

Qualité subjective de la vie et réadaptation : émergence et évolution conceptuelle

Subjective Quality of Life and Readaptation: The Emergence and Evolution of a Concept

Philippe Corten

Volume 18, numéro 2, automne 1993

Qualité de vie et des services

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/032270ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/032270ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Corten, P. (1993). Qualité subjective de la vie et réadaptation : émergence et évolution conceptuelle. *Santé mentale au Québec*, 18(2), 33-47.
<https://doi.org/10.7202/032270ar>

Résumé de l'article

La qualité subjective de la vie émerge ces dernières années comme un concept central dans les prises en charge thérapeutiques. Cependant la préoccupation de la réintégration des malades mentaux apparaît dès le début de la psychiatrie (1798). Différentes stratégies réadaptatives anglo-saxonnes, germaniques et latines ont été développées, en particulier depuis les années 1950. Une approche au départ objective, le concept de qualité de la vie évolue vers une approche contemporaine essentiellement subjective. L'auteur propose un modèle compréhensif des variables sous-tendant ce concept dans le cadre de la pratique clinique.



Qualité subjective de la vie et réadaptation: émergence et évolution conceptuelle

Philippe Corten*

La qualité subjective de la vie émerge ces dernières années comme un concept central dans les prises en charge thérapeutiques. Cependant la préoccupation de la réintégration des malades mentaux apparaît dès le début de la psychiatrie (1798). Différentes stratégies réadaptatives anglo-saxonnes, germaniques et latines ont été développées, en particulier depuis les années 1950. Une approche au départ objective, le concept de qualité de la vie évolue vers une approche contemporaine essentiellement subjective. L'auteur propose un modèle compréhensif des variables sous-tendant ce concept dans le cadre de la pratique clinique.

La qualité de la vie est devenue ces derniers temps une nouvelle position paradigmatique dans le champ des traitements psychiatriques et en particulier en réadaptation. Le concept est actuellement usé à toutes les fins et l'on pourrait même craindre que d'ici peu il soit vidé de son sens. Une mode de plus, somme toute? Innover suppose, en effet, une certaine cécité de la mémoire, et ce n'est pas le moindre des paradoxes que l'homme soit le plus créatif quand il a le moins appris, et que plus la mémoire du passé peut l'instruire, plus il se répète. L'utopie des révolutions est bien celle-là: vouloir nier l'Histoire. Et la psychiatrie, ce demi-siècle, en a vécu des révolutions: psychiatrie communautaire, antipsychiatrie, psychiatrie biologique... Mais à force d'innover, nous avons fini par croire que les concepts que nous véhiculons sont neufs, au risque d'en perdre la mémoire.

«La culture n'est-elle pas cette étrange présence de ce qui devrait être mort depuis longtemps?» (Michelet)

L'objectif de cet article est de retracer l'évolution du concept de réadaptation à travers le passé lointain et récent de la psychiatrie afin

* L'auteur est neuropsychiatre et médecin spécialiste en réadaptation à l'Hôpital de jour Paul Sivadon, Université Libre de Bruxelles.

de dégager sur quels fondements la préoccupation de la qualité de la vie a surgi.

Nous allons retourner d'abord aux textes des pères fondateurs de la psychiatrie et démontrer que, dès le départ, ils étaient porteurs d'un projet thérapeutique dont le but était la réintégration du patient dans la cité et non son exclusion, comme d'aucuns ont voulu nous le faire croire. À travers l'Histoire, nous verrons comment ce projet a évolué jusqu'à l'apparition de la psychiatrie sociale.

Dans un second temps, à travers les textes scientifiques des cultures latines, anglo-saxonnes et germaniques, nous allons analyser les différentes stratégies imaginées par la psychiatrie sociale afin de réintégrer le patient dans la communauté. Cette utopie féconde a cependant abouti à un grand désarroi: nombre de maladies mentales sont des maladies chroniques et laissent des séquelles!

Dans un troisième temps, nous allons montrer que c'est sur ce désarroi qu'a surgi le concept de qualité de vie. À travers une revue bibliographique nous allons tenter de retracer comment il s'est construit et quelles en sont ses composantes cliniques. Ainsi nous allons mettre en évidence que le concept de qualité de vie est un concept multidimensionnel dont les dimensions principales sont justement celles qu'ont explorées les modèles latins, anglo-saxons et germaniques et la psychiatrie sociale dans ses pratiques réadaptatives.

Histoire des traitements de réadaptation

Le concept de réadaptation s'enracine à l'essence même de la psychiatrie.

