perçoit les effets par *feedback* (e.g., il constate l'incompréhension de ses proches malgré sa tentative de communiquer ses difficultés) et corrige sa manière de procéder par de nouvelles réactions comportementales (e.g., il modifie sa manière de s'exprimer sur ses difficultés pour mieux se faire comprendre de son entourage ou il décide de se taire). L'intérêt de cette approche consiste surtout dans le fait que la compétence psychosociale est considérée comme un processus dynamique et relationnel : motivé par l'atteinte d'un objectif, le patient rectifie continuellement sa conduite en réaction à celle d'autrui en passant alternativement par des composantes affectives, cognitives et comportementales.

Pour Peyré (2000), le modèle d'Argyle permet de considérer les compétences psychosociales comme des compétences d'action particulièrement concernées par la représentation que les individus se font de leurs propres capacités. Plus précisément, l'auteur fait référence à la théorie sociale cognitive (Bandura, 2007) pour considérer l'acquisition et la mobilisation des compétences psychosociales en lien avec le sentiment d'efficacité personnelle. Ce dernier peut être défini comme « la croyance de l'individu en sa capacité d'organiser et d'exécuter la ligne de conduite requise pour produire les résultats souhaités » (Bandura, 2007, p. 12). Le sentiment d'efficacité personnelle est souvent pris en compte dans la conception des programmes d'ETP (Fonte, Apostolidis et Lagouanelle-Simeoni, 2014). Il influencerait la ligne de conduite des patients et la quantité d'énergie qu'ils investissent dans l'effort, leur persévérance et leurs réactions émotionnelles devant les obstacles ainsi que le degré de réussite. Autrement dit, ce sentiment permettrait aux patients de dépasser les difficultés liées à l'autogestion de la maladie pour favoriser l'autonomie du patient.

Le sentiment d'efficacité personnelle se développe au travers d'un apprentissage social qui régit l'acquisition de compétences et l'autorégulation de l'action. Cet apprentissage opère le plus souvent sur une base vicariante, c'est-à-dire par observation du comportement d'individus similaires à soi-même et des conséquences qui en résultent pour eux (e.g., regarder d'autres patients mobiliser des compétences d'autosoin et constater les effets positifs ou négatifs qui en résultent pour eux). Il opère notamment sur la base d'une communication interpersonnelle, dans le sens où la performance des individus serait sensible aux feed-back et aux commentaires manifestés par des personnes significatives (e.g., les commentaires des parents qui renforcent ou affaiblissent le sentiment de capacité à mobiliser des compétences d'autosoin).¹

1. Pour une présentation du sentiment d'efficacité personnelle appliqué au champ de la santé, voir Bandura (2004).

2.2. Des savoir-être socialement reconnus et valorisés

Pour Dolz et Ollagnier (2002), l'émergence de la notion de compétence est le signe d'un changement épistémologique contribuant à renforcer les conceptions cognitivistes de l'être humain. Cette notion renverrait en effet à l'idée de construction interne, au pouvoir et au vouloir dont disposerait l'individu en tant qu'acteur autonome. Pourtant, la compétence ne relève pas seulement d'une dimension individuelle et cognitive. Celle-ci est en permanence l'évaluation sociale d'une action, et à travers cette évaluation, l'appréciation des qualités de l'individu en rapport à une norme sociale (Hillau, 1994). La compétence dépendrait donc d'une appréciation sociale : on ne se déclare pas soi-même compétent (Wittorski, 1998). Un petit détour étymologique permet de constater que le terme de compétence intègre dès son origine la question de la reconnaissance sociale de l'individu compétent. La compétence provient du verbe latin *competere* (« appartenir à »), dont le sens premier renvoyait à l'aptitude légalement reconnue d'une instance ou de celle des personnes qu'elle mandate, à traiter d'une catégorie d'affaires juridiques ; du sens premier découle le second, qui renvoie à la maîtrise acquise dans un domaine d'activité donné par un individu, et lui donnant le droit de porter un jugement sur ce qui est produit (Gillet, 1998). Autrement dit, la compétence est attribuée à un individu socialement reconnu pour avoir une responsabilité et un pouvoir dans l'exercice de certains domaines.

Évoquant la compétence économique dans sa théorie du champ, Bourdieu souligne également la part socialement reconnue de la compétence : « loin d'être une simple capacité technique acquise dans certaines conditions, la compétence économique, comme toute compétence (linguistique, politique, etc.), est un pouvoir tacitement reconnu à ceux qui ont un pouvoir sur l'économie ou, le mot le dit [dans son étymologie], une sorte d'attribut statutaire »

(Bourdieu, 1980, p. 107). L'auteur suggère également, à travers la question de la compétence linguistique, que c'est avant tout l'attribution statutaire qui conduit à reconnaître la compétence : celle-ci « n'est pas une simple capacité technique mais une capacité statutaire qui s'accompagne le plus souvent de la capacité technique, ne serait-ce que parce qu'elle en commande l'acquisition par l'effet de l'assignation statutaire (“noblesse oblige”), à l'inverse de ce que croit la conscience commune, qui voit dans la capacité technique le fondement de la capacité statutaire » (Bourdieu, 1982, p. 64).

L'approche bourdieusienne de la compétence suggère le fait que c'est avant tout la nature statutaire du patient qui fonde son niveau de compétence, et non l'inverse. Plus précisément, le patient serait perçu comme compétent dès lors qu'il bénéficierait d'une reconnaissance sociale de son droit à avoir une responsabilité et un pouvoir d'action dans l'exercice de sa santé. La reconnaissance de ce statut de décideur ou d'acteur ne dépendrait pas seulement des textes législatifs et réglementaires de l'ETP qui définissent l'organisation des rôles propres à chacun des acteurs de la relation patient-soignant. Elle dépendrait notamment des choix théoriques, méthodologiques et pratiques qui contribuent ou non à légitimer l'expertise subjective du patient. De nombreux modèles en psychologie adoptent par exemple une posture d'expertise scientifique objective pour expliquer les causes des comportements de santé et ainsi servir les buts de la biomédecine (Santiago-Delefosse, 2002). Ce type d'approche potentialise ainsi l'établissement d'une relation de dépendance du patient l'égard de l'expertise du professionnel, c'est-à-dire une différence de statut ne favorisant pas la reconnaissance de ses compétences et de ses besoins.

2.3. Un processus de normalisation sociale des conduites du patient

Pour Bourdieu, l'usage social de la compétence diffère selon la position sociale des individus. Reconnaissance d'une légitimité dans l'exercice du pouvoir envers ceux qui disposent d'un statut social élevé (Bourdieu, 1980, 1982), la compétence deviendrait progressivement instrument de contrôle social à mesure que l'on descend dans la hiérarchie sociale (Bourdieu, 1989). Plus précisément, l'usage de la compétence pour définir et décrire les catégories d'individus à faible statut répondrait à un besoin d'obtenir des garanties à propos de ce que l'on attend d'elles, présupposant dans l'évaluation un processus de contrôle social. Autrement dit, la compétence pourrait également s'envisager comme une norme d'expression d'un groupe social qui définit les critères d'acceptabilité de ce qu'est une personne compétente dans le cadre d'un projet économique, politique ou idéologique (Brangier et Tarquinio, 1998).

Dans cette optique, l'hypothèse du pouvoir disciplinaire chez Foucault constitue une piste de travail intéressante pour questionner les enjeux idéologiques et normatifs susceptibles d'opérer dans le champ de l'ETP. Selon l'auteur, ce mode de pouvoir répondrait à la nécessité de rendre les individus efficaces dans la réalisation des activités sociales et économiques : « comment surveiller quelqu'un, comment contrôler sa conduite, son comportement, ses aptitudes, comment intensifier sa performance, multiplier ses capacités, comment le mettre à la place où il sera le plus utile : voilà ce qu'est, à mon sens, la discipline » (Foucault, 1994, p. 191). Or, c'est à cette fin que le pouvoir disciplinaire pourrait faire jouer aux compétences psychosociales un rôle de régulation et de normalisation sociales des conduites des patients. La normalisation peut ici s'entendre comme un ensemble de compétences définies par les équipes éducatives et par les politiques de santé pour fixer ce qui est bon, utile ou acceptable de détenir comme caractéristique psychologique ou comportementale. Les patients seraient alors susceptibles d'être comparés, catégorisés et hiérarchisés – par exemple à travers l'attribution d'un statut de « bon » ou de « mauvais » malade – en fonction du niveau de concordance entre leur conduite et les attentes de l'équipe éducative.

