

La psychologie de la santé et la clinique



- Titre de psychothérapeute : suite et fin ?
- Psychose et chronopsychologie
- Les caractéristiques psychologiques des élèves
- Effet Pygmalion ou prophéties autoréalisatrices ?

Qualité de vie, souffrances et identité(s)



Pierre Tap

Professeur émérite
de psychologie à
l'université de
Toulouse-Le-Mirail
Codirecteur du
Centre de recherche
en psychologie
de l'université
autonome
de Lisbonne

Proposer une notion de psychologie de la personne permettrait de ne pas réduire la psychologie de la santé à une psychologie des maladies. Ce point de vue, ayant l'intérêt de nuancer la notion de qualité de vie d'une personne, n'est pas figé mais évolue selon ses identités personnelle ou collective.



Rolande Roudès

Psychologue
Consultante
en ressources
humaines

La psychologie de la santé ne se réduit pas à une psychologie des maladies. En nous centrant sur la psychologie de la personne dans son développement et dans son itinéraire de vie, dans ses contextes sociaux et culturels, nous sommes nécessairement amenés à discuter de la santé pour elle-même, dans ses dimensions physiques, mentales, sociales et culturelles. Lorsque la maladie survient, il importe alors de voir comment cette intrusion remet en question la santé et la qualité de vie de la personne. Mais il convient aussi de « tenir compte de la façon dont le sujet réagit ou fait face à ses troubles et à ses souffrances, de la manière dont il donne sens et valeur à sa propre santé, mais aussi, paradoxalement, à la maladie qui le touche » (Tap, Tarquinio et Sordes-Ader, 2002). La personne peut être confrontée à des difficultés multiples, différentes, de la maladie : socio-économiques, sociorelationnelles ou socioculturelles pouvant avoir des conséquences, directes ou indirectes, sur sa santé. Analyser la qualité de vie et ses relations avec la souffrance, psychique ou physique, et avec les

identités (personnelles et collectives) doit nous permettre d'appréhender ce que la psychologie de la santé peut trouver ou apporter, sur le plan de la compréhension et de l'explication comme sur le plan de l'aide et de l'accompagnement auprès des personnes. Nous devons alors prendre en compte la vie (y compris les conditions de survie), la capacité de gérer les conditions de vie et le cadre de vie, de s'y adapter (y compris dans la façon de faire face à la maladie, aux pertes, aux manques ou aux handicaps), mais aussi la capacité d'y trouver plaisir, bien-être ou bonheur. Mais tout cela dépend du style de vie et de la façon dont la personne peut ou non choisir entre divers styles de vie.

Pour une anthropologie de la santé

Pour analyser de façon satisfaisante l'interaction entre la qualité de vie, la souffrance et l'identité, nous proposons de replacer la psychologie de la santé dans ce que l'on appelle aujourd'hui l'« anthropologie de la santé ». Celle-ci s'efforce

d'articuler le sanitaire et le social, mais en cherchant à éviter la sanitarisation du social ou la socialisation du psychiatrique. L'équilibre est difficile à trouver. Cette orientation ne peut être, en effet, qu'interdisciplinaire (entre les sciences médicales et les sciences humaines). L'anthropologie de la santé doit faire le lien entre une orientation épistémologique générale et une éthique, et, en même temps, définir de nouvelles pratiques, mettre en place de nouveaux lieux et de nouvelles techniques. Mais il importe aussi de discuter des inévitables rapports entre la vie réelle des personnes, l'économie et la politique. Pour lutter contre l'échec (personnel, professionnel, social), le repli ou la souffrance, il faut, en effet, faciliter la reconstitution du lien social, partout où il s'est rompu ou distendu. Le terme même de « souffrance » (substitué aux maladies) « est devenu une clé de lecture des problèmes sociaux tels que la violence et les déviances [...] ». Mais le discours sur l'exclusion, le chômage et le mal-être, permet d'occulter le fait que l'inégalité est un phénomène structurel qui affecte l'ensemble de la société d'aujourd'hui » (Jacques, 2004). Les inégalités sociales se traduisent, en effet, sous la forme de disparités, de mortalité et d'espérance de vie. En d'autres termes, elles sont l'enjeu majeur de ce que l'on peut appeler l'« anthropologie politique de la santé ». Certains auteurs en viennent à dire que le recours au psychologue dépolitiserait les politiques sociales. Ce serait un traitement compassionnel de la question sociale ! Nous pensons, au contraire, que le psychologue doit jouer un rôle important dans un monde créateur d'incertitude et de vulnérabilité.