«Le trouble mental étant essentiellement fonctionnel et la fonction en cause étant la relation avec les objets et les personnes, donc l'adaptation, peut-on imaginer un processus thérapeutique utile qui ne soit pas une réadaptation?»

Dès l'apparition de la psychiatrie dans le champ de la médecine, la préoccupation de la réadaptation est présente. Pour Pinel, la pratique du traitement des aliénés se fonde sur des traitements dits physiques, mais également sur des traitements dits moraux (entretiens et activation notamment par le travail).

«La paresse, l'indolence et l'oisiveté, vices si naturels aux enfants, dit la Bruyère, disparaissent dans leurs jeux, où ils sont vifs, appliqués, exacts, amoureux des règles et de la symétrie. N'en est-il pas de même des aliénés en convalescence...?... Un mouvement récréatif, ou un travail, arrêtent les divagations insensées des aliénés, préviennent la

congestion de la tête, rendent la circulation plus uniforme et préparent un sommeil tranquille.» (Pinel, 1798, 198)

Foucault dans son «Histoire de la folie» (Foucault, 1976) a été un des grands artisans de la psychiatrie sociale. Avec les pères de celle-ci, il s'y révolte contre l'aliénation des malades mentaux, pointant les processus d'exclusion et l'exploitation abusive des patients. Si cette révolte a été salutaire pour oser rompre avec le passé, néanmoins Foucault regarde l'Histoire avec l'œil — et les préjugés — d'un européen du XX^{ème} siècle¹. C'est pourquoi il nous a semblé indispensable de retourner aux sources historiques mêmes.

Et de fait, dans l'esprit des pionniers comme Esquirol, les maisons d'aliénés n'étaient pas des maisons de redressement. Libérer les aliénés du bagne avait justement été le geste révolutionnaire de Pinel². Les ouvrages de Pinel (1798), d'Esquirol (1838), de Perchappe (1839) restent encore à ce jour des mines d'observations minutieuses et de commentaires judicieux bien qu'anachroniques. Ils y passent en revue diverses formes de traitements de réadaptation (musicothérapie, théâtre, etc...), dissertant sur leurs avantages et inconvénients. Ainsi Esquirol s'enorgueillissait d'avoir exercé plus de trente patients au maniement des armes! Il est vrai qu'à cette époque, la pratique du duel n'était pas encore abolie et que le maniement de l'épée était de mise, même pour un gentilhomme!

«Tous les pensionnaires suivant que l'état de leur raison le permet, se réunissent dans un salon où ils se livrent à divers jeux de société, à la musique, à la danse, mais entre eux et les employés de la maison. Ils ont un billard à leur usage ainsi qu'un très vaste jardin pour se promener. Les convalescents font des courses hors de la maison; les individus dont la raison est encore troublée, obtiennent la même permission, mais alors ils sont accompagnés par un domestique. Les femmes ne sortent jamais seules. Plusieurs malades rendent des visites en-dehors de l'établissement. Un très petit nombre cultivent la terre. Dans l'année 1834, plus de trente de nos malades ont été exercés au maniement des armes. J'espère que par la suite, ce mode de distraction, mieux organisé, s'étendra à un plus grand nombre d'aliénés...» (Esquirol, 1838, Tome II, 289)

Enfin l'ouvrage d'Esquirol se termine par un chapitre d'une science toute neuve dans ce domaine: les statistiques [Quetelet père de la méthode statistique appliquée à des populations publie son ouvrage princeps en 1835! (Quetelet, 1835)]. L'évaluation des programmes de prise en charge est donc d'emblée une préoccupation des pionniers. Bref, pour les pères de cette toute jeune branche de la médecine qu'est la psychiatrie, il ne s'agit pas d'enfermer des pa-

tients dans des asiles et de les y «caser» définitivement; au contraire, on y voit des réflexions sur les projets thérapeutiques, une volonté de restituer le patient à la vie sociale et des programmes de soins visant à développer les habiletés sociales.

On ne saurait trop insister, ici, sur l'intérêt du retour aux textes originaux des pères fondateurs de la clinique. Retour d'autant plus important que cette pratique fut assortie d'effets jusqu'en 1875. Jusqu'alors, comme en témoignent les statistiques du «Worcester Hospital» (USA) (Brown, 1960), il y avait autant d'entrants que de sortants dans les asiles. S'ils ne guérissaient peut-être pas, les malades réintégraient dans leur quasi totalité la société par ces traitements «moraux».