Par ailleurs, en travaillant à l'amélioration des performances et à l'évaluation des capacités, le pouvoir disciplinaire aurait également pour effet d'individualiser les problématiques des patients : il favoriserait l'occultation des déterminismes sociaux au profit des caractéristiques individuelles pour expliquer leurs comportements de santé. L'usage des compétences psychosociales risquerait de conduire à considérer les patients comme les protagonistes centraux de leur propre santé, présupposant que ce qu'ils font et ce qui leur arrive est le reflet de ce qu'ils sont. En effet, ces compétences pourraient avoir pour fonction de structurer les rapports des patients à leur traitement et à leur environnement social par une logique individuelle d'investissement et d'adaptation dans la gestion de la pathologie. Ce dispositif conduirait alors à normaliser un modèle idéal de patient autonome et responsable, une croyance idéologique caractéristique de l'individualisme libéral tel que décrit par Beauvois (2005). Ainsi, dans l'approche pédagogique par les compétences, le patient semblerait d'autant plus obéissant qu'il travaillerait à prendre soin de son corps et de ses capacités, qu'il se montrerait acteur de sa santé et soucieux de son bien-être, pour conquérir une autonomie qui lui serait en réalité imposée.²

3. Comment peut-on mieux conceptualiser la notion de compétence psychosociale ?

Nous avons vu que les compétences psychosociales ne sont pas des attributs propres aux individus puisqu'elles n'ont de sens qu'à travers la relation à autrui, dans des contextes sociaux spécifiques qui les engendrent et sur lesquels elles rétroagissent. Ce type de compétence se différencie donc de toute forme de prédisposition stable et décontextualisée (e.g., les traits de

2. Comme l'indique Gueullette (2011) à juste titre, il serait naïf de considérer que la revendication d'un patient autonome et acteur de sa propre santé, ou bien encore celle d'une relation thérapeutique marquée par l'empathie et la bienveillance, seraient des formes de libération des jeux de pouvoir liés à la pratique de la médecine.

personnalité). Nous avons également vu que les compétences psychosociales peuvent s'interpréter comme des savoir-être légitimés par des attentes idéologiques et normatives. Elles sont donc susceptibles de cristalliser des enjeux sociaux et symboliques dans la relation patient-soignant qui doivent être pris en compte. En conséquence, la notion de compétence psychosociale se révélerait difficilement appréhendable par des approches qui risqueraient de laisser dans l'ombre l'aspect complexe, dynamique et social de sa construction et de son mode d'actualisation.

3.1. Une compétence complexe à l'articulation de l'individuel et du social

Les interventions éducatives sont aujourd'hui pensées comme des systèmes complexes (Contandriopoulos, Rey, Brousselle et Champagne, 2012). Celles-ci sont caractérisées par une multiplicité de composantes qui ne doivent pas s'envisager isolément mais globalement, en tant que parties intégrantes d'un ensemble dont les composantes sont en interaction (e.g., nature des pratiques éducatives, attentes des professionnels, environnement social des patients, spécificités de la pathologie, etc.). La psychologie sociale offre par exemple des possibilités intéressantes pour conceptualiser et opérationnaliser les processus complexes en jeu dans l'acquisition et la mobilisation des compétences psychosociales. Cette discipline permet d'étudier le rapport que les patients entretiennent avec la maladie et les comportements d'autogestion en tenant compte de déterminants issus du contexte social. Par contexte social, nous entendons un « système social dans lequel est enraciné un comportement (valeurs, normes, représentations sociales) ainsi que les relations entretenues par les individus avec autrui » (Morin et Apostolidis, 2002, p. 488). Cette reproblématisation renvoie à un enjeu important dans la littérature. La transdisciplinarité entre psychologie et santé publique contribue non seulement à éclairer les relations entre les variables psychosociales et les comportements de santé, mais également à

montrer l'importance de prendre en compte des facteurs non sanitaires pour conceptualiser la santé (McBeth et Cordingley, 2009).

Le modèle du regard psychosocial (Moscovici, 1998) est un support privilégié pour mettre à l'épreuve cette conception, puisqu'il permet de contextualiser les comportements de santé *dans* et *par* les faits d'inscription et de participation sociales. La spécificité de ce regard réside dans la lecture ternaire portée sur les phénomènes, à travers l'articulation dynamique de trois entités : Ego-Alter-Objet. Appliqué à la situation d'une maladie chronique, ce regard permettrait de comprendre l'articulation qui s'établit entre le patient (Ego), la maladie, les traitements associés ou la qualité de vie (Objet), et les autres (Alter), ces derniers pouvant être des professionnels de santé, des proches, des patients, ou des groupes sociaux d'appartenance (Figure 1).

