

Les compétences psychosociales : définition et état des connaissances

Élisabeth Luis, étudiante de master en psychologie à l'université de Genève et stagiaire à l'Inpes,
Béatrice Lamboy, docteur en psychologie, directrice des programmes, Inpes.

Également nommées habiletés ou aptitudes psychosociales, les compétences psychosociales (CPS) sont des compétences individuelles de nature psychologique qui sont indispensables à toute vie sociale (*life skills*).

Que signifie « compétences psychosociales » ?

En 1993, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) introduit le concept et fait référence, en premier lieu, à une compétence psychosociale globale : « la capacité d'une personne à répondre avec efficacité aux exigences et aux épreuves de la vie quotidienne. C'est la capacité d'une personne à maintenir un état de bien-être subjectif qui lui permet d'adopter un comportement approprié et

positif à l'occasion d'interactions avec les autres, sa culture et son environnement. La compétence psychosociale joue un rôle important dans la promotion de la santé dans son acception large renvoyant au bien-être physique, psychique et social » [1].

L'OMS propose de subdiviser cette compétence globale en sous-CPS qui sont, dans un premier document, articulées autour de cinq paires de compétences : savoir résoudre des problèmes/savoir prendre des décisions, avoir une pensée créative/avoir une pensée critique, savoir communiquer efficacement/être habile dans les relations interpersonnelles, avoir conscience de soi/avoir de l'empathie, savoir réguler ses émotions/savoir gérer son stress.

Dans les documents suivants de l'OMS, le nombre de CPS augmente et elles sont regroupées en trois grandes catégories [2-4].

1. *Les compétences sociales* (ou interpersonnelles ou de communication)

- les compétences de communication verbale et non verbale : écoute active, expression des émotions, capacité à donner et recevoir des *feedback* ;
- les capacités de résistance et de négociation : gestion des conflits, capacité d'affirmation, résistance à la pression d'autrui. L'empathie, c'est-à-dire la capacité à écouter et comprendre les besoins et le point de vue d'autrui et à exprimer cette compréhension ;
- les compétences de coopération et de collaboration en groupe ;
- les compétences de plaidoyer (*advocacy*), qui s'appuient sur les compétences de persuasion et d'influence.

2. *Les compétences cognitives*

- les compétences de prise de décision et de résolution de problème ;
- la pensée critique et l'auto-évaluation, qui impliquent de pouvoir analyser l'influence des médias et des pairs, d'avoir conscience des valeurs, attitudes, normes, croyances et facteurs qui nous affectent, de pouvoir identifier les (sources d') informations pertinentes.

3. *Les compétences émotionnelles* (ou d'autorégulation)

- les compétences de régulation émotionnelle : gestion de la colère et de l'anxiété, capacité à faire face à la perte, à l'abus et aux traumatismes ;
- les compétences de gestion du stress, qui impliquent la gestion du temps, la pensée positive et la maîtrise des techniques de relaxation ;
- les compétences favorisant la confiance et l'estime de soi, l'auto-évaluation et l'autorégulation.



Quel est l'historique de ce concept ?

En 1986, dans la charte d'Ottawa de l'OMS, la notion de compétences psychosociales, *life skills* en anglais, est présentée comme un élément essentiel de la promotion de la santé, comme un axe d'intervention majeur dans le cadre du développement des compétences individuelles [5]. Mais c'est en 1993 que le concept de compétences psychosociales est largement mis en avant sur la scène internationale, dans le cadre d'un document de référence publié par l'OMS [1]. Dans ces deux documents de base, l'OMS souligne l'importance de promouvoir ces compétences afin de favoriser la santé globale positive (physique, psychique et sociale) [1, 5]. Depuis les années 2000, l'Unicef a publié de nombreux rapports sur les CPS et cherche à favoriser l'implantation de programmes ou de parcours éducatifs visant à développer les CPS dans le monde entier [6].

En amont et en parallèle du développement du concept *via* les grands organismes internationaux de santé publique, les CPS ont été travaillées et promues dans le cadre de programmes

de prévention tels que le *LifeSkills Training* (LST). Le célèbre programme LST de prévention de la consommation de substances psychoactives a été développé, à la fin des années soixante-dix, par un psychologue américain, Gilbert Botvin, et validé par des études d'efficacité [7]. Depuis trente ans, de nombreux programmes de prévention s'appuyant sur les CPS ont été développés et validés sur différentes thématiques de santé (santé mentale, addictions, santé sexuelle, etc.).