Le grand tournant eut donc lieu dans le dernier quart du XIX^{ème} siècle. Quelques vingt ans auparavant, Gall avait découvert l'origine syphilitique de la paralysie générale, Laënnec venait de découvrir le stéthoscope et le malade, pour être bien observé, devait rester couché et y attendre l'hypothétique remède de sa maladie. Dans l'attente de la guérison, les malades sont restés cloués à leur lit, entraînant l'inflation asilaire que nous avons connue.

C'est après la guerre de 1940-45 qu'un certain nombre de psychiatres ayant vécu dans leur propre chair l'horreur de l'enfermement, se sont éthiquement révoltés contre les pratiques asilaires. Il fallait cependant beaucoup d'utopie pour oser affirmer qu'il était imaginable qu'un schizophrène puisse retourner vivre dans la société. En effet, chose que nous ne connaissons pratiquement plus, l'évolution inéluctable d'un schizophrène était bien souvent la démence (d'où le nom de démence précoce). Dès après la guerre, l'ergothérapie, la sociothérapie et l'ouverture des asiles apparaissent, entraînant une rapide diminution des lits occupés.

Il faut ici aller à l'encontre d'un préjugé largement répandu: ce n'est pas la découverte — certes extraordinaire — des neuroleptiques et des antidépresseurs qui a initié le phénomène. Le chlorpromazine apparaît en 1956, soit plus de 10 ans après le début du mouvement, et l'haloperidol en 1960. Ainsi, c'est d'abord et fondamentalement une position éthique qui a réinstauré le retour des malades mentaux dans la société, les psychotropes venant accélérer le processus, tant en raccourcissant la durée des épisodes aigus qu'en désangoissant les thérapeutes quant à leurs gestes audacieux (Baudour, 1973).

Mouvements contemporains de la clinique de réadaptation

Si nous jetons un regard non plus historique, mais synchronique, nous constatons que trois types de modèles différents se sont

développés après la guerre autour de la pratique de la réadaptation. Ces trois modèles, dans le discours, prétendaient restituer l'autonomie aux malades mentaux, et ils ont en commun un même paradigme: la réhabilitation ne vise pas à réduire prioritairement les symptômes.

«La littérature montre que ce sont les capacités des clients et non leurs symptômes qui déterminent les résultats du processus thérapeutique.» (Anthony, 1979, 76)

Ces modèles se différencient cependant par les stratégies thérapeutiques proposées.

Nous avons d'abord le modèle anglo-saxon qui s'est centré sur le développement des compétences et des performances et dont l'objectif est l'autonomie sociale. Ce modèle, d'une part, s'accommode bien d'un mode de pensée nord-américain fait de compétitivité individuelle et, d'autre part, s'intègre adéquatement à des pratiques cliniques basées sur les théories comportementales.

«L'aspect le plus marquant de la démarche réhabilitative semble être qu'elle permet au client de développer les *compétences* qui lui sont nécessaires pour vivre dans sa communauté et d'utiliser au mieux les services d'aides qui lui sont proposés.» (Anthony, 1980, 76)

«L'essence du programme de réhabilitation, c'est de développer les possibilités des clients et l'aide par la communauté, pas de traiter les symptômes, ni de développer les possibilités d'une réflexion personnelle thérapeutique.» (Anthony, 1980, 76)

Un second modèle plus développé, lui, dans les pays germaniques et scandinaves, s'est orienté vers des concepts orthopédagogiques basés sur des méthodes éducatives avec fortes références normatives. L'objectif en est la structuration et s'épouse à une mentalité fort influencée par le protestantisme. La conformité et l'ordre y sont vus comme des signes d'intégration sociale. L'Échelle OMS pour l'Évaluation d'une Incapacité Psychiatrique (DAS: Disability Assessment Schedule) (W.H.O., 1989), par exemple, semble avoir été fort influencée par ce mouvement dans son élaboration.

Enfin, un troisième modèle s'est développé, lui, dans les pays latins autour de la problématique du désir, du Sujet et de la restructuration du champ intérieur. Forgé par le courant psychanalytique, ce modèle cadrerait mieux avec l'esprit frondeur de ces populations.

«La réhabilitation ne peut être dissociée de la manière dont on envisage «le traitement» des malades mentaux, ni de la stratégie politique, économique et sociale qui va l'inclure. Ce qui est important c'est l'individu, plus encore, le sujet et la manière dont une personne malade trace son itinéraire.» (Jolivet, 1989, 21)

«Il s'agit du double mouvement de transformation du monde et de transformation de soi-même qui permet un mode de relation socialement acceptable tout en préservant l'objectivité du monde et du sujet.» (Sivadon, 1964, 2)

Quarante ans plus tard, force est de constater qu'aucun des trois modèles n'a obtenu les résultats initialement escomptés. En terme de normes, l'image du schizophrène qui travaille, fonde un foyer, a des enfants, mène une vie sociale ou associative est plutôt mythique, voire l'exemple même de l'illusion thérapeutique!