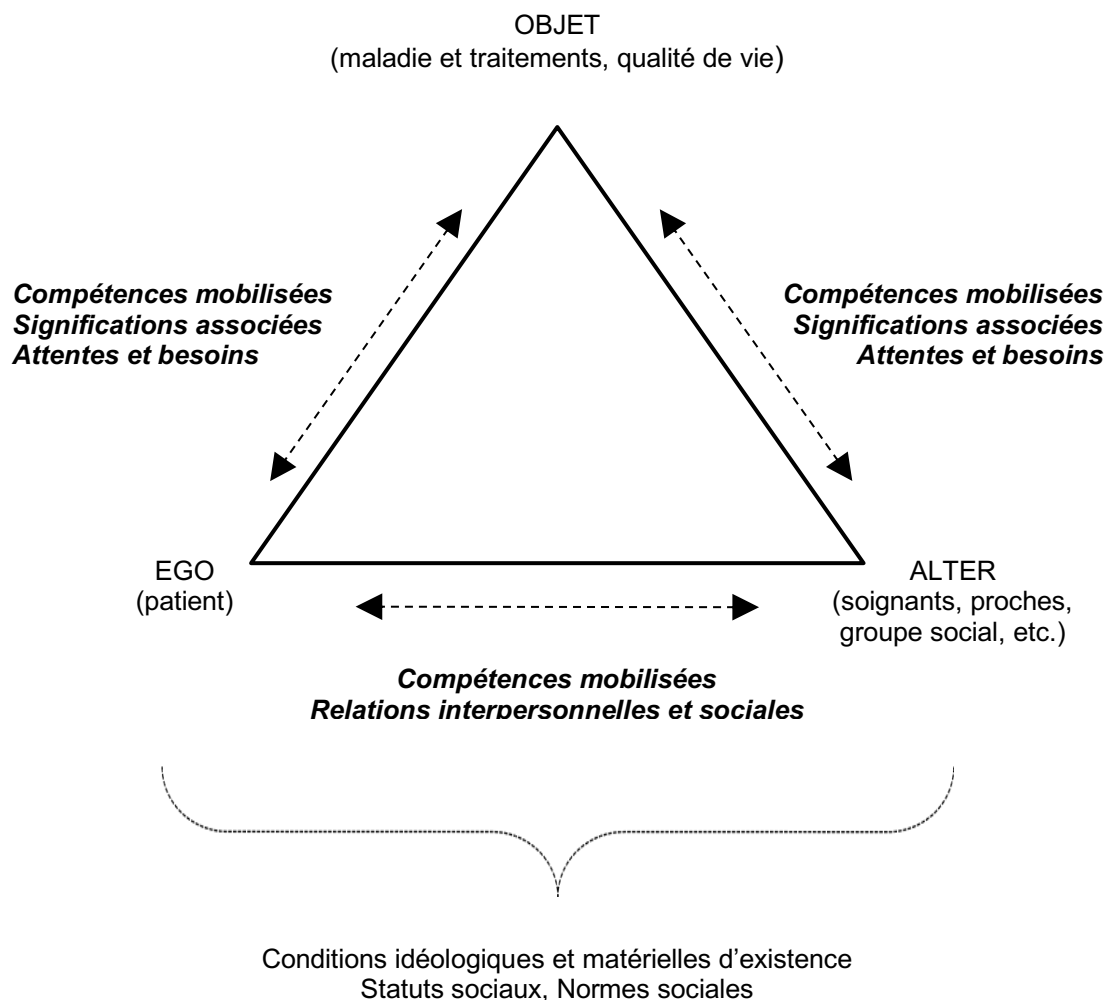


Figure 1. Le regard psychosocial appliqué à l'ETP

La conceptualisation des compétences psychosociales dans l'optique dynamique et relationnelle de ce regard reste toujours un enjeu aujourd'hui. Celui-ci permet de considérer les comportements de santé comme des comportements sociaux complexes (e.g., comportements influencés par les normes et les valeurs d'un groupe social). Pensées dans cette perspective, les compétences psychosociales s'acquièrent et se mobilisent nécessairement dans un champ de communications et de relations interpersonnelles et sociales. L'on rejoint en cela les psychopédagogues, tels que Gagnayre et al. (2006), qui s'appuient sur des approches sociocognitives pour définir l'apprentissage des compétences comme une construction dépendante des interactions sociales (e.g., la théorie sociale cognitive de Bandura, 2007). On

peut néanmoins noter, parmi les limites de ces approches, une tendance à considérer le caractère social des compétences de manière relativement restreinte. Une approche psychosociale des compétences ciblées en ETP invite à davantage prendre en compte le contexte social dans lequel s'enracinent les patients. Par exemple, en travaillant à définir la notion de compétence psychosociale, non pas seulement par des propriétés intrinsèques, mais également par des propriétés qu'elle doit à ses usages spécifiques dans les rapports sociaux et symboliques de la relation patient-soignant (e.g., la compétence comme attribut statutaire ou comme pouvoir disciplinaire). Ce type d'approche offre une conceptualisation plus cohérente avec la conceptualisation princeps d'Argyle (1983, 1994) quant à l'aspect éminemment dynamique et relationnel de ces compétences. Cette voie conceptuelle serait ainsi consistante avec la préconisation de l'Organisation Mondiale de la Santé : conceptualiser les compétences psychosociales en tenant compte du contexte socioculturel dans lequel elles sont promues et évaluées (WHO, 1997). Elle permettrait de mieux répondre à la nécessité de prendre en compte la réalité psychosociale des patients (HAS-INPES, 2007), mais également d'introduire des connaissances issues des Sciences Humaines et Sociales qui ne se traduisent pas assez dans les pratiques éducatives (Foucaud, Balcou-Debussche et Bury, 2010).

3.2. L'approche des représentations sociales

L'approche des représentations sociales (Moscovici, 1961) constitue une voie potentielle de l'application du regard psychosocial. Les représentations sociales peuvent être définies comme des formes de connaissance socialement élaborées et partagées qui ont une visée pratique et concourent à la construction d'une réalité commune à un groupe d'individus (Jodelet, 1989). La maladie a constitué un objet d'étude privilégié dans les recherches s'inscrivant dans l'approche des représentations sociales (Jodelet, 2013). Ces travaux ont

permis de montrer que les individus établissent une mise en relation entre le « désordre biologique » et le « désordre social » pour penser la maladie, cette dernière étant alors représentée comme un état simultanément biologique et social. Ainsi, « nos représentations ne nous renseignent pas seulement sur la relation que nous entretenons avec les phénomènes corporels et notre propre état de santé, mais sur les relations qu'à travers eux, nous entretenons avec les autres, avec le monde et l'ordre social » (Herzlich, 2001, p. 198). Intégrée dans la démarche éducative, la prise en compte des représentations sociales de la maladie et des traitements permet d'appréhender la construction sociale des significations qui donnent sens à l'expérience vécue des patients en tenant compte des situations et des contextes sociaux particuliers dans lesquels ils agissent (Jodelet, 2013).

L'approche des représentations sociales permettrait ici de poser une véritable épistémologie du patient compétent en situation d'ETP. Elle conduit à reconnaître le caractère « pluri-raisonnable » des individus (Apostolidis et Dany, 2012), c'est-à-dire un état de coexistence entre des modes de connaissance experts appuyés sur des savoirs médicaux (e.g., les compétences d'autosoin nécessaires à la sécurité et à la survie du patient) et des modes de connaissance profanes ancrés dans des savoirs et des expériences socialement partagés (e.g., les croyances de sens commun sur la maladie). Ces modes de connaissance ne sont ni juxtaposés, ni en alternance mécanique, ni en opposition, et leur coexistence puise dans la dynamique du lien social et de la maîtrise des situations (Apostolidis et Dany, 2012). Autrement dit, le recours à l'un ou l'autre de ces modes de connaissance dépend de la relation que l'individu entretient avec sa maladie et de la situation sociale où il se trouve. Il s'agit là d'une piste intéressante pour comprendre les comportements des patients dans le cadre de l'expérience quotidienne et des rapports entretenus avec l'environnement social, et ce, à partir de compétences mobilisant simultanément des savoirs médicaux et des savoirs profanes.

Il est important de souligner que le but de cette approche n'est pas d'évaluer la pertinence des savoirs profanes à l'aune des savoirs experts (e.g., considérer que le patient se trompe lorsque ses croyances sont inadéquates avec les connaissances médicales), mais plutôt de comprendre les fonctions sociales et symboliques dont ces savoirs profanes sont porteurs.³ Une telle posture contribue à mettre le patient au centre de la démarche éducative en considérant les savoirs profanes et expérientiels à leur juste valeur, c'est-à-dire comme de véritables compétences pré-existantes sur lesquelles les équipes éducatives doivent pouvoir compter. Cet enjeu est d'autant plus important que la prise en compte de la subjectivité du patient constitue un aspect essentiel de l'ETP pour renforcer le partenariat avec l'équipe éducative (Eymard, 2010).

4. Le rôle du psychologue dans l'évaluation des compétences psychosociales

Puisque les professionnels de santé sont davantage formés à l'évaluation des compétences d'autosoin et des problématiques biomédicales qu'à l'évaluation des compétences psychosociales et des problématiques socio-affectives, la présence du psychologue dans le processus d'évaluation se révèle pertinente et complémentaire. Plus précisément, son rôle peut être d'évaluer les compétences psychosociales à renforcer, de cerner les représentations, les motivations et les buts des patients (Idier et al., 2013 ; Léger et al., 2012), ou bien encore de comprendre les effets psychologiques et comportementaux produits par les interventions éducatives (Grimault, 2010).

4.1. Intérêt de la démarche d'évaluation qualitative

3. Le terme « d'évaluation », qui caractérise une relation asymétrique et hiérarchisée, conduit donc à une tension épistémologique lorsqu'il est utilisé dans l'approche des représentations sociales. Nous continuerons d'utiliser ce terme par convention bien que nous l'abordions avec circonspection.