La qualité de vie : l'évaluation collective des besoins et ses limites

On peut partir de l'hypothèse initiale selon laquelle la qualité de vie correspond à l'actualisation des valeurs essentielles de l'individu dans sa vie. Elle répond au besoin de tout individu de se sentir bien avec lui-même et dans son environnement socio-affectif. La notion de bien-être est à la fois individuelle et subjective. Mais on constate que la qualité de vie est aussi utilisée pour des groupes et pour des peuples. Il importe donc de préciser les différences et les limites individuelles/collectives, subjectives/objectives. Fondée sur un minimum correspondant aux besoins vitaux du groupe d'appartenance

originale, la qualité de vie s'enrichit pour tendre vers un idéal espéré répondant :

- aux divers droits internationaux (droits de l'homme, droits de l'enfant, droits des personnes en perte d'autonomie mais conscientes, etc.)

- à des aspirations individuelles relevant :

- ▶ de sa santé et de son niveau d'autonomie physique, mentale et sociale ;

- ▶ de son histoire, de son environnement familial, social, professionnel, religieux, culturel, politique... et des valeurs qui font de chaque idéal de qualité de vie un projet unique et personnel.

Si l'on voulait généraliser les différents niveaux de besoin auxquels la notion de qualité de vie répond, on pourrait faire référence à la « hiérarchie des besoins » d'A. Maslow, en y intégrant davantage le poids des influences sociales et culturelles qui viennent interférer avec les besoins individuels pour les modifier. Notons au passage que la hiérarchie des besoins d'A. Maslow évoque, en fait, à la fois les besoins et les aspirations.

Mais la qualité de vie peut-elle se définir de façon collective ? Peut-on trouver des déterminants communs à ce qui entre en compte dans la qualité de vie ? Les caractéristiques de la qualité de vie relevant des besoins élémentaires ou primaires (nourriture, habitation...) peuvent-elles être intégrées dans un indicateur collectif, alors que d'autres caractéristiques, les aspirations, ne pourraient être qu'individuelles (estime de soi et des autres, besoin d'accomplissement, par exemple) ? Nous allons voir qu'il en est bien ainsi. Des efforts intéressants ont été entrepris en ce sens grâce aux Programmes des Nations unies pour le développement (PNUD), dont les résultats sont annuellement publiés depuis 1990.

La notion de qualité de vie est aujourd'hui utilisée pour définir le niveau collectif de développement humain d'un pays, en particulier à partir des travaux d'Amartya Sen¹ et de Marta Nussbaum². Ces auteurs ont

montré la nécessité de ne pas en rester à la mesure de la simple croissance (produit intérieur brut, PIB). Depuis 1990, l'ONU a mis en place l'indice de développement humain (IDH) calculé à partir de trois indices quantifiables :

- la santé/longévité (à partir de l'espérance de vie à la naissance) permet de mesurer indirectement les besoins matériels essentiels (alimentation saine, eau potable, logement, hygiène, soins médicaux). Depuis 2002 sont pris en compte les effets démographiques du sida ;

- le savoir ou niveau d'éducation d'un pays, mesuré à partir du taux d'alphabétisation des adultes et du taux brut de scolarisation. Un niveau élevé de cet indice implique la capacité des personnes de participer aux prises de décision (travail, société, etc.) ;

- enfin, le niveau de vie (logarithme du PIB réel par habitant, corrigé de l'inflation) « englobe les éléments de la qualité de vie qui ne sont pas décrits par les deux premiers indices, tels que la mobilité ou l'accès à la culture ».