Les objectifs de la réinsertion sociale étaient donc à reconsidérer (Mercier, 1988). Sans doute que viser la norme sociale moyenne était oublier qu'un certain nombre de maladies mentales se soldent par un certain handicap, quelle que soit la qualité du traitement. Mais c'était bien là la base de l'utopie révolutionnaire de la psychiatrie sociale: croire que les déficits observés précédemment n'étaient qu'iatrogènes.

Le concept de qualité de la vie

C'est dans ce contexte de remise en cause des objectifs des traitements de réadaptation, qu'est apparu le concept de qualité de la vie. Ce concept a initialement émergé, vers les années 60 aux USA, dans le cadre du mouvement des indicateurs sociaux³. Il s'agissait de recueillir un certain nombre d'indicateurs permettant d'estimer la qualité de la vie des Américains tels que le nombre de pièces de leur logement, le nombre de salles de bain, ou de voitures (USDHEW, 1969).

Rapidement il apparut cependant qu'il n'y avait aucune corrélation entre la longueur de la piscine d'un citoyen américain et sa satisfaction individuelle; même plus, que seules les appréciations subjectives apparaissaient pertinentes pour évaluer la qualité de la vie.

Parallèlement, l'organisation mondiale de la santé (W.H.O.) est venue introduire dans le champ de la médecine le concept de bien-être. En effet, la santé a été alors définie comme «un parfait état de bien-être physique, mental et social!» (W.H.O., 1978). Cette définition a entraîné un intérêt majeur pour la qualité des soins et la qualité des conditions de vie des patients (surtout atteints de maladies invalidantes...).

La qualité subjective de la vie apparaît dans le champ de la psychiatrie sociale dans les années 80 et devient un mot-clé autonome

dans le *Psychological Abstract* en 1985. En six ans, nous avons recensé 967 articles sur le sujet. C'est dire que le concept risque bien d'être un des concepts majeurs de la décennie à venir.

Premiers écrits

La première étude basée sur un échantillon significatif d'un point de vue épidémiologique a été menée aux États-Unis en 1957 par Gurin (Gurin et al., 1957). Cette première étude tente d'évaluer la santé psychologique à travers le bonheur exprimé et la satisfaction des besoins. En 1961, Bradburn (Bradburn et Caplovitz, 1965; Bradburn, 1969) fait l'hypothèse que le bonheur est basé sur une balance émotionnelle plutôt que sur des différences de type de besoin. Enfin en 1965, Cantrill réalise une gigantesque étude sur 13 pays différents, y compris les États-Unis (Cantrill, 1965). Bien que cet auteur continue à utiliser indifféremment le terme bonheur et satisfaction, il souligne que contrairement à l'hypothèse de Bradburn, la santé ne serait pas déterminée par une balance émotionnelle mais par les aspirations, les besoins et le sentiment de satisfaction subjective.

Campbell

C'est Campbell, en 1976, dans son ouvrage *The Quality of American Life*, qui apportera les fondements conceptuels de la qualité de vie (Campbell, 1976). Sur la base de plus de 2,160 interviews d'Américains, Campbell sera d'abord amené à distinguer la notion de qualité de vie de celle du bonheur (*happiness*), la première faisant référence à une notion de satisfaction tandis que le bonheur a un rapport avec la complétude (*fullfillness*). Rappelons ici qu'étymologiquement le terme «satisfaction» contient le suffixe «satis» qui, en latin, veut dire «assez». Campbell se placera dans une logique maslo-wienne en privilégiant le concept de satisfaction⁴.

Dans un second temps, Campbell sera amené à différencier la notion de satisfaction/qualité de vie de celle de bien-être. La notion de bien-être semblant plus en rapport avec la dimension affective tandis que la notion de satisfaction vient apporter une dimension cognitive: un jugement. «Est-ce assez?»

Dès lors, Campbell s'interroge sur les fondements de ce jugement et dégage deux pôles de référence. Le premier consiste à comparer sa situation par rapport à celle des autres et en particulier celle de ses pairs. Pour qu'il y ait une impression de satisfaction, il faut que cette comparaison aboutisse à la conclusion que notre état actuel est

au moins aussi enviable et même légèrement meilleur que celui des autres. Le second pôle cognitif a trait aux attentes de l'individu: «Que puis-je raisonnablement espérer?» Si les aspirations sont placées trop haut, le sujet ne pourra être que déçu, mais s'il n'y a pas de risque, il n'y a pas de motivation. Le jugement ici n'est donc pas une simple comparaison statique, mais dynamique, nous projetant toujours légèrement au-delà de nous-même.