Comment le psychologue peut-il évaluer une compétence psychosociale, c'est-à-dire un processus fluctuant et dynamique mis en œuvre dans un contexte social spécifique ? Les échelles et les tests disponibles en psychologie permettent de saisir des états ou des traits dispositionnels liés à des compétences psychosociales qu'ils sont censés évaluer, ces dernières étant déduites ensuite par extrapolation. Si le choix d'une méthode d'évaluation quantitative se révèle pertinente pour objectiver l'efficacité d'un programme d'ETP, la littérature rapporte un très faible recours à des méthodes d'évaluation mixtes (Fonte, Lagouanelle-Simeoni et Apostolidis, 2014). Pourtant, la démarche qualitative permet d'adopter une approche compréhensive, contextualisée et holistique des phénomènes *in vivo* et de s'intéresser à l'expérience subjective et sociale des acteurs (Jodelet, 2003). Elle offre donc la possibilité d'appréhender les compétences psychosociales que les patients nécessitent, acquièrent et mobilisent, en tenant compte de la situation vécue et de la complexité des processus en jeu dans l'adaptation à la maladie et aux traitements. Outre les questionnaires habituellement utilisés, l'évaluation des interventions devrait également intégrer l'usage des techniques qualitatives, telles que les entretiens semi-directifs, les récits de vie ou les mises en scène (D'Ivernois et Gagnayre, 2011). Cette stratégie méthodologique permettrait de considérer de façon plus fine l'expérience subjective de la maladie (e.g., sens donné, étiologie, « maladie-du-malade ») et de contribuer ainsi à une problématisation opérationnelle des compétences psychosociales (repérage, action éducative, évaluation) en fonction des spécificités des situations rencontrées et des patients.

Alors que l'élaboration et l'évaluation des programmes d'ETP demeurent fortement influencées par une approche biomédicale de la maladie (Fonte, Apostolidis et Lagouanelle-Simeoni, 2014 ; Cooper, Booth, Fear et Gill, 2001), le recours aux méthodes qualitatives contribuerait à associer les références de cette même approche et celles d'une approche centrée

sur le patient (par exemple telle que proposée par Tourette-Turgis, 2015). Ce type de démarche permettrait au psychologue de proposer des critères fondés sur une expertise collective partagée entre professionnels et patients pour conceptualiser la santé et pour évaluer l'efficacité des programmes. Notamment, l'introduction de la parole, du sens et de la narration dans l'évaluation contribuerait à réduire la normalisation des conduites que potentialisent toujours celles qui se fondent sur des critères quantitatifs, formels et procéduraux (Gori, 2013). Le travail du psychologue dans le processus d'évaluation peut alors se caractériser par une identification des attentes et des besoins spécifiques du patient, par exemple, à partir d'une mise en lumière de l'expérience vécue et des significations associées à la mobilisation des compétences psychosociales.

4.2. Le cas de Marie : illustration d'une démarche

L'étude du cas de Marie nous servira d'illustration ici.⁴ Ce choix est justifié par le fait que Marie exprime et conscientise une souffrance qui peut être souvent rencontrée en ETP lorsque les besoins propres au patient se confrontent aux objectifs éducatifs attendus par les professionnels de santé. Ce cas prototypique est issu d'une recherche visant à évaluer l'évolution du profil sociocognitif et clinique d'une cohorte d'adolescents diabétiques de type 1 participant à un programme d'ETP dans une région du Sud de la France.⁵ L'évaluation comporte trois temps permettant de rendre compte de cette évolution : la semaine qui précède le début du programme, un mois plus tard, après la fin du programme, et à trois mois. Des questionnaires et des entretiens sont réalisés à chaque temps de l'étude afin de rendre compte des aspects psychosociaux liés aux comportements et aux états émotionnels des patients.

4. Nous utilisons un pseudonyme afin de garantir l'anonymat de la patiente.

5. Pour consulter l'ensemble des résultats, voir Colson et al. (2016).

Marie est jeune diabétique de 14 ans. Elle est présentée par le personnel soignant comme une personne adorable et motivée mais souvent exclue par les enfants de son âge. Un bilan éducatif initial, réalisé par l'infirmière puéricultrice, a conclu sur la nécessité de renforcer deux compétences d'autosoin (savoir maintenir une surveillance glycémique régulière et savoir suivre les recommandations diététiques) et une compétence psychosociale (savoir gérer la frustration associée aux restrictions alimentaires). La patiente s'est ensuite entretenue avec un psychologue dans le cadre de l'évaluation qualitative du programme. Une analyse qualitative dans le cadre théorique des représentations sociales a été menée sur cet entretien. Ce travail permet de fournir une compréhension approfondie de l'expérience vécue et des significations associées à la maladie. Sont présentés ici quelques éléments clés de cette analyse.

La consigne inaugurale de l'entretien visait à cerner les conceptions subjectives du bien-être. Pour Marie, le bien-être est essentiellement dépendant des conséquences qui découlent de ses propres comportements et de sa capacité à les assumer.

Psychologue : Qu'est-ce que ça t'évoque toi le fait d'être bien dans ta peau ?

Marie : Ben ça veut dire qu'on regrette pas nos actions, d'être, quand on fait quelque chose et qu'après ben je suis d'accord avec ce que j'ai fais genre, la façon dont je pense et que je regrette pas de pas avoir fait quelque chose ou de l'avoir fait.

La focalisation de la patiente sur son habilité à faire preuve de consistante interne, c'est-à-dire à se montrer cohérente entre ses pensées et les conséquences de ses actes, suggère qu'elle associe la question de la responsabilité personnelle à celle de son bien-être. Ce sentiment de responsabilité est sous-jacent à de nombreuses thématiques et parcourt l'ensemble du discours

de la patiente. Ainsi, Marie évoque avec émotion le fait de se retrouver seule face à la gestion de la pathologie suite au désinvestissement progressif de ses parents.

Marie : [Au début avec le diabète] c'était bien, mes parents ils parlaient toujours avec moi. (...) Je pense qu'ils croient que je suis habituée maintenant.

Psychologue : J'entends ce que tu me dis, en fait tu penses que tu es loin d'être habituée, ça reste difficile pour toi. Tu penses qu'ils ne se rendent pas compte du poids que tu as sur toi par rapport à cette maladie.

Marie : Oui !

Craignant de ne pas se sentir à la hauteur et de mettre sa vie en péril, Marie se représente alors l'autogestion comme un danger pour sa santé. Autrement dit, l'abandon du soutien parental et le danger perçu qui en découle constitueraient pour elle une grande source de pression contribuant à diminuer son sentiment de capacité à mobiliser des compétences d'autosoin.

Psychologue : Tu as parlé de responsabilité. Qu'est-ce que tu penses de ça ?

Marie : Ben c'est dangereux.

Psychologue : tu ressens quoi quand tu penses à la responsabilité ?

Marie : De la peur. J'ai peur de ne pas être à la hauteur et de me mettre plus en danger. (...) Ça me fatigue, parce que y'a... avant j'avais pas à le faire, c'est trop compliqué.

Appréhendé dans la perspective des représentations sociales, le rapport intra-familial dans lequel s'exprime le fonctionnement psychique de Marie n'est pas seul à opérer. Il faut également inclure le contexte social (normes, valeurs, idéologies) dans le processus de mise en sens de la maladie et des conséquences associées aux traitements. Il s'agit donc pour le psychologue de contextualiser les significations qui donnent sens à l'expérience vécue dans un ensemble de rapports socio-symboliques qui travaillent l'existence sociale de la patiente (Jodelet, 2006). Le recours aux approches de Bourdieu et Foucault trouve tout son intérêt dans cette perspective. Elles permettent de problématiser l'ETP comme un espace de normalisation où Marie apprend à acquérir des compétences socialement valorisées dans le contexte des sociétés néolibérales occidentales, telles que la maîtrise de soi, l'autonomie et la responsabilité individuelle (Foucault, 2004 ; Joffe et Staerklé, 2007 ; Rose, 2000).