L'IDH reste en fait très en deçà de ce qu'il est censé mesurer, surtout si l'on introduit la notion de développement durable impliquant la transmission d'un monde et d'une qualité de vie meilleurs (ou au moins conservés) aux générations futures. Ce développement implique la prise en

1. Invité par le président Sarkozy, il participera à une commission chargée de trouver de nouveaux indicateurs de mesure de la « qualité de vie des Français » ! Prix Nobel d'économie en 1998, il a produit de multiples ouvrages sur le développement humain, la famine, l'éthique dans l'économie.
2. Ces deux auteurs utilisent la théorie des « capacités » ou capacités (capability approach). M. Nussbaum a étudié par ailleurs les conséquences de cette approche sur la situation des femmes dans le monde (2000).

La « hiérarchie des besoins » d'A. Maslow

La « hiérarchie des besoins » d'A. Maslow est souvent appelée « pyramide », à tort. A. Maslow ne l'ayant jamais présentée ainsi. Cette hiérarchie évoque cinq niveaux de besoin, depuis les besoins primaires jusqu'aux besoins-aspirations :

1. physiologiques, pour le maintien de la vie ;
2. protection et sécurité émotionnelle ;
3. besoins sociaux : amour et appartenance ;
4. estime de soi et des autres ;
5. accomplissement, réalisation de soi.

Un ouvrage important d'A. Maslow vient enfin d'être traduit en français, quarante ans après sa mort (2008) !

compte de la lutte contre la pauvreté et contre l'exclusion sociale, de la préservation de l'environnement, de la défense de minorités, du commerce équitable, des finances solidaires, de la résolution des conflits, etc. Autrement dit, viennent interférer trois « durabilités » au moins : économique, écologique et sociale (Ballet et al., 2005 ; Dubois et Mahieu, 2002). Dans les travaux des économistes, la notion de qualité de vie se trouve constamment confondue avec le développement humain, le bien-être et même le bonheur. Notons qu'il existe même le concept de « bonheur national brut » ! Comme le signale Alexandra Voinchet³, le royaume du Bouthan, est, en effet, le seul pays au monde à posséder un « BNB », bâti sur quatre principes fondamentaux : la croissance et le développement économique, la conservation et la promotion de la culture, la sauvegarde de l'environnement et l'utilisation durable des ressources et, enfin, la bonne gouvernance responsable ! « Des valeurs universelles et atemporelles, somme toute. » Mais la question se pose justement de savoir si la qualité de vie, le bien-être et le bonheur peuvent être universels et atemporels.

Ces trois notions passent nécessairement par l'individu ou par les relations entre individus. Il est donc nécessaire d'analyser les aspects individuels et subjectifs de la qualité de vie, de la souffrance et des identités.

La qualité de vie dans la dynamique subjective (espérance et évaluation)

Prenons la définition de la qualité de vie proposée par une étudiante, Marina Gaborit, au cours d'un séminaire⁴ : « Selon moi, la qualité de vie, c'est, pour chacune des sphères de la vie (famille, profession, etc.), pouvoir "évoluer", "s'épanouir" sans contraintes et en ayant le choix de bénéficier d'un cadre dit "agréable" pour la personne en question, mais aussi le choix dans un style, une façon de vivre sans le subir. » Elle propose des exemples liés à son vécu de stage dans une agence d'intérim : « L'intérim est défini par l'Insee comme un travail précaire, on peut donc considérer que tous les travailleurs intérimaires n'ont pas une "bonne" qualité de vie... Or, mes recherches ne vont pas exclusivement en ce sens. Tout dépend si la situation de l'intérimaire est choisie ou subie par ce dernier. J'ai rencontré certains intérimaires qui se complaisent dans cette situation. [...] La qualité de

vie des individus est une notion personnelle à chacun et elle se met en place selon les propres repères de chacun. Si la qualité de vie concorde avec les représentations de la personne sur ce qu'est une vie de qualité, alors bonheur et bien-être peuvent avoir leur place. » Ces constats l'amènent à mieux percevoir son futur rôle d'accompagnatrice : « Une personne qui demande un accompagnement a souvent l'objectif récurrent de passer la crise latente... elle est en transition, soit en quête d'un changement et généralement d'une amélioration de sa qualité de vie... Le rôle de l'accompagnateur est de l'aider dans cette phase transitoire, en tentant de comprendre ce qui est pour lui son expérience, l'amélioration visée, puis de l'aider à confronter ce souhait avec la réalité. »