Les CPS se situent donc à la croisée de la promotion de la santé et de la prévention des problèmes de santé, de la santé physique et de la santé mentale. Elles sont aujourd'hui reconnues comme un déterminant clé de la santé et du bien-être sur lequel il est possible d'intervenir efficacement.

Quels sont les enjeux des CPS ?

En effet, l'insuffisance du développement des compétences psychosociales est l'un des déterminants majeurs de comportements à risque tels que la prise de substances psychoactives, les comportements violents et les comportements sexuels à risque, qui sont eux-mêmes des déterminants de

L'ESSENTIEL

- ▣ **Savoir résoudre des problèmes, communiquer efficacement, avoir conscience de soi et des autres, savoir réguler ses émotions :** telles sont quelques-unes des compétences psychosociales (CPS) des personnes.
- ▣ **Depuis trente ans, de nombreux programmes de prévention s'appuyant sur le développement de ces compétences ont été mis en œuvre à travers le monde.**
- ▣ **Les CPS sont reconnues comme un déterminant clé de la santé et du bien-être, sur lequel il est possible d'intervenir efficacement.**
- ▣ **Toutefois, ce type d'intervention n'est mis en œuvre que de manière relativement récente en France.**

pathologies (addictions, IST, troubles des conduites, etc.) [2]. On parle alors de déterminants de déterminants (*causes of the causes*, en anglais). Développer les CPS permet donc de prévenir efficacement des problèmes

COMPÉTENCES SOCIALES, COGNITIVES, ÉMOTIONNELLES : DE QUOI PARLE-T-ON ?

Compétences sociales (ou interpersonnelles ou de communication)	Compétences cognitives	Compétences émotionnelles
Compétences de communication verbale et non verbale : écoute active, expression des émotions, capacité à donner et recevoir des <i>feedback</i> .	Compétences de prise de décision et de résolution de problème.	Compétences de régulation émotionnelle : gestion de la colère et de l'anxiété, capacité à faire face à la perte, à l'abus et aux traumatismes.
L'empathie , c'est-à-dire la capacité à écouter et comprendre les besoins et le point de vue d'autrui et à exprimer cette compréhension.	Pensée critique et l'auto-évaluation qui impliquent de pouvoir analyser l'influence des médias et des pairs, d'avoir conscience des valeurs, attitudes, normes, croyances et facteurs qui nous affectent, de pouvoir identifier les (sources d') informations pertinentes.	Compétences de gestion du stress qui impliquent la gestion du temps, la pensée positive et la maîtrise des techniques de relaxation.
Capacités de résistance et de négociation : gestion des conflits, capacité d'affirmation, résistance à la pression d'autrui.		Compétences d'auto-évaluation et d'auto-régulation qui favorisent la confiance et l'estime de soi.
Compétences de coopération et de collaboration en groupe.		
Compétences de plaidoyer qui s'appuient sur des compétences de persuasion et d'influence.		

de santé mentale, de consommation de substances psychoactives (drogues illicites, tabac, alcool), des comportements violents et des comportements sexuels à risque [2, 8-23].

À quoi sert le développement des CPS ?

Chez les enfants, le renforcement des CPS favorise le développement global (social, émotionnel, cognitif, physique), améliore les interactions, augmente le bien-être et contribue donc à diminuer les comportements défavorables à la santé et à augmenter les comportements favorables. Les CPS jouent aussi un rôle essentiel dans l'adaptation sociale et la réussite éducative.

Chez les adolescents, outre les effets observés chez l'enfant (développement global, bien-être, etc.), le développement des CPS permet de prévenir la consommation de substances psychoactives (drogues illicites, tabac, alcool), les problèmes de santé mentale, les comportements violents et les comportements sexuels à risque [2].