Toutefois, ce projet éducatif ne va pas nécessairement de soi lorsqu'il est contextualisé dans l'expérience subjective et sociale que l'adolescente peut avoir du bien-être. Son discours témoigne en effet d'un réajustement des significations associées aux compétences d'autogestion, leur mobilisation étant représentée comme une perte socio-affective (sentiment d'abandon, diminution du soutien parental) et comme un danger pour soi-même (attribution de responsabilités inquiétantes, peur de l'échec et de ses conséquences sur la santé). Autrement dit, l'autonomisation et la responsabilisation face à la pathologie seraient vécues par Marie comme un fardeau faisant obstacle à son bien-être psychologique et social. Cette lecture trouve écho dans les travaux d'Herzlich (2001) qui montrent que les discours sur la maladie, loin de se restreindre à des considérations biomédicales, sont révélateurs des relations que les individus entretiennent avec autrui. De ce point de vue, l'évaluation des compétences psychosociales ne permet pas seulement de comprendre le rapport que les patients entretiennent avec la maladie et les traitements associés, mais les rapports qu'à travers eux, ils entretiennent avec leur environnement social.

L'approche des représentations sociales permet ici de saisir les « zones de tensions » (Kalampalikis et Apostolidis, 2016) susceptibles d'émerger lorsque les besoins des patients se confrontent aux exigences de savoir-être établis par l'équipe éducative. Dans notre cas, la focalisation des objectifs éducatifs sur l'acquisition de l'autonomie et des connaissances médicales (e.g., insister sur les risques liés à une autogestion inefficace) malgré le manque de ressources dont Marie dispose pour « faire face » risque fortement d'exacerber sa situation psychologique. On peut noter que ce risque est d'autant plus important pour les patients qui participent, comme ce fut le cas de notre patiente, à des programmes d'ETP qui se focalisent sur le seul renforcement des compétences d'autosoin (ce qui demeure souvent le cas, voir Fonte, Apostolidis et Lagouanelle-Simeoni, 2014). À titre d'illustration, l'évaluation d'un programme appliqué auprès de patients en auto-dialyse montre que l'augmentation des connaissances sur l'abord vasculaire conduit à une augmentation des symptômes dépressifs (Idier et al., 2012). L'identification et la prise en charge des effets potentiellement indésirables des interventions d'ETP constitue donc un enjeu important pour le psychologue. Le counseling constituerait une réponse adaptée dans ce cas de figure. Il permettrait au psychologue de proposer une approche complémentaire aux interventions classiques d'ETP, davantage focalisées sur les compétences d'autosoin, afin de mieux soutenir les adolescents dans le processus d'autonomisation. Par exemple, Karlsen et al. (2004) montrent que des séances collectives de counseling réalisées auprès d'adultes diabétiques contribuent à améliorer conjointement le bien-être subjectif et la qualité du contrôle de la glycémie. Les auteurs expliquent ces résultats par le fait que les groupes de pairs sont utiles au renforcement de compétences psychosociales permettant de faire face aux problèmes posés par le diabète (i.e., résolution de problèmes, prise de décision).

En outre, cette modalité d'intervention offre la possibilité de travailler sur les significations négatives que Marie associe à l'autonomie et qui contribuent à diminuer son sentiment d'efficacité personnelle (i.e. l'autogestion représentée comme un obstacle au bien-

être car vécue comme une perte socio-affective et un danger pour soi-même). L'expérience de « maîtrise guidée » (Bandura, 2007) constituerait ici une technique thérapeutique complémentaire à mettre en place. Son principe consiste à amener la patiente à s'attribuer les responsabilités de ses réussites et non de ses échecs pour renforcer sa confiance en soi ainsi que la perception qu'elle peut avoir de sa propre capacité à mobiliser des compétences d'autogestion.⁶ La question de l'absence du soutien familial constituant un aspect central dans les difficultés ressenties par Marie dans l'autogestion, ce travail de valorisation devrait également être mené par ses parents. Le psychologue pourrait alors intervenir auprès de ces derniers pour les sensibiliser sur l'importance d'adopter une attitude « capacitante » envers leur enfant (e.g., savoir exprimer régulièrement des encouragements et des commentaires positifs pour l'aider à maintenir les efforts nécessaires à la réussite de l'autogestion).

Les considérations formulées dans cette étude de cas sont tout à fait transférables à des situations d'ETP comparables dans différents contextes populationnels ou pathologiques. De nombreuses maladies chroniques, diagnostiquées pendant l'enfance ou l'adolescence, partagent des enjeux sanitaires et psychosociaux similaires au diabète de type 1. Elles impliquent la nécessité de mobiliser des compétences d'autogestion qui sont souvent susceptibles d'avoir un impact contre-productif sur le bien-être psychologique et social. Le psychologue est alors confronté à un questionnement éthico-pratique sur le projet d'autonomie et de ses répercussions potentielles dans l'expérience subjective et sociale des patients.

5. Considérations éthico-pratiques : du patient compétent à l'autonomie du patient

6. Pour une illustration plus concrète de mise en œuvre, voir Lecomte (2004).

Le travail du psychologue dans l'évaluation des compétences psychosociales ne peut se dissocier d'une réflexion éthique sur le contexte idéologique de référence qui façonne les moyens et les finalités que se propose l'équipe éducative, sans toujours en avoir conscience. Une première étape dans la réflexion pourrait se caractériser par la problématisation des pratiques à travers un travail de précision et de maîtrise épistémologique des notions mobilisées. Cette réflexivité traverse l'ensemble du Code de déontologie des psychologues (2012) et constitue l'essence même de la profession, dans la mesure où leur pratique est indissociable d'une appréciation critique et d'une mise en perspective théorique des modes d'intervention choisis.⁷

5.1. Devenir autonome, une question d'émancipation ou de normalisation ?

La psychologie critique de la santé (Murray, 2014) présente une littérature pertinente sur laquelle peut s'appuyer le psychologue pour guider cette pratique réflexive. L'un des points essentiels de cette réflexivité peut consister à déplacer la problématique sanitaire, initialement formulée par les professionnels de santé, vers une problématique psychosociale. Dans notre cas, ce travail de reproblématisation nous a permis de questionner la pratique de l'ETP comme un espace disciplinaire où la notion de compétence psychosociales constitue une technique de normalisation : le patient serait davantage susceptible d'être éduqué à l'assimilation des devoirs, prescrits par les attentes du néolibéralisme, qu'à celle des savoir-être répondant à ses propres attentes et besoins. La réduction de l'ETP autour d'une logique pédagogique par les

7. Cette posture répond notamment à la charte d'engagement que doit réglementairement signer et à laquelle doit adhérer tout intervenant dans un programme d'ETP, celle-ci précisant que chaque acteur est tenu au respect du code de déontologie propre à sa profession (Arrêté JORF n°0019 du 14 janvier 2015).

compétences potentialiserait ainsi l'établissement d'une relation asymétrique et hiérarchisée, dans laquelle le patient se trouverait inféodé à des professionnels exerçant une normalisation disciplinaire. Cette lecture foucauldienne offre une hypothèse de travail intéressante pour rendre saillant le décalage qui peut exister entre pratique idéale et réalité des pratiques dans le contexte français de l'ETP. L'autonomie du patient, qui constitue l'une des principales finalités des compétences psychosociales, est un exemple illustratif de ce décalage. Une brève recontextualisation permet de montrer que l'autonomie est une notion au sens et à l'usage polysémique, pouvant tout aussi bien renvoyer la question des compétences psychosociales à celle de l'émancipation ou de la normalisation.

