

De l'autodétermination proclamée à l'autodétermination réelle : pour une clinique de l'action intégrant la double détermination du sujet

Robert Michit

Résumé

La notion d'autodétermination connaît une diffusion croissante dans les littératures professionnelles du travail social et de l'accompagnement médico-social. Promue comme l'impératif de reconnaître aux personnes en situation de handicap le droit de faire valoir leurs volontés, besoins et désirs comme des déterminations émanant de leur personnalité, cette notion véhicule une ambiguïté fondamentale. En rabattant la détermination sur les seules productions du raisonnement et du système de valeurs, elle omet que la personne est traversée par une double détermination : celle du sujet acteur qui raisonne et celle des conditions matérielles, physiologiques et sociales qui le constituent. À partir du cadre théorique de la Clinique de l'Action, cet article propose une analyse critique de la notion d'autodétermination et développe une conception intégrale articulant les quatre dimensions de l'Identité Psychosociale. Il montre comment l'oubli du Potentiel d'Action, compris comme capacité à intégrer les déterminations subies, conduit à une polarisation sur l'acteur-raisonneur au détriment des conditions réelles d'exercice de l'autonomie, et propose des pistes pour un accompagnement fondé sur le développement des compétences d'action plutôt que sur la seule sollicitation de la volonté.

Mots-clés : autodétermination, Identité Psychosociale, Potentiel d'Action, handicap, accompagnement, Clinique de l'Action

1. Introduction

Depuis une vingtaine d'années, la notion d'autodétermination s'est imposée dans le champ du travail social et de l'accompagnement des personnes en situation de handicap comme un principe cardinal, voire comme un nouvel impératif catégorique. Portée par des courants anglo-saxons (Deci & Ryan, 2000 ; Wehmeyer, 2005) et relayée par les conventions internationales, notamment la Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées, elle inspire désormais les politiques publiques, les référentiels de formation et les pratiques professionnelles.

L'intention est généreuse : reconnaître aux personnes en situation de handicap la capacité d'être auteurs de leur propre vie, de formuler des choix, d'exprimer des préférences et de voir ces déterminations respectées comme émanant de leur personnalité profonde. L'autodétermination serait en quelque sorte le moteur interne — comme le principe de mobilité que le moteur produit est à l'intérieur du véhicule « auto-

mobile » — permettant à la personne de se mouvoir par elle-même dans l'espace social. Cet article soutient que cette conception de l'autodétermination, précisément parce qu'elle localise toute la détermination à l'intérieur du sujet comme puissance de réflexion et de volonté, commet une erreur anthropologique fondamentale aux conséquences pratiques considérables. Elle oublie une seconde source de détermination, tout aussi interne à la personne mais de nature radicalement différente : celle qui provient des conditions matérielles, physiologiques et sociales qui constituent l'humanité concrète du sujet et que celui-ci ne choisit pas — ce que la Clinique de l'Action nomme le Potentiel d'Action.

Nous montrerons que cet oubli ne relève pas d'une simple omission théorique, mais qu'il pervertit structurellement l'accompagnement en maintenant les professionnels dans une relation qui survalorise la capacité réflexive des personnes au détriment du développement de leurs compétences effectives à agir dans et avec les contraintes du réel.

2. L'autodétermination : promesses et ambiguïtés d'une notion

2.1. Genèse et diffusion d'un concept

La théorie de l'autodétermination (*Self-Determination Theory*), développée initialement par Deci et Ryan (1985, 2000) dans le champ de la psychologie de la motivation, postule que tout être humain possède trois besoins psychologiques fondamentaux : le besoin de compétence, le besoin d'appartenance sociale et le besoin d'autonomie. Ce dernier, entendu comme la capacité à se percevoir comme la source de ses propres actions, constitue le cœur de l'autodétermination.

Dans le champ du handicap, Michael Wehmeyer (1996, 2005) a opérationnalisé ce concept en définissant l'autodétermination comme « la capacité d'une personne à agir comme l'agent causal principal de sa propre vie, à faire des choix et à prendre des décisions concernant sa qualité de vie, libre de toute influence ou interférence externe indue ». Cette définition a connu un succès considérable et structure aujourd'hui la plupart des programmes d'accompagnement et d'éducation à l'autodétermination.