Chez les adultes, il agit toujours sur le bien-être subjectif et la qualité des relations. Il favorise, chez

les parents, les pratiques éducatives positives. L'empathie, la capacité à répondre adéquatement aux besoins fondamentaux et la mise en œuvre de règles et de limites constructives en sont des exemples. Ces compétences et pratiques éducatives permettent l'établissement de relations positives entre parents et enfants, et augmentent le sentiment d'efficacité parentale. Ces CPS parentales ont également de l'impact sur les enfants et les adolescents. Chez les enfants, elles sont associées à une meilleure estime de soi, des capacités de résilience, de meilleurs résultats scolaires, de plus grandes compétences sociales, une moindre association à des pairs ayant des comportements antisociaux et un faible

« LES COMPÉTENCES PSYCHOSOCIALES SE SITUENT À LA CROISÉE DE LA PROMOTION DE LA SANTÉ ET DE LA PRÉVENTION DES PROBLÈMES DE SANTÉ, DE LA SANTÉ PHYSIQUE ET DE LA SANTÉ MENTALE. »

niveau d'anxiété et de dépression [25]. Chez les enfants et les adolescents, il a été démontré que les CPS parentales étaient des facteurs de protection des troubles de comportements et de l'abus de substances [22, 25, 26].

Comment, dans la pratique, développer les CPS ?

Dans le cadre d'interventions en prévention et promotion de la santé, le développement des CPS chez les enfants et les adultes (parents) se fait principalement par la mise en place d'ateliers expérientiels. Il s'agit d'interventions inscrites dans une démarche de psychoéducation, qui sont réalisées en groupe et qui permettent aux enfants, aux jeunes et/ou aux parents d'explorer et d'accroître leurs propres compétences sociales, cognitives et émotionnelles.

Ces ateliers sont souvent dénommés *program* en langue anglaise ; en pratique, ce type d'intervention correspond à un cycle d'ateliers expérientiels. Ces derniers sont généralement hebdomadaires, d'une durée d'une ou deux heures, et proposés aux enfants, aux jeunes et/ou aux parents pendant plusieurs semaines (une dizaine au minimum) voire organisés sur plusieurs années. Ces ateliers qui sont relativement structurés proposent d'approfondir une ou deux compétences psychosociales par session par une pédagogie participative et expérientielle, à travers des échanges, un partage d'expériences, des mises en situation, des jeux de rôles et des exercices pratiques à réaliser au quotidien. Des supports peuvent être donnés aux participants afin de faciliter la compréhension et le développement des CPS.

Quels professionnels ont pour mission de les développer ?

Les ateliers de développement des CPS des enfants ont majoritairement lieu en milieu scolaire et s'adressent généralement aux enfants entre 5 et 15 ans. Ainsi, les professionnels qui ont pour mission de développer les CPS chez les enfants sont soit des enseignants, soit des intervenants en éducation pour la santé.

Chez les adultes-parents, les professionnels peuvent être des intervenants qui mettent en œuvre des groupes de parents sur le thème des relations



parents-enfants. Ces intervenants peuvent provenir des trois secteurs différents : la santé (éducation pour la santé et promotion de la santé), le secteur social et la petite enfance. Ils peuvent aussi avoir des profils distincts : psychologue, éducateur spécialisé, animateur socioculturel, travailleur social, professionnel ayant une formation en éducation pour la santé ou en promotion de la santé.

Quels sont les grands principes éthiques à respecter ?

Les ateliers cherchent à entrer en résonance avec les besoins des participants. Ils mobilisent l'expérience des personnes et cherchent à capter leur intérêt. Les CPS ne peuvent se développer que progressivement *via* l'interaction et l'expérience vécue ; elles ne peuvent être plaquées ou enseignées de façon magistrale. Les ateliers s'inscrivent donc dans une approche humaniste, participative et non descendante. Les participants sont invités à partager leurs expériences et à cheminer collectivement (pendant et en dehors de ateliers). L'intervenant adopte aussi une certaine posture lors des interventions ; il accompagne et participe au processus et ne se pose pas en « sachant » dans une position dominante. Il respecte la liberté de choix et l'autodétermination individuelle ; il accueille le vécu que les participants expriment au cours de l'atelier sans jugement, avec bienveillance et humilité.

Orienté vers le potentiel et les ressources des personnes, l'intervenant propose des pistes et présente certaines attitudes facilitatrices. Les compétences sont des clés proposées aux participants qui sont libres de les tester, de se les approprier s'ils le souhaitent, mais aussi de ne pas les mobiliser à un instant donné s'ils ne se sentent pas disponibles ou désireux de le faire.