En effet, les discours institutionnels qui définissent la pratique de l'ETP telle qu'elle « devrait être » semblent s'appuyer sur une conception de l'autonomie dont Castoriadis (1975, 1986) permet de retracer la généalogie historique. Du grec *autos* (soi-même) et *nomos* (loi ou règle), l'autonomie représentait la capacité des citoyens à gouverner leur propre cité, à se reconnaître à l'origine de ses lois et d'en assumer la responsabilité ainsi que la possibilité de débattre de leur légitimité. À partir de la Renaissance et pendant les Lumières, la notion d'autonomie aurait été reformulée et enrichie. Elle était liée à la reconnaissance d'un individu capable d'une responsabilité politique et morale pour se donner à lui-même ses propres lois, et ce, contre l'arbitraire des pouvoirs institutionnels susceptibles de porter atteinte à ses propres attentes et besoins. Toutefois, Beauvois (2011) souligne que l'individualisme et le projet d'autonomie qui l'accompagne auraient radicalement changé de signification entre les dogmes républicains d'hier et l'idéologie contemporaine des démocraties libérales avancées. Si l'autonomie de l'individualisme des Lumières constituait une valeur fondamentale qui place l'intérêt de la personne humaine avant celui des pouvoirs institutionnels, celle de l'individualisme libéral constituerait davantage une norme d'adaptation aux intérêts de ces dits pouvoirs. Cette évolution est portée par le modèle d'un individu « entrepreneur de lui-même »

(Foucault, 2004) et autodiscipliné face aux pressions normatives de la société et de ses institutions. Pour Ehrenberg (1999, 2000), cette autonomie normative impose à l'individu de se responsabiliser pour penser ses propres capacités à l'épanouissement et à la réalisation de soi indépendamment des ressources dont il peut réellement disposer dans son contexte social. Elle conduirait selon l'auteur à un risque accru de développer un sentiment d'incapacité et de détresse psychologique pour ceux qui subissent les conditions sociales les plus défavorables.

La conception castoriadisienne de l'autonomie n'ayant pas disparu au profit de la conception néolibérale, celles-ci coexistent dans l'espace social et se révèlent souvent complexes à distinguer. Selon nous, l'ETP serait traversée par une tension permanente entre ces deux conceptions : la réalité des pratiques relatives à l'évaluation et au renforcement des compétences risque toujours de renvoyer à une autonomisation dans la réalisation des attentes de l'équipe éducative plutôt que dans celle des besoins propres du patient. Cette situation peut concerner de nombreux programmes d'ETP qui ont été mis en place en France, dont les contenus et les objectifs ont été définis par les équipes éducatives sans forcément prendre en compte l'expérience subjective et sociale des patients dans la conception et l'évaluation des programmes. Il peut en être de même pour les programmes d'ETP structurés à l'échelle internationale, où ce sont avant tout des critères de nature médicale plutôt que psychosociale qui sont utilisés pour l'inclusion (Colson et al., 2016) et pour l'évaluation (Fonte, Apostolidis et Lagouanelle-Simeoni, 2014). Le rôle du psychologue dans l'évaluation des compétences psychosociales pourrait alors se spécifier par l'opérationnalisation d'approches théorico-méthodologiques qui s'accordent davantage avec une conception de l'autonomie centrée sur les attentes et les besoins propres du patient.

5.2. Appréhender l'autonomie dans et par les horizons du patient

L'approche compréhensive des représentations sociales se révèle pertinente à mobiliser pour évaluer les compétences psychosociales dans une perspective centrée sur le patient. Cette stratégie théorico-méthodologique est portée par un regard épistémologique visant à dépasser le déséquilibre statutaire qui marque la pratique de l'évaluation, en considérant les « horizons » du patient comme étant aussi légitimes que ceux des professionnels de santé. La notion phénoménologique d'horizon, telle qu'introduite par Jodelet (2008) dans l'étude des représentations sociales, renvoie ici aux différentes perspectives à partir desquelles un même objet est envisagé. Il s'agit là d'une notion particulièrement opératoire pour réintroduire l'expérience quotidienne du patient dans l'évaluation des compétences psychosociales, et notamment son rapport à l'autonomie face aux enjeux liés à sa santé biologique et sociale. Par exemple, le patient peut appréhender l'autogestion de la maladie à partir de l'horizon médical en se référant à sa compréhension et sa maîtrise des compétences d'autogestion, leur contribution dans le maintien de sa santé perçue. Mais il peut également l'appréhender à partir de l'horizon familial ou professionnel en cherchant les conséquences de ces compétences dans la sphère des relations socio-affectives lorsqu'elles sont mobilisées dans la vie de tous les jours. Le travail d'identification des horizons de références à partir desquels le patient interprète sa situation offre ainsi la possibilité de mieux évaluer la manière dont il peut vivre l'acquisition des compétences d'autogestion ainsi que les ressources dont il dispose pour y parvenir. Cette approche de l'évaluation permettrait au psychologue d'apporter des préconisations opérationnelles pour concevoir et évaluer des programmes d'ETP qui répondent plus efficacement aux attentes et aux besoins de la population-cible. Par exemple en élaborant des dispositifs éducatifs qui visent le renforcement de certaines compétences en fonction des représentations du bien-être propres aux patients. Ou bien encore en construisant des outils de mesure *ad hoc* à ces représentations pour optimiser et systématiser la procédure d'évaluation des programmes.

Toutefois, le recours à des approches permettant de croiser les horizons du patient avec ceux des professionnels est toujours susceptible de mettre à jour des « zones de tensions » (Kalampalikis et Apostolidis, 2016) entre les attentes et les besoins propres à chacun des acteurs. Ce travail offre au psychologue la possibilité d'identifier des représentations qui ne sont pas toujours verbalisées dans la relation patient-soignant et qui sont pourtant susceptibles d'influencer la prise en charge (Dany, Dudoit, Salas et Duffaud, 2014) : écarts dans la définition des objectifs thérapeutiques et des attentes associées, écarts entre l'offre et la demande, etc. Ces zones de tensions constituent autant de « marqueurs » de la situation thérapeutique qui permettent d'éclairer la dynamique de la relation patient-soignant ainsi que les stratégies d'adaptation adoptées face à la maladie chronique. Elles pourraient jouer un rôle déterminant dans le fait que certains patients ne se sentent pas compris et écoutés par l'équipe éducative (e.g., l'autogestion représenté par les professionnels comme un facilitant du bien-être mais vécu par le patient comme un obstacle à son bien-être). Le psychologue peut alors être mis au service d'un éclairage des tensions susceptibles d'altérer la communication dans la relation patient-soignant. Par exemple, dans le cadre d'une analyse de pratique visant à offrir aux professionnels un espace de réflexion vis-à-vis de leur posture relationnelle et de leurs objectifs. Considéré comme un élément essentiel du rôle porté par le psychologue en ETP, ces activités institutionnelles permettent aux équipes de mieux comprendre certaines réactions des patients (Léger et al., 2012) et d'améliorer leur propre pratique (Idier et al., 2013 ; Grimault, 2010).

6. Conclusion

Cet article avait pour objectif de questionner la notion de compétence psychosociale ainsi que la façon dont elle peut être appréhendée par le psychologue dans ce nouveau champ d'intervention qu'est l'ETP. Nous avons ainsi présenté les contours et l'intérêt d'une réflexion sous-tendue par le modèle du regard psychosocial pour mieux penser la conception, la mise en œuvre et l'évaluation des interventions éducatives. Cette notion, qui se trouve au cœur des préoccupations de nombreux acteurs travaillant dans le champ de la prévention, semble traversée par une ambivalence dans ses usages potentiels. Celle-ci constitue non seulement ce qui permet de prendre soin de l'autonomie et du pouvoir d'agir des patients, mais également ce dont il faut prendre soin et faire attention à ce que son caractère idéologique et normatif ne soit vécu comme un fardeau par ces derniers. Et s'il n'est pas question pour le psychologue de négocier l'acquisition des compétences d'autogestion (Léger et al., 2012), lui importe cependant d'identifier et de prendre en charge les répercussions potentielles de leur mobilisation sur le bien-être psychologique et social des patients.