2.2. Un glissement sémantique révélateur

L'étymologie même du terme porte en elle l'ambiguïté que nous souhaitons analyser. « Auto-détermination » : la détermination vient de soi, et de soi seul. La métaphore automobile est éloquente : de même que le véhicule trouve en lui-même le principe de son mouvement, la personne trouverait en elle-même le principe de sa détermination.

Or, qu'est-ce que la personne trouve précisément en elle-même ? Dans la conception dominante, elle y trouve ses désirs, ses préférences, ses valeurs, ses projets — en un mot, les productions de son système de valeurs et de son système de raisonnement.

L'autodétermination est ainsi rabattue sur la capacité du sujet à énoncer ce qu'il veut, à formuler des projets de vie, à exprimer des choix.

Ce glissement est lourd de conséquences. Il assimile subrepticement la personne à sa capacité réflexive et énonciative, laissant dans l'ombre tout ce qui, dans la personne, ne relève pas de cette capacité.

2.3. L'impensé de la notion : la détermination subie

Ce que la notion d'autodétermination omet radicalement, c'est que le sujet n'est pas seulement *cause* de ses actions ; il est aussi, et simultanément, *effet* de déterminations qui le traversent et le constituent. Ces déterminations sont de plusieurs ordres :

- **Des déterminations physiologiques** : le corps, ses limitations, ses pathologies, ses fatigues, ses besoins vitaux qui s'imposent au sujet ;
- **Des déterminations matérielles** : l'environnement physique, les ressources disponibles, les contraintes architecturales ou techniques ;
- **Des déterminations sociales** : les normes, les institutions, les rapports de dépendance, les assignations identitaires, les histoires familiales et relationnelles.

Ces déterminations ne sont pas extérieures à la personne, comme des obstacles que sa volonté pourrait contourner. Elles sont constitutives de son humanité concrète. Le sujet en situation de handicap est précisément celui pour qui ces déterminations pèsent avec une force particulière, rendant l'écart entre la volonté énoncée et l'action réalisable potentiellement considérable.

3. La double détermination : un cadre théorique issu de la Clinique de l'Action

3.1. L'Identité Psychosociale comme modèle intégrateur

La Clinique de l'Action (Michit, 1998, 2015) propose un modèle de la personne qui permet de dépasser l'opposition stérile entre détermination par soi et détermination par les conditions. Ce modèle, celui de l'Identité Psychosociale, structure la personne selon quatre dimensions interdépendantes :

Dimension	Ce qu'elle recouvre	Logique
Position Sociale	Statuts, rôles, appartenances, ressources, contraintes	Ce que je DOIS

Dimension	Ce qu'elle recouvre	Logique
Système de Valeurs	Croyances, idéologies, représentations du juste et du souhaitable	Ce que je VEUX
Système de Connaissances et de Raisonnement	Savoirs, compétences techniques, logiques, schémas mentaux	Ce que je SAIS
Potentiel d'Action	Capacité effective à agir, structurée en quatre capacités précises	Ce que je FAIS

La notion d'autodétermination, telle qu'elle est actuellement promue, se concentre presque exclusivement sur les deux dimensions médianes — le Système de Valeurs et le Système de Connaissances/Raisonnement — en les confondant parfois. Elle postule que si la personne sait ce qu'elle veut (valeurs) et sait comment le formuler (raisonnement), alors elle est autodéterminée. L'accompagnement consiste alors à solliciter l'expression de la volonté et à la prendre en compte.

3.2. Le théorème fondamental et sa portée critique

Or, la Clinique de l'Action énonce un théorème qui contredit frontalement ce postulat : « **Ce n'est pas parce que je DOIS, VEUX ou SAIS que je FAIS.** »

Ce théorème, aussi simple qu'il est radical, met en lumière l'erreur catégorielle de l'autodétermination proclamée. La capacité à vouloir (valeurs) et à énoncer ce vouloir (raisonnement) ne garantit nullement la capacité à agir conformément à ce vouloir. Entre le projet de vie conceptuel et sa réalisation effective, il y a un abîme que seule la quatrième dimension — le Potentiel d'Action — peut combler.