Il est important aussi que les ateliers CPS soient fondés scientifiquement et/ou théoriquement, qu'ils ne soient pas construits « au hasard » mais élaborés à partir des savoirs et savoir-faire accumulés au cours des trente dernières années, et que les intervenants soient toujours dans une démarche de réflexivité quant à la pratique qu'ils mobilisent. Dans cette perspective, un regard extérieur (supervision, analyse

« **DANS LE CADRE D'INTERVENTIONS EN PRÉVENTION ET PROMOTION DE LA SANTÉ, LE DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES PSYCHOSOCIALES CHEZ LES ENFANTS ET LES ADULTES SE FAIT PAR LA MISE EN PLACE D'ATELIERS EXPÉRIENTIELS.** »

de la pratique) et/ou une démarche formelle d'évaluation sont largement préconisés.

Où en est le développement des CPS ?

Comme mentionné en première partie de cet article, le champ des CPS, à l'international, s'est largement développé à partir du début des années quatre-vingt-dix *via* une approche éducative globale portée par les organismes internationaux de santé publique et *via* des programmes structurés visant à prévenir les problèmes de santé mentale, la consommation d'alcool, tabac et cannabis, les grossesses non désirées ou les infections sexuellement transmissibles, etc.

En France, cette approche éducative en santé, qui passe par la mobilisation de savoir-faire et de savoir-être, a plus de difficulté à s'implanter. Au-delà de quelques initiatives locales datant des années quatre-vingt-dix – telles que celle portée par Marie-Odile Williamson dans la région de Nantes, puis dans le cadre de l'Instance régionale d'éducation et de promotion de la santé (Ireps) Pays de la Loire (*voir articles dans ce dossier*) –, l'engouement pour les CPS est relativement récent. Depuis sa création, l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) essaie de promouvoir ce champ d'intervention mais ce n'est que depuis environ cinq ans, que l'Institut en a fait un axe d'intervention majeur, inscrit dans sa programmation pluriannuelle. Aujourd'hui, le réseau des Ireps et des Codes (Comités départementaux d'éducation pour la santé) semble aussi largement mobilisé par cette démarche éducative. ■

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] World Health Organization (WHO). *Life skills education in schools*. Geneva: WHO, 1997 : 48 p.
- [2] Mangrulkar L., Whitman C.V., Posner M. *Life skills approach to child and adolescent healthy human development*. Washington DC: Pan American Health Organization, 2001 : 61 p. En ligne : http://hhd.org/sites/hhd.org/files/paho_lifeskills.pdf
- [3] World Health Organization (WHO). *Skills for health: Skills-based health education including life skills: An important component of a child-friendly/health-promoting school*. Geneva: WHO, 2003 : 88 p. En ligne : http://www.who.int/school_youth_health/media/en/sch_skills4health_03.pdf
- [4] World Health Organization (WHO). Preventing violence by developing life skills in children and adolescents. In: *Violence prevention: the evidence*. Geneva: WHO, 2010: p. 27-43. En ligne : www.who.int/violence_injury_prevention/violence/4th_milestones_meeting/evidence_briefings_all.pdf
- [5] Organisation mondiale de la santé (OMS). *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*. Copenhague: OMS Europe, 1986 : 6 p. En ligne : www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf
- [6] United Nations of International Children's Emergency Fund (Unicef). *Global evaluation of life skills education program*. [Evaluation report]. New York: Unicef, 2012: 150 p. En ligne : www.unicef.org/evaluation/files/USA-2012-011-1_GLSEE.pdf
- [7] Botvin G.J. Preventing adolescent drug abuse through LifeSkills Training: Theory, methods, and effectiveness. In: Crane J. *Social Programs That Work*. New York: Russell Sage Foundation, 1998: p. 225-257. En savoir plus : <http://www.childtrends.org/?programs=life-skills-training-1st#sthash.musy0vx0.dpuf>
- [8] Barlow J. *Systematic review of the effectiveness of parent-training programmes in improving behaviour problems in children age 3-10 years*. Oxford: University of Oxford, 1997.
- [9] Barlow J., Smailagic N., Ferriter M., Bennett C., Jones H. Group-based parent-training programmes for improving emotional and behavioural adjustment in children from birth to three years old. *Cochrane Database Systematic Review*, 2010, vol. 3. En ligne : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4164454/>
- [10] Barry M.M., Canavan R., Clarke A., Dempsey C., O'Sullivan M. *Review of evidence-based mental health promotion and primary/secondary prevention*. London: Department of Health, 2009: 257 p.
- [11] Du Roscoät E., Clément J., Lamboy B. Interventions validées ou prometteuses en prévention de la consommation de substances illicites chez les jeunes : synthèse de la littérature. *Santé publique,*