Ayant ainsi défini l'indicateur par lequel il est possible d'évaluer la qualité de la vie, Campbell va s'attacher à isoler les champs d'investigation. Il isole ainsi des facteurs matériels: l'argent, le logement, l'habillement; des facteurs relationnels: les amours, la famille, le voisinage, et des facteurs sociaux: les temps libres, le travail, par exemple. D'après Campbell lui-même (Campbell et Converse, 1972), ces variables peuvent par ailleurs se hiérarchiser suivant le système de classification de Maslow: besoins de base, besoins de protection, besoins de stimulation, besoins d'appartenance. Il est assez surprenant cependant qu'il n'isole pas de besoins d'actualisation de soi, s'en défendant explicitement (Campbell et al., 1976). Peut-être faut-il replacer cela dans un contexte nord-américain, où les besoins de compétition apparaissent avec une telle évidence que le questionnement sur une éventuelle insatisfaction par rapport au système ne se pose même pas.

Autres auteurs

À cette même époque, Andrew et Withey aborderont, dans un volumineux ouvrage, les questions méthodologiques pour l'évaluation de la qualité de la vie (Andrew et Withey, 1976). La méthode des sémantiques différentielles d'Osgood (opposition d'adjectifs sur une échelle analogique, par exemple) semble la plus valide pour évaluer de telles variables subjectives (Osgood et al., 1957). Par ailleurs, sur le plan technique, trois modes de représentation semblent plus fiables: les échelles «délicieux/terrible», les «cadrans de montre», et les petits visages du plus souriant au plus triste (Andrews et Crandall, 1976). C'est de ce travail que s'est manifestement inspirée l'échelle de Baker et Intagliata couramment utilisée (Baker et Intagliata, 1982).

Des tentatives pour réaliser un Index global de qualité de vie (Campbell et al., 1976; Campbell, 1981) semblent avoir échoué dans leur pertinence pratique et statistique. Qu'apporterait en effet un indice global dans la compréhension du phénomène? Gérin et ses collaborateurs insistent sur l'intérêt particulier des profils qui per-

mettent de définir non pas des «quantités» de satisfaction mais différentes formes qualitatives⁵ (Gérin et al., 1989).

Parmi les auteurs, ceux qui abordent les problèmes conceptuels ne sont pas très nombreux malgré l'abondance des publications sur le sujet. Bigelow, en 1982, soulignera, dans une logique nord-américaine, l'importance d'aborder les questions des performances et des rôles (Bigelow et al., 1982). Attention: *To Perform* en anglais, signifie tenter quelque chose et le réussir, et n'a pas une connotation aussi «sportive» qu'en français. Pour Bigelow, c'est de la réussite de nos actions que nous tirons notre satisfaction.

Bubolz, en 1980, avait insisté, elle, sur l'importance de tenir compte des ressources de l'écosystème. Les aspirations de l'individu sont-elles en concordance avec les moyens dont il dispose, et l'entourage est-il suffisamment riche pour *supporter* (au sens anglo-saxon du terme) les investissements de l'individu? (Bubolz et al., 1980). Par extension, cette approche soulève aussi la pertinence d'évaluer la qualité de vie de l'entourage et des soignants.

Enfin en 1989 Gérin (Gérin et al., 1989) insistera sur l'importance de prendre en compte, à côté des critères de satisfaction, des critères d'importance. Néanmoins, dès 1976, Campbell avait émis les plus vives critiques quant à ce paramètre (Campbell et al., 1976). En effet, il apparaît qu'un moyen de défense commun est de minimiser l'importance d'un événement à haute teneur émotionnelle.

Nouvelles perspectives

Parallèlement à cette émergence conceptuelle, les objectifs mêmes de la pratique réadaptative semblent avoir évolué ce dernier demi-siècle. Dans le discours, l'on pourrait croire que rien n'a changé: il s'agit toujours de rendre le client autonome, mais le sens mis dans le terme autonomie s'est radicalement modifié. Dans les années 60, il est clair que rendre autonome, c'est rendre le patient le moins dépendant possible. Les pratiques visent donc, par divers moyens, à ce que le patient se débrouille le plus possible par lui-même dans le plus de situations possibles. Mais n'est-ce pas là une logique de célibataire? Il y eut, c'est évident, une confusion entre autarcie et autonomie!