Les conduites personnelles s'appuient sur des cultures spécifiques, sur des identités liées à des catégories ou à des groupes d'appartenance divers (milieu social, région, formation scolaire, métier, religion, âge, sexe, etc.). Ces multiples appartenances et références sont constitutives de l'identité personnelle. Mais, à partir de ces multiples appartenances, y compris à partir de l'impact de l'histoire familiale dans ses interculturalités, les réflexions personnelles nées des diverses expériences de vie affective, sociale, professionnelle, ne permettent-elles pas à chacun de déterminer son idéal de qualité de vie ou sa qualité de vie espérée⁵, en fonction de divers facteurs qui ont marqué son histoire personnelle et qui l'accompagnent aujourd'hui ? Même si l'on peut percevoir des besoins communs spécifiques à certaines catégories de personnes concernant leur qualité de vie (situation de handicap, perte d'autonomie...), ne doit-on pas pour autant prendre en compte des variations qui restent individuelles ?

Nous avons vu que les besoins primaires peuvent être définis de façon globale. S'ils sont, à juste titre, présentés comme des droits (droits fondamentaux de la personne, de l'enfant, de la femme, etc.), on ne doit pas oublier les droits fondés sur la liberté de faire et d'être, les droits de toute personne consciente de choisir sa vie de son plein gré, même si elle se met en danger.

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a mis l'accent sur les aspects à la fois subjectifs et objectifs de la santé. La définition qu'elle propose de la qualité de vie est significative sur ce point. La qualité de vie est, en effet, définie comme « la perception qu'un individu a de sa place dans

3. Voinchet A., Au royaume du Bonheur. <http://www.acdefi.com/index.php?pid=325>.

4. Dans le cadre du master de psychologie sociale et accompagnement des trajectoires professionnelles, IPSA, université catholique d'Angers.

5. On pourrait même parler de « qualité de vie aspirée » (à laquelle le sujet aspire).

l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. La qualité de vie est associée de manière complexe avec : la santé physique, l'état psychologique, le niveau d'indépendance, les relations sociales, la relation avec l'environnement, la culture et la politique ». Il s'agit, donc, non seulement d'une définition subjective de la qualité de vie, mais également d'une conception existentielle et écologique. La qualité de vie ne dépend pas seulement des avoirs, elle introduit l'importance du sentiment d'exister (communiquer) et d'être acteur de sa propre vie, à travers l'adaptation (gestion des inquiétudes et des incertitudes), l'orientation (objectifs, attentes), la signification (culture, valeurs), la transaction (avec les personnes, les institutions), la santé, l'indépendance, etc., c'est-à-dire l'ensemble des processus, stratégies et conduites à partir desquels la personne se construit et se développe, réagit et se défend, donne sens et valeur. L'importance et la dynamique de l'identité s'affirment dans le cadre de ce que nous avons appelé les stratégies de « personnalisation » et de « socialisation ». Trois vecteurs bipolaires interviennent : la qualité de vie individuelle et collective, la qualité de vie dans ses aspects subjectifs (sentiments et représentations du réel et des idéaux par la personne elle-même) et objectifs (besoins minimaux faisant droit), mais aussi la différence entre la qualité de vie espérée (fondée sur les aspirations) et la qualité de vie actuelle, perçue/évaluée de façon dynamique ou seulement implicite. Alors que le niveau de qualité de vie minimal répondant aux besoins vitaux apparaît comme assez stable, évoluant seulement avec l'histoire du groupe d'appartenance majeur, l'idéal de qualité de vie est individuel et flexible. Il évolue avec l'histoire de chacun, subissant parfois des évolutions rapides et très importantes en termes de valeurs, entre autres du fait de l'adaptation nécessaire aux changements des conditions de vie (chômage, maladie...) ou d'expériences intellectuelles, idéologiques. En outre, pour s'accomplir, cette qualité de vie espérée, propre à chacun, doit s'ajuster à celle des proches qui partagent la vie personnelle et à son évolution. Tout idéal de qualité de vie réaliste est donc en mouvement lié à l'évolution de son « porteur » et à sa compatibilité avec celui des intimes qui évolue aussi. Au cours d'une vie, l'amplitude de