- 2013, n° 1 (suppl.) : p. 47-56. En ligne : <http://www.cairn.info/revue-sante-publique-2013-N%C2%B01%20Suppl.-page-47.htm>
- [12] Foxcroft D., Tsertsvadze A. Universal family-based prevention programs for alcohol misuse in young people. *Cochrane Database Systematic Review*, 2011, vol. 9.
- [13] Gates S., McCambridge J., Smith L., Foxcroft D. Interventions for prevention of drug use by young people delivered in non-school settings. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2006, vol. 1. En ligne : www.bibliotecacochrane.com/pdf/CD005030.pdf
- [14] Guillemont J., Clément J., Lamboy B. Interventions validées ou prometteuses en prévention de la consommation d'alcool chez les jeunes : synthèse de la littérature. *Santé publique*, 2013 : n° 1 (suppl.) : p. 37-45. En ligne : <http://www.cairn.info/revue-sante-publique-2013-N%C2%B01%20Suppl.-page-37.htm>
- [15] Hawkins J.D., Catalano R.F., Miller J.Y. Risk and protective factors for alcohol and other drug problems in adolescence and early adulthood: Implications for substance abuse prevention. *Psychological Bulletin*, 1992 : vol. 112, n° 1 : p. 64-105.
- [16] Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm). *Trouble des conduites chez l'enfant et l'adolescent*. Paris : Inserm, coll. Expertise collective, 2005 : 428 p. En ligne : www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/140/expcol_2005_trouble.pdf?sequence=1
- [17] Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). *Avis scientifique sur les interventions efficaces en promotion de la santé mentale et en prévention des troubles mentaux*. Montréal (Québec) : INSPQ, 2008 : 150 p. En ligne : www.inspq.qc.ca/pdf/publications/789_Avis_sante_mentale.pdf
- [18] Kersaudy-Rahib D., Lydié N., Clément J., Lamboy B. Interventions validées ou prometteuses en prévention des infections sexuellement transmissibles (IST) : synthèse de la littérature. *Santé publique*, 2013 : n° 1 suppl. : p. 13-23. En ligne : <http://www.cairn.info/revue-sante-publique-2013-N%C2%B01%20Suppl.-page-13.htm>
- [19] Kersaudy-Rahib D., Clément J., Lamboy B., Lydié N. Interventions validées ou prometteuses en prévention des grossesses non prévues : synthèse de la littérature. *Santé publique*, 2013 : n° 1 suppl. : p. 25-35. En ligne : <http://www.cairn.info/revue-sante-publique-2013-N%C2%B01%20Suppl.-page-25.htm>
- [20] Lamboy B., Clément J., Saïas T., Guillemont J. Interventions validées en prévention et promotion de la santé mentale auprès des jeunes : une revue systématique. *Santé publique*, 2011 : vol. 33, n° 6 : p. 113-127.
- [21] World Health Organization (WHO). *Prevention of mental disorders. Effective interventions and policy options*. [Summary Report]. Geneva: WHO, 2004 : 66 p. En ligne : apps.who.int/iris/bitstream/10665/43027/1/924159215X_eng.pdf?ua=1
- [22] United Nations Office on Drugs and Crime (UNODC). *Compilation of Evidence-Based Family Skills Training Programmes*. Vienne : UNODC, 2010 : 128 p. En ligne : www.unodc.org/docs/youthnet/Compilation/10-50018_Ebook.pdf
- [23] Wilquin J.-L., Clément J., Lamboy B. Interventions validées ou prometteuses en prévention du tabagisme chez les jeunes : synthèse de la littérature. *Santé publique*, 2013 : n° 1 suppl. : p. 65-74. En ligne : www.cairn.info/load_pdf.php?ID_ARTICLE=SPUB_130_0065
- [24] Kumpfer K.L., Fowler M.A. Parenting skills and family support programs for drug-abusing mothers. *Seminars in Fetal & Neonatal Medicine*, 2007 : vol. 12, n° 2 : p. 134-142.
- [25] Hutchings J., Lane E. Parenting and the development and prevention of child mental health problems. *Current Opinion in Psychiatry*, 2005, vol. 18, n° 4 : p. 386-391.
- [26] Pettit G.S., Bates J.E. Family interaction patterns and children's behavior problems from infancy to four years. *Developmental Psychology*, 1989, vol. 25, n° 3 : p. 413-420.