3.3. La structure du Potentiel d'Action : les quatre capacités

Le Potentiel d'Action n'est pas une notion vague désignant une « énergie » ou une « motivation » à agir. Il possède une structure précise, analysable en quatre capacités distinctes :

1. **Capacité 1** : Percevoir et énoncer un « premier récit » de la difficulté rencontrée.
2. **Capacité 2** : Décrire précisément, de manière chronologique et factuelle, les événements d'une situation particulière (passer de l'émotion à la description objective).
3. **Capacité 3** : Identifier la nature des actions selon leurs formes décisionnelles, et identifier les actions concomitantes (Loi d'Action).

4. **Capacité 4** : Maîtriser le micro-processus décisionnel — percevoir un nombre suffisant d'éléments de la situation, les hiérarchiser selon des importants identifiés, et choisir un moyen d'action ajusté.

Ces capacités ne relèvent pas du Système de Connaissances. Une personne peut parfaitement « savoir » ce qu'il faut faire (capacité cognitive) sans « pouvoir » le faire (capacité d'action). C'est précisément ce qui se produit lorsque les compétences fondamentales qui structurent le Potentiel d'Action n'ont pas été acquises durant les premières étapes du développement, souvent en raison de traumatismes, de carences éducatives ou de conditions de vie entravantes.

4. Comment l'oubli de la double détermination pervertit l'accompagnement

4.1. La polarisation sur l'acteur-raisonneur

Lorsque les professionnels sont formés à l'autodétermination entendue comme respect de la volonté exprimée, ils se trouvent structurellement orientés vers une posture qui sollicite et valorise la capacité réflexive et énonciative de la personne accompagnée. Cette polarisation produit au moins quatre effets pervers.

Premièrement, elle crée une injonction paradoxale à l'autonomie : « Soyez autodéterminé, exprimez votre volonté ! » — alors même que la personne peut se trouver dans l'incapacité structurelle d'accéder à ses propres déterminations internes. La sommation d'exprimer un désir ou un projet peut fonctionner comme une violence douce à l'égard de celui qui ne dispose pas des compétences pour le faire.

Deuxièmement, elle rend invisible le déficit de Potentiel d'Action. Si la personne formule un projet (par exemple, vivre en logement autonome) et que le professionnel prend acte de cette « autodétermination » sans évaluer les conditions effectives de sa réalisation, le risque est double : soit le projet échoue et la personne est tenue pour responsable d'un échec qui n'est pas le sien (c'est son « manque de volonté » ou son « ambivalence »), soit le professionnel se substitue à la personne pour réaliser le projet, maintenant ainsi une dépendance pratique sous couvert d'autonomie proclamée.

Troisièmement, elle occulte le fait que le Potentiel d'Action doit se reconstruire ou se construire *avant* que l'autodétermination ne devienne effective. L'autodétermination n'est pas un préalable, c'est un aboutissement. La prendre comme point de départ de l'accompagnement, c'est confondre l'objectif avec la méthode.

Quatrièmement, elle entretient une confusion sur la notion même de choix. Exprimer une préférence entre deux options présentées par autrui n'est pas la même chose que déterminer soi-même les termes de la situation. Or, c'est trop souvent à cette forme dégradée d'autodétermination que se réduit la pratique : le professionnel propose des

choix dans un cadre qu'il a lui-même défini, et nomme « autodétermination » le fait que la personne désigne l'une des options.

4.2. La négation des déterminations subies

Le second grand effet pervers de l'autodétermination proclamée est la négation ou la minimisation systématique des déterminations que la personne subit et qu'elle ne contrôle pas.

Prenons l'exemple d'une personne présentant une déficience intellectuelle associée à des troubles du comportement. Ses déterminations subies incluent : une fatigabilité cognitive rapide, une difficulté à traiter plusieurs informations simultanément, une sensibilité exacerbée aux stimulations environnementales, des ruptures de parcours institutionnel, une histoire de mises en échec répétées, une dépendance matérielle à des aidants. Toutes ces déterminations sont *internes* à sa situation et agissent *en elle* sans qu'elle les ait choisies. Lui demander : « Que voulez-vous faire ? Quel est votre projet ? » sans avoir pris la mesure de ces déterminations, c'est en réalité lui demander un exercice pour lequel elle n'est pas équipée — et lui renvoyer, en cas d'incapacité à répondre, une image d'elle-même comme « pas assez autodéterminée ».