ces évolutions varie selon les individus. La nécessité de s'adapter à un environnement social instable, rempli d'incertitudes, remet en permanence en question la qualité de vie qui n'est jamais acquise de façon durable. De même, pour la santé, quand celle-ci se fragilise du fait, par exemple, d'un changement brutal de niveau de vie, de la limitation annoncée de la durée de vie, d'un handicap accidentel, d'une maladie qui se chronicise. Tout cela peut impliquer la nécessité de gérer du stress, de prendre ses responsabilités, de s'adapter, en urgence, pour sa survie, à une catastrophe individuelle ou collective. Mais, dans tous les cas, la personne va devoir faire face à des traumatismes ou à des blessures diverses et faire un travail de deuil⁶. Ces événements peuvent provoquer, ou nécessiter consciemment, de la part de la personne, un changement total de ses aspirations, une réévaluation des valeurs prioritaires. Ainsi, lorsque l'on se voit en durée de vie très limitée, la valeur « argent » peut perdre son sens, alors que la valeur « religion » peut devenir importante, etc.

La qualité de vie en tant que valeur idéalisée s'articule nécessairement, dans la conduite quotidienne, avec des normes et des contraintes que la personne va considérer pour s'y adapter ou les refuser. Par exemple, la nourriture est un besoin primaire, mais elle intervient de façon très différente selon les styles de vie (même dans le cas de l'anorexie ou de l'obésité). La qualité de vie va se trouver nécessairement associée à l'intériorisation de certaines normes, à l'introduction de prises de décision, à l'abandon de certains besoins/désirs au profit d'autres. La question se pose alors de savoir si la personne a vraiment le choix entre plusieurs styles de vie, entre plusieurs stratégies d'adaptation ou d'accomplissement. Dans certaines conditions de crise, d'événements majeurs, la personne peut être amenée à s'adapter de façon forte et rapide, à adopter des comportements contraires à ses idéaux antérieurs, pour survivre ou aider d'autres personnes à vivre. La vie difficile apprend à adopter des conduites plus souples, plus mobiles. À titre d'exemple, des décisions prises en urgence, qui sont perçues comme étant adaptée par les parents d'un adolescent, peuvent être perçues comme rigides et injustes par ce dernier. Dit autrement, la réalité d'une situation peut provoquer des représentations et des sentiments différents chez les

acteurs concernés. L'idéal de qualité de vie individuel est plus ou moins mouvant. Il suit les événements et les faits marquants qui vont impressionner la vie affective, sociale, professionnelle, de la personne et évoluer avec le projet de vie global de celle-ci. La qualité de vie espérée d'un jeune adulte, élaborée pour répondre à toutes ses attentes vers une vie d'adulte réussie, va se trouver confrontée aux réalités sociales et affectives, et s'adapter aux possibles tout en demandant souvent beaucoup d'efforts constants pour rester au plus proche de l'idéal de départ. Bien entendu, la qualité de vie ne se limite pas aux aspirations (qualité de vie espérée). Elle est aussi la qualité de vie évaluée. Elle intervient, en effet, dans l'évaluation de l'action présente ou passée et dans la prise en compte des conséquences de cette action (émotions, sentiments, désirs de changement ou défenses identitaires, etc.).