Paul Sivadon est probablement le premier auteur significatif à avoir opéré un glissement dans le concept en écrivant en 1973 que «l'autonomie n'est jamais que la diversification des dépendances» (Sivadon, 1973, 379). Être autonome devient: «avoir besoin des

autres». En 1983, Katchnig développe le concept d'interdépendance (Katchnig, 1983). La personne serait autonome parce qu'elle aurait réussi une certaine économie de marché où s'équilibrent, d'une part, les aides et assistance et, d'autre part, les investissements et les échanges développés. Les choses seraient insupportables quand l'aide reçue est plus importante que ce qu'on peut rendre et, inversement, quand la demande d'investissements est supérieure à l'aide reçue. C'est un principe systémique de base: pour qu'un système ouvert reste vivant il faut que les flux entrants et sortants soient en équilibre. Ce qui importe, donc, c'est l'équilibre des flux plus que leur intensité.

Pour illustrer le concept d'interdépendance, nous avons introduit l'expression du «parapluie des interdépendances». Pour qu'un parapluie soit efficace il est en effet indispensable que toutes les baleines s'ouvrent simultanément; une seule viendrait à fléchir et le parapluie ne pourrait plus être utilisé dans l'adversité.

Par ailleurs, dès le début, en choisissant comme paradigme de la réadaptation l'autonomie, les cliniciens entendaient bien restituer la parole au client.

«La recherche de l'accord et de la compréhension du client représente une des différences majeures entre le diagnostic réhabilitatif et le diagnostic psychiatrique.» (Anthony, W., 1980, 77).

Le sens étymologique du mot autonomie est illustratif: auto (soi-même) et nomos (les lois). Être autonome consiste à ne plus être dépendant des lois des autres, de ce que les autres décident pour moi. Mais pour ce faire, il faut avoir soi-même organisé sa propre hiérarchie de valeurs. Et, dans cette fin de XX^{ème} siècle caractérisée par la disparition des valeurs collectives, il n'est pas étonnant que la qualité subjective de la vie ait occupé cette place laissée vacante.

Jusqu'ici, et conformément à la littérature internationale, nous avons assimilé qualité de la vie et satisfaction. Des recherches encore en voie d'élaboration (Pelc et Corten, 1992) semblent montrer que les choses ne sont pas aussi univoques. Certes, pour une partie de la population, le niveau de satisfaction subjective est corrélé avec la notion de qualité de la vie. Ces personnes recherchent un haut niveau d'interdépendances et ont des aspirations socio-culturelles significatives. Un équilibre des flux d'investissement et d'aide semble la source de ce «bonheur», et nous avons fait l'hypothèse que le principe de plaisir exerce chez eux une primauté indiscutable. Mais à côté de ces personnes sensibles à un certain hédonisme, d'autres valorisent le dépassement de soi, l'excellence, au prix d'un déséquilibre

manifeste entre les investissements et les gratifications. La réalisation ou l'actualisation du moi semble chez eux revêtue d'une valeur prioritaire. Enfin, d'autres encore semblent trouver un équilibre de fonctionnement dans une certaine adéquation à la norme et aux valeurs collectives. Est-ce un hasard si ces trois styles de vie, positivement connotés par certains, correspondent aussi aux trois grands courants de la pratique réadaptative? Peut-on par ailleurs prendre parti pour un style plutôt qu'un autre, et au nom de quoi?

Il y a donc lieu de considérer la qualité de la vie comme un concept multidimensionnel; celle-ci résulterait d'un certain équilibre entre ces différents facteurs (hédonisme, réalisation de soi, valeurs collectives) plutôt que d'une saturation d'un seul de ces axes?

«Il vaut mieux être un humain insatisfait qu'un cochon satisfait, il vaut mieux être Socrate insatisfait qu'un fou satisfait.» (John Stuart Mill).

Conclusion

Au cours de ces quarante dernières années le concept d'autonomie a évolué, à l'instar de l'évolution de l'idéologie politique, d'un point de vue «autonomiste» à la «souveraineté association». Ne pouvant plus se référer à des valeurs collectives indiscutables pouvant faire office de références normatives, c'est vers l'opinion du sujet sur ses traitements qu'on s'est tourné.