4.3. La perversion du travail social : le professionnel en porte-à-faux

Le travailleur social ou le professionnel de l'accompagnement se trouve placé dans une position intenable par cette conception tronquée de l'autodétermination. D'un côté, il est tenu de respecter la volonté exprimée par la personne comme manifestation de son autodétermination ; de l'autre, il constate souvent l'écart entre cette volonté et les conditions réelles de sa réalisation. Il oscille alors entre deux écueils :

- **L'écueil du respect absolutisé** : il prend acte de la volonté exprimée et laisse la personne s'engager dans une voie pour laquelle elle n'a pas les compétences d'action, ce qui aboutit à l'échec et à la souffrance.
- **L'écueil de la substitution paternaliste** : constatant l'écart, il décide pour la personne, au nom de sa protection, ce qui nie radicalement l'autodétermination.

Dans les deux cas, le professionnel ne fait pas son travail d'accompagnement au développement du Potentiel d'Action, car la notion même d'autodétermination, dans son acception courante, ne lui fournit pas les outils conceptuels pour le penser.

5. Vers une autodétermination intégrale : propositions pour une clinique de l'action

5.1. Reconnaître la double détermination comme condition anthropologique

La première exigence est théorique : il s'agit de reconnaître que la personne humaine est constituée par une double détermination. Elle est à la fois :

- **Sujet de détermination** : capable, dans des conditions favorables, de produire des choix, des projets, des préférences à partir de ses valeurs et de son raisonnement.
- **Objet de déterminations** : traversée, structurée et conditionnée par des forces physiologiques, matérielles et sociales qui ne dépendent pas de sa volonté et qui agissent en elle.

Cette double condition n'est pas une pathologie du sujet handicapé — elle est la condition anthropologique de tout être humain. Le handicap ne fait que rendre plus visibles et plus contraignantes ces déterminations subies qui, chez le sujet « valide », peuvent être suffisamment discrètes pour être ignorées ou déniées.

5.2. Structurer l'accompagnement autour du développement du Potentiel d'Action

La conséquence pratique de cette reconnaissance est un renversement de la logique d'accompagnement. Il ne s'agit plus de partir de la volonté exprimée pour tenter de la réaliser, mais de partir du Potentiel d'Action de la personne pour le développer, afin que la volonté puisse *in fine* s'incarner dans des actions effectives.

Cela suppose, pour le professionnel, de savoir évaluer les quatre capacités constitutives du Potentiel d'Action :

Capacité évaluée	Question professionnelle	Indicateur
Capacité 1	La personne peut-elle énoncer une difficulté sans s'effondrer émotionnellement ?	Présence d'un « premier récit »
Capacité 2	La personne peut-elle décrire chronologiquement un événement ?	Précision factuelle, chronologie
Capacité 3	La personne peut-elle identifier ce qu'elle fait aux autres et à elle-même ?	Discrimination des actions concomitantes
Capacité 4	La personne peut-elle prendre en compte plusieurs perceptions et les hiérarchiser ?	Processus décisionnel complet

Lorsque ces capacités sont en carence, le travail d'accompagnement doit se concentrer sur leur reconstruction progressive, selon une progression développementale qui respecte l'état réel du Potentiel d'Action.

5.3. Une éthique de l'accompagnement fondée sur la double détermination

L'éthique de l'accompagnement qui découle de cette approche ne se réduit pas au respect de la volonté exprimée. Elle consiste à :

1. **Accueillir la volonté exprimée** comme un indicateur des valeurs et du système de raisonnement de la personne — pas comme un programme d'action.
2. **Évaluer l'écart** entre cette volonté et le Potentiel d'Action disponible.
3. **Travailler prioritairement au développement des compétences d'action** qui permettront à la volonté de devenir effective.
4. **Respecter le rythme de développement** du Potentiel d'Action, qui n'est pas le rythme de la volonté ni celui du raisonnement.
5. **Reconnaître que protéger n'est pas nier l'autonomie** lorsque la protection est nécessaire au temps du développement des compétences.