La qualité de vie en relation intersubjective

Par ailleurs, la qualité de vie personnelle ne se confond pas nécessairement avec la qualité de vie du couple ou de l'entourage proche. C'est la difficile question de l'intersubjectivité. Chacun est, par principe, perçu comme personne autonome, digne de respect, ayant ses propres opinions et intérêts et une représentation personnelle de la qualité de vie (comme droit, caractéristique actuelle ou aspiration). Un effort, nécessaire et constant, d'harmonisation intervient donc. Cet effort articule inévitablement tous les besoins et aspirations, quel que soit leur niveau de « primauté », au regard de la hiérarchie d'A. Maslow. Deux personnes décidant de partager affectivement leur vie, de vivre en couple, vont au départ comparer leurs attentes dans la vie, en faisant des concessions ne remettant pas en cause les valeurs prioritaires de chacun. Leurs attentes doivent s'harmoniser pour éviter de trop grandes frustrations. Les évolutions des qualités de vie espérées vont devoir se faire en même temps chez l'un et chez l'autre, s'ajuster en permanence pour maintenir un bon

6. À propos des rapports entre traumatismes et travail de deuil, voir Métraux J.-C., 2004, *Deuils collectifs et création sociale, Paris, La dispute.*

équilibre des satisfactions réciproques, sous peine de risquer la rupture et la séparation.

Pour établir la durée du couple, chacun de ses membres devra trouver satisfaction à partager sa vie avec l'autre (partager la qualité de vie), quelle que soit l'évolution de l'un ou de l'autre : les évolutions individuelles entraîneront des évolutions dans ce que seront compréhension mutuelle, capacité de redéfinir si nécessaire les valeurs prioritaires, nature des échanges, domaines de partage... Des concessions se mettront donc en place, et ces adaptations réciproques n'auront de cesse toute la vie durant.

À partir des précédents exemples, on peut percevoir que la qualité de vie, dans ses dimensions subjectives, va devenir changeante, mouvante, et ce, à trois niveaux :

- sur le plan individuel, tout au long de la vie de la personne, en fonction des variations de ses besoins et désirs, de ses aspirations et frustrations, de ses capacités et compétences ;
- en relation avec les liens et réseaux relationnels proches (vie familiale, voisinage, amis...);
- en fonction des mutations sociales rapides, liées au monde du travail, au monde social, etc., qui transforment les conditions de vie et nécessitent une adaptation constante, pour soi et pour les proches.

La nécessité d'élaborer une conception dynamique de la personne, de ses interactions et de ses itinéraires

À titre d'exemple, le niveau d'autonomie ne joue-t-il pas un grand rôle dans le niveau minimal de qualité de vie, étant donné le risque de mise en dépendance et d'infantilisation ?

La qualité de vie peut-elle se définir de la même façon à propos des personnes physiquement non autonomes qui ont besoin de l'aide d'autrui pour des actes de la vie courante, mais qui, comme nous l'avons dit, doivent pouvoir choisir leur vie en toute conscience, quitte à se mettre en danger, tout en bénéficiant des aides matérielles indispensables (les personnes vieillissantes en perte d'autonomie, les handicapés sans espoir d'amélioration, etc.) ? On peut aussi évoquer les malades hospitalisés en psychiatrie, sous « camisole chimique » pour éviter de trop

grosses souffrances (qualité de vie), mais en perte d'identité et d'autonomie mentale (donc avec nécessité de faire face à la vulnérabilité et à la dépendance). On peut, enfin, citer les enfants vivant dans la dépendance affective et matérielle des parents ou ceux qui, considérés « en danger », sont pris en charge sur décisions de justice, par des substituts parentaux ou des organismes sociaux, qui ne prennent pas pour autant la place des parents. Dans leurs représentations et leurs attitudes à propos de la qualité de leur vie, comment ces personnes se différencient-elles des adultes physiquement et mentalement autonomes, capables de conduire leur vie affective, sociale, professionnelle, en pleine capacité de leurs moyens physiques, intellectuels et d'un bon équilibre psychologique ?

Une première réponse à ces questions pourrait être d'interroger la façon dont les personnes en difficulté, handicapées ou malades, ou les enfants, perçoivent la qualité de leur vie, mais surtout comment ils réagissent pour améliorer à leur façon la qualité de leur vie.