La conscience du caractère idéologique et normatif des compétences, qu'elles concernent le domaine du psychosocial ou de l'autosoin, devrait également conduire à s'interroger sur les catégories de patients qui peuvent se trouver en marge des attentes sociales en matière de santé. En effet, les spécificités de certains groupes sociaux sont toujours susceptibles de porter en échec les objectifs de l'ETP. C'est notamment le cas des adolescents dont le mode de vie et de socialisation entre pairs est orienté vers une attitude hédoniste d'insouciance et de recherche de plaisir dans le présent (Hamzah et al., 2014 ; Vrangalova et Savin-Williams, 2011). Ou bien encore des personnes précarisées dont les contraintes structurelles de leur situation économique et sociale constituent un obstacle au développement de leur capacité à devenir acteurs de leur propre santé (Dany, 2015 ; Pezé, Dany, Lumediluna et Thill, 2015). Le « gouvernement de soi »

(Foucault, 1976) ne relèverait donc pas de la même priorité selon les catégories sociales, a fortiori, si l'on se réfère à celle des professionnels de santé qui légitiment l'acquisition des compétences dont ils ont la maîtrise. Le regard psychosocial appliqué à la situation d'ETP (Figure 1) invite ici à prendre en considération les représentations que peuvent avoir les professionnels de leur rôle, de leurs missions et des besoins de leurs patients. Ce travail permettrait de mieux comprendre les processus et les enjeux psychosociaux qui se nouent dans la relation éducative à travers les pratiques d'évaluation et de renforcement des compétences psychosociales (perspective qui demeure rarement explorée dans les approches par compétences selon Tupin, 2006).⁸

Pour finir, les réflexions portées sur les usages sociaux de la notion de compétence psychosociale nous ont permis de questionner quelques enjeux associés à la pratique du psychologue dans le champ de l'ETP. Sa pratique semble indissociable d'une réflexion éthique et déontologique sur les spécificités et les finalités de ses actions auprès des acteurs (patients, entourages et professionnels) confrontés aux enjeux de l'ETP. De par son analyse critique et de sa posture réflexive, le psychologue est amené à jouer un rôle qui lui est propre dans ce contexte interventionnel. Notamment du fait de l'autonomie de sa pratique permettant l'adoption d'une double position, dedans/dehors, vis-à-vis de l'équipe éducative et de ses objectifs, et de son référentiel déontologique spécifique contribuant à guider ses réflexions. Ces spécificités professionnelles en font un acteur essentiel pour le développement de l'ETP dans le contexte français. L'on peut ainsi souhaiter, dans un proche avenir, un réel intérêt de la part des

8. Dans le cadre d'une recherche, des professionnels pourraient être amenés à s'exprimer sur des vignettes présentant des extraits issus de bilans éducatifs et qui renverraient à des problématiques typiques de leur pratique courante. Ce travail permettrait par exemple d'explorer les représentations mobilisées pour expliquer la situation des patients et évaluer leurs compétences psychosociales, ainsi que les attentes et les stratégies éducatives qu'ils sont susceptibles de formuler en conséquence.

psychologues pour apporter de nouveaux éclairages sur l'originalité de leur rôle et de leurs missions dans ce champ d'intervention récent et en devenir.

Conflit d'intérêt

Les auteurs déclarent ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

Remerciements

Nous remercions particulièrement Vanessa Pezé, Aurore Lamouroux et Alexandre Daguzan qui permirent, lors de discussions informelles, d'alimenter nos réflexions sur la notion de compétence psychosociale ainsi que sur le rôle du psychologue en ETP.

2.6.2. Références

- Apostolidis, T., & Dany, L. (2012). Pensée sociale et risques dans le domaine de la santé : le regard des représentations sociales. *Psychologie Française*, 57, 67–81.
- Argyle, M. (1983). *The Psychology of Interpersonal Behaviour*. Londres : Penguin.
- Argyle, M. (1994). Les compétences sociales. In S. Moscovici (Ed.), *Psychologie sociale des relations à autrui* (pp. 87–118). Paris : Nathan.
- (2015). Arrêté JORF n°0019 du 14 janvier 2015 relatif au cahier des charges des programmes d'éducation thérapeutique du patient et à la composition du dossier de demande de leur autorisation et de leur renouvellement. *JORF*.
- (2013). Arrêté JORF n°0126 du 2 juin 2013 relatif aux compétences requises pour dispenser l'éducation thérapeutique du patient. *JORF*.
- Bandura, A. (2004). Health promotion by social cognitive means. *Health Education & Behaviour*, 31(2), 143–164.
- Bandura, A. (2007). *Auto-efficacité. Le sentiment d'efficacité personnelle*. Paris : De Boeck.
- Beauvois, J. L. (2005). *Les illusions libérales, individualisme et pouvoir social*. Grenoble : Presses Universitaires de Grenoble.
- Beauvois, J. L. (2011). *Les influences sournoises*. Paris : François Bourin.
- Bourdieu, P. (1980). *Le sens pratique*. Paris : Les Editions de Minuit.
- Bourdieu, P. (1982). *Ce que parler veut dire*. Paris : Fayard.
- Bourdieu, P. (1989). *La noblesse d'Etat*. Paris : Editions de Minuit.
- Brangier, E., & Tarquinio, T. (1998). La compétence : modèles et usages, l'émergence de nouvelles normes sociales. *Connexions*, 70, 11–31.
- Castoriadis, C. (1986). *Les carrefours du labyrinthe II*. Paris : Seuil.
- Castoriadis, C. (1975). *L'institution imaginaire de la société*. Paris : Seuil.

- Collectif. (2012). *Code de déontologie des psychologues*. Paris: SFP-ANOP-AEPU.
- Colson, S., Fonte, D., Côté, J., De Oliveira, M., Samper, M., Khammar, A., et al. (2016). Évolution du profil sociocognitif et clinique d'adolescents diabétiques de type 1 ayant suivi un programme d'éducation thérapeutique : une étude pilote. *Éducation Thérapeutique du Patient*, 8(1), 1–16.
- Colson, S., Côté, J., Hamel, V., Sapuppo, C., Garcia-Ramirez, P., Gentile, S., et al. (2016). An integrative review of the quality and outcomes of diabetes education programs for children and adolescents. *The Diabetes Educator*, 42(5), 549–584.^[1]_[SEP]
- Contandriopoulos, A.P., Rey, L., Brousselle, A., & Champagne, F. (2012). Évaluer une intervention complexe : enjeux conceptuels, méthodologiques et opérationnels. *Canadian Journal of Program Evaluation*, 26(3), 1–16.
- Cooper, H., Booth, K., Fear, S., & Gill, G. (2001). Chronic disease patient education: lessons from meta-analyses. *Patient Education and Counseling*, 44, 107–117.
- Dany, L. (2015). Prévention entre continuité et changement : réflexions psychosociales. In M. Saint-Jean, N. Péoc'h, & F. Bastiani (Eds.), *Accompagner le changement dans le champ de la santé* (pp. 9–22). Paris : Estem.
- Dany, L., Dudoit, E., Salas, S., & Duffaud., F. (2014). Les représentations des soins palliatifs. In M. Saint-Jean, F., Bastiani (Eds.), *Soin et fin de vie. Pour une éthique de l'accompagnement* (pp. 143–164). Paris : Seli Arslan.
- D'Ivernois, J.F., & Gagnayre, R. (2011). Compétences d'adaptation à la maladie du patient : une proposition. *Éducation Thérapeutique du Patient*, 3(2), 201–205.
- Dolz, J., & Ollagnier, E. (2002). *L'énigme de la compétence en éducation*. Paris : De Boeck.
- Ehrenberg, A. (1999). *L'individu incertain*. Paris : Hachette.
- Ehrenberg, A. (2000). *La fatigue d'être soi*. Paris : Odile Jacob.