Par là-même on retournait au sens étymologique du terme autonomie (ne plus dépendre de la «loi» (des décisions) de quelqu'un d'autre que soi.) La qualité de la vie est apparue dans ce contexte comme le point central de ce questionnement au point de devenir une nouvelle position paradigmatique dans l'évaluation de la qualité des soins et des traitements. Dans un premier temps, la qualité de la vie a été assimilée à la notion de satisfaction tout en la différenciant de la notion de bonheur, de complétude ou encore de bien-être. Des études récentes mettent en évidence qu'il s'agit en fait d'un concept multifactoriel et qu'il a donc de multiples facettes. À côté de sujets privilégiant la satisfaction à travers un équilibre des flux d'échanges sociaux source de plaisir, d'autres semblent sensibles à l'excellence, d'autres encore restent accrochés à la prééminence des valeurs collectives. Il n'est dès lors pas surprenant de constater que la clinique de la réadaptation a été traversée par — au moins — trois grands courants: les pays d'Europe latine plus centrés sur le *désir*, les pays anglo-saxons sur le développement de *compétences*, et les pays d'Europe du Nord sur l'*orthonormie*.

NOTES

1. On pointe souvent l'établissement des asiles à la périphérie de Paris comme un signe typique de l'exclusion des malades mentaux de la ville et de la vie sociale. Or, historiquement, c'est justement l'inverse. Les malades mentaux, au lieu d'être envoyés au bagne, étaient maintenant «à moins d'une journée de wagon-poste de la Capitale» («Constans et al., 1878). S'établir aux portes de la cité plutôt que dans une lointaine province n'a de sens que dans le cadre d'un projet de réadaptation.
2. Pour mémoire, l'acte légendaire de Pinel a été d'aller briser les chaînes des aliénés, soustrayant les malades mentaux à l'exclusion et aux travaux forcés. Le geste fondateur de la psychiatrie consistait en un acte de foi autour de la réinsertion des malades mentaux.
3. Mercier et Filion en 1987 dans cette même revue (*Santé Mentale au Québec*) avaient déjà retracé l'émergence du concept dans le cadre des services en santé mentale en se centrant sur l'utilité de ce concept dans la planification et l'évaluation (Mercier et Filion, 1987, 135).
4. Pour rappel, Abraham Maslow est parvenu à identifier un nombre limité de besoins à satisfaire dans la perspective d'une motivation à la réalisation de soi et à hiérarchiser ces besoins suivant un certain ordre chronologique à satisfaire: à la base se trouvent les besoins physiologiques, puis les besoins de stimulation et de protection, puis les besoins d'appartenance et d'amour, puis encore les besoins d'estime de soi et des autres et, enfin, les besoins de réalisation de soi (Maslow, 1972).
5. Dans le cadre d'une analyse qualitative, un index global «écrase» les multiples dimensions, alors qu'un profil permet de dégager divers modes fonctionnels et ainsi de mettre en lumière les différentes facettes de la qualité de la vie.

RÉFÉRENCES

- ANDREWS, F.M., CRANDALL, R., 1976, The Validity of Measures of Self-Reported Well-Being, *Social Indicators Research*, 3, 1-19.
- ANDREWS, F.M., WITHEY, S.B., éd., 1976, *Social Indicators of Well-Being*, New York, Plenum Press, New York.
- ANTHONY, W.A., 1980, Un modèle de réhabilitation en psychiatrie, *Transition*, 4, 75-89.
- ANTHONY, W.A., 1979, *The Principle of Psychiatric Rehabilitation*, University Park Press.
- ANTHONY, W.A., COHEN, M.R. VITALO, R., 1978, The Measurement of Rehabilitation Outcome, *Schizophrenia Bulletin*, 4,3, 365-383.