Prenons un exemple significatif. Elyane Houcke a écrit plusieurs ouvrages sur sa vie, *À Loubrassac où elle sait vivre plus que sa vie* (1992), *Seule... avec la vie et ma vie* (1995) et, plus récemment (2007), *La Magie d'un destin ? Témoignage de vie*, dans lequel elle raconte son enfance, l'évolution de son mal qui, progressivement, arrête sa croissance et lui ôte la capacité de marcher, ses difficultés à assumer son handicap physique, sa rencontre avec Marcel, leur mariage. Quelques citations peuvent permettre de mieux cerner ce témoignage : « *Les enfants sont beaucoup plus sensibles. Ils évoquent surtout les souvenirs qui ne les ont pas épargnés. Ce ne sont pas en tout cas des souvenirs colorés de bonheur... [Mais] un enfant de cinq ans est résistant. Il combat toujours avec force et ardeur. Il garde au fond de lui un espoir qui lui est bien particulier [...]. Je serai handicapée et ne marcherai plus jamais [...]. À partir de ce moment, ma destinée n'a été qu'une succession de combats et de peines qu'il fallait gérer au mieux du quotidien. Dans ma souffrance personnelle et intime, je me suis mise à m'édifier un refuge et une vie bien à moi que personne ne pourrait détruire ou toucher. Dans ma tête et au fond de moi, j'assumais avec force mon handicap [...]. Le monde de la souffrance où j'étais tombée était quand même difficile à partager.* » Mais elle cite, en exergue, la phrase de Simone de Beauvoir : « *Dans toute larme s'attarde un*

7. Ses ouvrages sont publiés à compte d'auteur. Vous pouvez lui écrire à 46130 Loubrassac.

espoir » et raconte ensuite son « cheminement vers le bonheur » (sa rencontre avec Marcel). « Cet amour et ce bonheur me faisaient presque peur [...]. Nous avons décidé tous les deux de ne plus nous quitter. Nous avons pu nous épanouir et notre vie de couple a pu subsister. C'était pourtant douloureux de se sentir rejetés [...]. Je reconnais qu'il est un peu dommage que les gens croient qu'un fauteuil roulant enlève tout pouvoir ou empêche le bonheur [...]. Il faut prendre le temps qui nous est offert, presque à pleines dents, sans haine et sans mépris, mais avec passion, amour et tendresse. Il n'y a finalement que le temps et la persévérance qui peuvent régler nos vies. »

La théorie des capacités (*capabilities*) de A. Sen (1987, 2000) est aussi une façon de répondre à la question de la construction de la qualité de vie. Elle permet justement de montrer qu'il ne suffit pas d'évoquer l'existence formelle de droits, la satisfaction théorique de besoins et la possibilité de construire des aspirations, pour développer une qualité de vie. Comme l'indique J. M. Alexander (2004), il faut pouvoir actualiser les droits dans notre fonctionnement. Nos droits ne deviennent des capacités que par l'accessibilité et l'équité.

Pour accéder au bien-être, il nous faut pouvoir fonctionner correctement, c'est-à-dire, simultanément : avoir la liberté d'agir et d'être, pouvoir faire et pouvoir être ou, encore, effectuer des réalisations, de façon équilibrée, y être reconnu et respecté, pouvoir participer à des décisions collectives. D'après J. L. Dubois et F. R. Mahieu (2002), la constitution de ces capacités dépend de disponibilités (ressources et potentialités, matérielles ou symboliques), de caractéristiques personnelles et d'opportunités ou de contraintes sociales.

Cette théorie, appliquée à l'économie, peut évidemment être recevable dans les autres sciences humaines et sociales, à la condition de s'appuyer sur une représentation claire de ce qu'est une personne et de proposer une théorie de son développement et de sa dynamique. Certains chercheurs français ayant opté pour la théorie des « *capabilities* » ont proposé d'utiliser les théories de la personne de E. Levinas, E. Mounier et A. Sen. C'est un choix judicieux, en termes philosophiques et éthiques. Il nous semble que les travaux de psychologie sur l'identité et la

personnalisation (Tap), sur la psychologie positive (Csikszentmihalyi, 2004 ; Seligman, 2002) et la psychologie humaniste (Maslow, 2008 ; Rogers, 1974) peuvent fort bien s'articuler avec la théorie des « *capabilities* » de A. Sen.