Cette éthique se déploie dans l'univers de relation de la Protection bien compris — celui où le professionnel aide sans dominer, soutient sans se substituer, et préserve l'autonomie future tout en prenant acte de la dépendance présente.

6. L'angoisse de l'autodétermination : quand la volonté se retourne contre elle-même

Un phénomène clinique mérite une attention particulière : l'angoisse que peut produire l'injonction à l'autodétermination chez des personnes dont le Potentiel d'Action est en carence. La Clinique de l'Action a mis en évidence la structure de l'angoisse : un micro-processus décisionnel incomplet où une seule perception est mise en lien avec un seul important, produisant une anticipation d'un futur nécessairement négatif.

Lorsqu'une personne est sommée d'exprimer sa volonté alors qu'elle ne possède pas les compétences pour traiter la complexité de la situation, elle se trouve confrontée à une exigence pour laquelle elle n'a pas de moyen. Cette situation produit angoisse, culpabilité ou repli. L'injonction à l'autodétermination devient alors paradoxalement la source d'une souffrance supplémentaire, que l'accompagnement bienveillant interprète parfois comme un « manque de motivation » ou une « ambivalence » du sujet — là où il s'agit d'une incapacité structurelle à intégrer les déterminations subies dans le processus décisionnel.

L'accompagnement doit donc non seulement développer le Potentiel d'Action, mais aussi protéger la personne des effets délétères d'une conception de l'autodétermination qui, en la réduisant à sa dimension réflexive, la confronte à des exigences disproportionnées par rapport à ses compétences réelles.

7. Conclusion

L'autodétermination, telle qu'elle est actuellement théorisée et promue dans les champs du travail social et de l'accompagnement médico-social, repose sur une anthropologie incomplète. En faisant de la volonté et du raisonnement les seules sources de la détermination personnelle, elle oublie que la personne est aussi traversée par des déterminations physiologiques, matérielles et sociales qui conditionnent sa capacité effective à agir. Cette omission n'est pas théoriquement neutre : elle produit des pratiques d'accompagnement qui, sous couvert de respect de la volonté, maintiennent les personnes dans l'incapacité d'agir et les professionnels dans une oscillation stérile entre abstention respectueuse et substitution paternaliste.

La Clinique de l'Action propose un dépassement de cette aporie en articulant les quatre dimensions de l'Identité Psychosociale et en faisant du développement du Potentiel d'Action le cœur de l'accompagnement. L'autonomie véritable n'est pas donnée par la proclamation des droits ou par la sollicitation de la volonté. Elle se construit patiemment, au rythme du développement des compétences effectives, dans la reconnaissance que le sujet est à la fois source de détermination et traversé par des déterminations qu'il n'a pas choisies. C'est en travaillant cette double condition, sans en nier aucune des deux faces, que l'accompagnement peut devenir véritablement émancipateur.

Références

- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1985). *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. Plenum Press.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (2000). The « what » and « why » of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*, 11(4), 227-268.
- Michit, R. (1998). Identit »é psychosociale diagnostic et renforcement, Grenoble MC2R
- Michit, R. (2025). *La clinique de l'action : Fondements théoriques et applications*. <https://ceferh.webnode.page>.
- Michit R/ (2001) *Identité psychosociale et potentiel d'action : un modèle intégrateur pour l'accompagnement*. Dans P. Tap (dir.), *Identité et développement* (pp. 145-172). Érés.
- Wehmeyer, M. L. (1996). Self-determination as an educational outcome: Why is it important to children, youth, and adults with disabilities? Dans D. J. Sands & M. L. Wehmeyer (dir.), *Self-determination across the life span: Independence and choice for people with disabilities* (pp. 17-36). Paul H. Brookes.
- Wehmeyer, M. L. (2005). Self-determination and individuals with severe disabilities: Re-examining meanings and misinterpretations. *Research and Practice for Persons with Severe Disabilities*, 30(3), 113-120.