- BAKER, F., INTAGLIATA, J., 1982, Quality of Life in the Evaluation of Community Support Systems, *Evaluation and Program Planning*, 5,1, 69-78.
- BAUDOUR, J., 1973, Problèmes de planification hospitalière et extrahospitalière, *Acta Psychiatrica Belgica*, 73, 14-32.
- BIGELOW, D.A., BODSKY, G., STEWART, L., OLSON, M., 1982, The Concept and Measurement of Quality of Life as a Dependant Variable in Evaluation of Mental Health Services, in G.H. Stahler et W.R. Tash, eds., *Innovative Approaches to Mental Health Evaluation*, Academic Press Inc., 345-366.
- BRADBURN, N.M., 1969, *The Structure of Psychological Well-Being*, Chicago, Adline.
- BRADBURN, N.M., CAPLOVITZ, D., 1965, *Reports on Happiness, A Pilot Study of Behavior Related to Mental Health*, Chicago — Illinois, USA, Aldine.
- BROWN, G.W., 1960, Length of Hospital Stay and Schizophrenia, A View of Statistical Studies, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 35, 414-430.
- BUBOLZ, M.M., EICHER, J.B., EVERS, S.J., SONTAG, M.S., 1980, A Human Ecological Approach to Quality of Life: Conceptual Framework and Results of Preliminary Study, *Social Indicators Research*, 7, 103-136.
- CAMPBELL, A., 1981, ed., *The Sense of Well-Being in America*, McGraw-Hill, New York.
- CAMPBELL, A., CONVERSE, P.E., RODGERS, W.L., 1976, *The Quality of American Life, Perceptions, Evaluations and Satisfactions*, Russel Sage Foundation, New York.
- CAMPBELL, A., CONVERSE, P.E., 1972, *The Human Meaning of Social Change*, Russel Sage Foundation, New York.
- CANTRIL, H., 1965, *The Pattern of Human Concerns*, Rutgers University Press, New Brunswick, New Jersey, USA.
- CONSTANS, LUNIER, DUMESNIL, 1878, *Rapport général à M. le Ministre de l'intérieur sur le service des aliénés en 1874*, Imprimerie nationale, Paris.
- ESQUIROL, E., 1838, *Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal*, Librairie médicale et scientifique de J.B. Tircher, Bruxelles, Belgique.
- FOUCAULT, M., 1976, *Histoire de la folie à l'âge classique*, Gallimard, Paris.
- GÉRIN, P., DAZORD, A., BOISSEL, J.P., HANAUER, M.T., 1989, L'évaluation de la Qualité de Vie dans les essais thérapeutiques, in G. Strauch et J.M. Husson, eds., *Pharmacologie clinique: actualité et perspective III*, Colloque INSERM, Paris, 159-181.
- GÉRIN, P., DAZORD, A., BOISSEL, J.P., HANAUER, M.T., MOLEUR, P., CHAUVIN, F., 1989, L'évaluation de la Qualité de la Vie dans les essais thérapeutiques, Aspects conceptuels et présentation d'un questionnaire, *Thérapie*, 44, 355-364.

- GURIN, G., VEROFF, S., FELD, S., 1960, *American View their Mental Health*, Basic Books, New York.
- JOLIVET, B., 1989, Traitement et réhabilitation en psychiatrie, *Actualités Psychiatriques*, 3, 21-26.
- KATSCHNIG, H., 1983, Methods for Measuring Social Adjustment, in T. Helgason, éd., *Methodology in Evaluation of Psychiatric Treatment*, Cambridge University Press, Cambridge, 205-218.
- MASLOW, A., éd., *Vers une psychologie de l'être*, Fayard, Paris.
- MERCIER, C., 1988, La réinsertion sociale: entre l'enthousiasme et l'amertume, *Santé Mentale au Québec*, 13, 1, 11-17.
- MERCIER, C., FILION, J., 1987, La qualité de la vie: perspectives théoriques et empiriques, *Santé Mentale au Québec*, 12, 1, 135-143.
- OSGOOD, C.E., SUCI, G.L., TANNENBAUM, P.H., 1957, *The Measurement of Meaning*, University of Illinois Press, Urbana, Illinois.
- PARCHAPPE, M., 1839, *Recherches statistiques sur les causes de l'aliénation mentale*, Germer Baillère, Paris.
- PELC, I., CORTEN, P., 1992, Les pratiques de la psychiatrie sociale, in P.F. Chanoit et J. de Verbizier, éd., *Psychiatrie sociale à l'heure européenne*, Toulouse-France, Erès, 171-178.
- PINEL, P., 1798, *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale, ou de la Manie*, Richard, Caille et Ravier, Paris.
- QUETELET, A., 1835, *Sur l'homme et le développement de ses facultés ou essai de physique sociale*, Bachelier, Paris.
- SIVADON, P., 1973, *Traité de psychologie médicale*, Presses Universitaires de France, Paris.
- SIVADON, P., 1964, *Thérapie et adaptation*, in Société de psychiatrie de l'Est, Xerocopy, Strasbourg, France, 6pp.
- U.S.D.H.E.W., 1969, *Toward a Social Report*, U.S. Department of Health, Education and Welfare, U.S. Government Printing Office, Washington, D.C.
- W.H.O., 1978, *Primary Health Care, Report of International Conference of Primary Health Care*, Alma-Ata (U.S.S.R.), World Health Organization Publication Office, Geneva.

ABSTRACT

Subjective Quality of Life and Readaptation: The Emergence and Evolution of a Concept

In recent years, subjective quality of life has increasingly become a central concept in therapeutic treatment. However, the concern to reintegrate mental health patients has existed since the very

beginning of psychiatry (1798). As a result, various Anglo-Saxon, Germanic and Latin readaptation strategies were developed, particularly since the 1950s. Considered objective at first, the concept of quality of life evolved toward a contemporary approach which is essentially subjective. To discuss the matter, the author presents a comprehensive model of the variables underlying this concept in the context of clinical practice.