- Eymard, C. (2010). Des modèles de l'éducation et de la santé à l'activité d'éducation thérapeutique. In J. Foucaud, J. Bury, & M. Balcou-Debussche (Eds.), *Éducation thérapeutique du patient. Modèles, pratiques et évaluation* (pp. 39–53). Saint-Denis : Éditions INPES.
- Foucaud, J., Balcou-Debussche, M., & Bury, J. (2010). *Éducation thérapeutique du patient. Modèles, pratiques et évaluation*. Saint-Denis : Éditions INPES.
- Foucault, M. (1976). *La volonté de savoir*. Paris : Gallimard.
- Foucault, M. (1994). *Dits et Écrits, volume 4*. Paris : Gallimard.
- Foucault, M. (2004). *Naissance de la biopolitique*. Paris : Gallimard.
- Gagnayre, R., Marchand, C., Pinoso, C., Brun, M.-C., Billot, D., & Iguenane, J. (2006). Approche conceptuelle d'un dispositif d'évaluation pédagogique du patient. *Pédagogie médicale*, 7, 31–42.
- Gillet, P. (1998). Pour une écologie du concept de compétence. *Éducation permanente*, 135(2), 23–32.
- Gori, R. (2013). *La fabrique des imposteurs*. Paris : Les Liens qui Libèrent.
- Grimault, M. (2010). Le rôle du psychologue dans l'accompagnement en éducation thérapeutique du patient en néphrologie. *Journal de pharmacie clinique*, 29(2), 93–97.
- Gueullette, J. M. (2011) Le pouvoir de guérir, une manière de dépasser l'opposition entre pouvoir médical et autonomie du patient ? *Cahiers philosophiques*, 125, 80–88.
- Hamzah, S. R., Suandi, T., Krauss, S. E., Hamzah, A., & Tamam, E. (2014). Youth hedonistic behaviour: Moderating role of peer attachment on the effect of religiosity and worldview. *International Journal of Adolescence and Youth*, 19(4), 419–433.
- HAS-INPES. (2007). *Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chroniques : guide méthodologique*.

- Herzlich, C. (2001). Les représentations sociales de la santé et la santé en mutation : un regard rétrospectif et prospectif sur la fécondité d'un concept. In F. Buschini, & N. Kalampalikis, (Eds.), *Penser la vie, le social, la nature. Mélanges en l'honneur de S. Moscovici* (pp. 189–200). Paris : Editions de la MSH.
- Hillau, B. (1994). De l'intelligence opératoire à l'historicité du sujet. In F. Minet, M. Parlier, & S. Witte (Eds), *La compétence : mythe, construction ou réalité ?* (pp. 45–71). Paris : L'Harmattan.
- Idier, L., Larroumet, N., Lespinasse, L., Capdepon, L., Trolonge, S., Bildet, J., Untas, A., Rascle, N., & Chauveau, P. (2012). Acquisition de connaissances au cours d'un programme d'éducation thérapeutique auprès des patients en autodialyse : impact sur les symptômes anxieux et dépressifs. *Néphrologie & Thérapeutique*, 8(5), 401–402.
- Idier, L., Untas, A., Aguirrezabal, M., Larroumet, N., Rascle, N., & Chauveau, P. (2013). Quel rôle le psychologue peut-il avoir en éducation thérapeutique en néphrologie ? Un exemple en auto-dialyse. *Néphrologie & Thérapeutique* 9, 166–170.
- Jodelet, D. (1989). *Les représentations sociales*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Jodelet, D. (2003). Aperçus sur les méthodologies qualitatives. In S. Moscovici, & F. Buschini (Eds.), *Les méthodes des sciences humaines* (pp 139–162). Paris : Presses Universitaires de France.
- Jodelet, D. (2006). Place de l'expérience vécue dans les processus de formation des représentations sociales. In V. Haas (Ed.), *Les savoirs du quotidien. Transmission, appropriations, représentations* (pp. 235–255). Rennes : Presses Universitaires de Rennes.
- Jodelet, D. (2008). Le mouvement de retour vers le sujet et l'approche des représentations sociales. *Connexions*, 89(1), 25–46.

- Jodelet, D. (2013). La place des représentations sociales dans l'éducation thérapeutique. *Éducation Permanente*, 195(2), 37–46.
- Joffe, H., & Staerklé, C. (2007). The centrality of the self-control ethos in western aspersions regarding outgroups: A social representational approach to stereotype content. *Culture & Psychology*, 13(4), 395–418.
- Kalampalikis, N., & Apostolidis, T. (2016). La perspective sociogénétique des représentations sociales. In G. Lo Monaco, S. Delouvé, & P. Rateau (Eds.), *Les représentations sociales : Théories, méthodes et applications* (pp. 69–83). Paris : De Boeck.
- Karlsen, B., Idsoe, T., Dirdal, I., Hanestad, B. R., & Bru, E. (2004). Effects of a group-based counseling programme on diabetes-related stress, coping, psychological well-being and metabolic control in adults with type 1 or type 2 diabetes. *Patients Education and Counseling*, 53(3), 299–308.
- Lecomte, J. (2004). Les applications du sentiment d'efficacité personnelle. *Savoirs Hors-série*, (5), 59–90.
- Léger, P., Garnier, P.-H., Bauer, D., Pialoux, V., Le Hélias, L., Iguenane, J., et al. (2012). Expériences de psychologues cliniciennes en éducation thérapeutique. *Éducation thérapeutique du patient*, 4(1), 23–28.
- (2009). Loi HPST no 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. *JORF*.
- McBeth, J., & Cordingley, L. (2009). Current issues and new direction in psychology and health: epidemiology and health psychology—please bridge the gap. *Psychology and Health*, 24(8), 861–865.
- Morin, M. (2010). Pour une psychologie « sociale » de la santé. In C. Julian-Reynier, & P. Bensoussan (Eds.), *Cancer et recherches en sciences humaines* (pp. 75–84). Paris : Erès.

- Morin, M., & Apostolidis, T. (2002). Contexte social et santé. In G. Fischer (Ed.), *Traité de psychologie de la santé* (pp. 463–489). Paris : Dunod.
- Moscovici, S. (1961). *La psychanalyse, son image et son public*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Moscovici, S. (1998). Le domaine de la psychologie sociale. In S. Moscovici (Ed.), *Psychologie sociale* (pp. 5–22). Paris : Presses Universitaires de France.
- Murray, M. (2014). *Critical health psychology*. Londres : Palgrave McMillan.
- Peyré, P. (2000). *Compétences sociales et relations à autrui*. Paris : L'Harmattan.
- Pezé, V., Dany, L., Lumediluna, M.-L., & Thill, J.-C. (2015). Rôle et impact de la situation de précarité sur l'expérience de la maladie des patients atteints de diabète de type 2. *Médecine des maladies Métaboliques*, 9(5), 523–528.
- Rose, N. (2000). Government and control. *British Journal of Criminology*, 40, 321–339.
- Santiago-Delefosse, M. (2002). Analyse de l'activité du psychologue en milieu médical : un nouveau pharmakon ? *Pratiques Psychologiques*, 3, 3–16.
- Tourette-Turgis, C. (2015). *L'éducation thérapeutique du patient*. Paris : De Boeck.
- Tupin, F. (2006). *Les pratiques enseignantes et leurs contextes : des curricula aux marges d'action. Approche sociologique, regards pluriels*. Nantes : Université de Nantes (Mémoire pour habilitation à diriger des recherches).
- Vrangalova, Z., & Savin-Williams, R. C. (2011). Adolescent sexuality and positive well-being: A group-norms approach. *Journal of Youth and Adolescence*, 40(8), 931–944.
- WHO. (1994). *Programme on Mental Health. Life Skills Education in School*. Genève : World Health Organization.
- WHO. (1997). *Programme on mental health. Life skills education in school*. Genève : World Health Organization. WHO. (1998). *Therapeutic Patient Education*. Copenhague : World Health Organization.

WHO. (2003). *Skills for health. Skills-based health education including life skills: an important component of a child-friendly/health-promoting school*. Genève : World Health Organization.

Wittorski, R. (1998). De la fabrique des compétences. *Éducation permanente*, 135(2), 57–69.

Zani, B. (2002). Théories et modèles en psychologie de la santé. In G.-N. Fischer (Ed.), *Traité de psychologie de la santé* (pp. 21–47). Paris : Dunod.