Aussi, on retiendra, pour conclure, ces remarques de J.-L. Dubois et F.-R. Mahieu (2003, p. 8) : « *L'Autre, tout en s'affirmant comme une personne, c'est-à-dire un être humain autonome et capable, demeure vulnérable et s'avère donc souvent en défaut de capacités de faire et d'être. Face à cette situation [...], c'est à travers ma sensibilité à l'Autre [...] que naît ma responsabilité à son égard concernant son épanouissement et son bonheur. [Nous avons une] obligation de veiller au bonheur de l'autre et d'accroître sa capacité de mener une vie correcte [...]. La capacité demeure un concept à construire qui exige une anthropologie et un sujet.* » ■

8. La plupart des économistes francophones refusent de traduire *capabilities* par « *capacités* » et proposent le néologisme « *capabilities* ».



L'EXAMEN PSYCHOLOGIQUE DE L'ENFANT :

clinique et interprétation avec le Wisc-IV

Sous la direction de Robert VOYAZOPOULOS

et Georges COGNET, psychologues cliniciens

Paris : le 03 octobre 2008

GESTION DU PSYCHOTRAUMATISME

Sous la direction de Gérard MARTIN, docteur en psychologie

Les 06-07 octobre 2008

LA COMMUNICATION DES RÉSULTATS, DU BILAN PSYCHOLOGIQUE

Sous la direction de Catherine GUILLEMONT, psychologue clinicienne

Les 09-10 octobre 2008

APPROCHE SYSTÉMIQUE DE PALO-ALTO.

Introduction à la thérapie brève

Sous la direction de Laurent DUKAN, psychologue clinicien

Les 16-17 octobre et 04-05 décembre 2008

PSYCHO-ONCOLOGIE – APPROCHE PSYCHOLOGIQUE DU MALADE ATTEINT DE CANCER

Sous la direction de Véronique DE THUY-CROIZÉ, psychologue clinicienne

Les 17-18 novembre et 08-09 décembre 2008

L'ÉVALUATION THÉRAPEUTIQUE.

Apports de l'examen psychologique de l'adulte

Sous la direction de Dana CASTRO, psychologue clinicienne

Les 24-25 novembre 2008

DANS LE CADRE DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE PERMANENTE propose les formations suivantes :

VICTIMES D'AGRESSIONS, AUTEURS DE VIOLENCE : évaluation et prise en charge

Sous la direction du Dr Roland COUTANCEAU, psychiatre,

et Joanna SMITH, psychologue clinicienne

Les 01-02 décembre 2008

LES MÉDIATIONS THÉRAPEUTIQUES

Sous la direction de Claude STERNIS, psychologue clinicienne

Les 12-13 février, 04-05 juin et 01-02 octobre 2009

INTERVENTION PSYCHOLOGIQUE ET RÉFLEXION ÉTHIQUE

Sous la direction de Roland GEADAH, psychologue clinicien et historien

Les 19-20 mars 2009

APPROCHE SYSTÉMIQUE ET THÉRAPIE FAMILIALE PAR PHASES

Sous la direction de Carole GAMMER, psychologue clinicienne

Les 23-24 mars et 18-19 mai 2009

LE COACHING PROFESSIONNEL AUJOURD'HUI

Sous la direction de Véronique MALBRANCKE,

psychologue clinicienne et coach

Les 30-31 mars 2009

LES ENFANTS INTELLECTUELLEMENT PRÉCOCES

Sous la direction de Georges COGNET

et Robert VOYAZOPOULOS, psychologues cliniciens

Les 28-29 mai 2009

Contenu détaillé, renseignements, inscriptions :

PSYCHO-PRAT' Recherche et Formation Continue – 23, rue du Montparnasse – 75006 Paris

Tél. : 01 53 63 81 55 – Fax : 01 53 63 81 65 – Courriel : formation@psycho-prat.fr