

Article

« Pour une sociologie de l'intervention en santé mentale »

Jacques Rhéaume et Robert Sévigny

Santé mentale au Québec, vol. 13, n° 1, 1988, p. 95-104.

Pour citer cet article, utiliser l'information suivante :

URI: <http://id.erudit.org/iderudit/030429ar>

DOI: 10.7202/030429ar

Note : les règles d'écriture des références bibliographiques peuvent varier selon les différents domaines du savoir.

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter à l'URI <https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/>

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche. Érudit offre des services d'édition numérique de documents scientifiques depuis 1998.

Pour communiquer avec les responsables d'Érudit : info@erudit.org

Pour une sociologie de l'intervention en santé mentale

Jacques Rhéaume*
Robert Sévigny*

Les intervenants en santé mentale développent une connaissance du social qui fonde leur pratique de l'intervention, lui donnant sens et orientation. C'est ce que les auteurs appellent la « sociologie implicite » des intervenants, dont sont présentés les principaux éléments à partir d'une recherche menée auprès d'intervenants dans des milieux cliniques, en pratique privée ou dans des organismes « alternatifs ». Quelle conception se font-ils, se font-elles de la santé/maladie mentale? De leur clientèle? De l'intervention? Comment voient-ils, voient-elles le contexte organisationnel et sociétal de leur pratique? Leur « rôle » social? Finalement, il est indiqué comment la réflexion sociologique peut contribuer à une meilleure connaissance de la pratique d'intervention.

Nous présentons dans ce texte quelques réflexions qui découlent d'une recherche que nous venons de compléter¹ sur ce que nous avons appelé « la sociologie implicite » des intervenants et intervenantes en santé mentale. Ces réflexions s'organisent autour des dimensions suivantes :

- 1) D'abord, il convient de dire un mot sur notre démarche de recherche, en particulier sur cette notion de « sociologie implicite » à laquelle nous accordons une grande importance.
- 2) Ensuite, nous dégageons les idées principales qui correspondent, selon nous, à la sociologie implicite des intervenants et intervenantes que nous avons interrogés, en particulier la conception qu'ils se font de la santé ou de la maladie mentale et celle qu'ils se font de la société plus globale.

La sociologie implicite

Qu'entendons-nous par cette idée de la « sociologie implicite »² que les intervenants développent à propos de leur pratique? C'est une « sociologie », et nous voulons simplement signifier ici que c'est un savoir relativement organisé sur le social; c'est aussi un savoir qui demeure en grande partie « implicite »,

non dit ou non explicité, du moins en comparaison d'un savoir « disciplinaire » qui correspondrait davantage à la « spécialité » d'un intervenant, comme la théorie psychologique ou psychiatrique à laquelle il peut se référer. Notons que nous pourrions inverser la formule et parler, pour nos hommes politiques, nos gestionnaires ou nos sociologues d'une « psychologie implicite » à leur discours ou à leur pratique. Ce serait dans le sens alors de la connaissance que tout intervenant se fait de la personne humaine, quand il parle de sa pratique.

Nous pensons que l'intervenant ou l'intervenante qui décrit, explique, parle de sa pratique d'intervention fait ainsi appel à une connaissance du social qui lui permet de définir et de fonder en partie cette pratique. En ce premier sens, les cadres sociaux sont présents au cœur de tout discours sur la pratique. Par exemple, quand un intervenant définit ce qu'est un comportement normal ou anormal, il est bien difficile de ne pas invoquer la référence aux autres ou à un contexte social minimal.

La notion de sociologie implicite véhicule aussi d'autres significations. Nous avons préféré l'usage de ce terme somme toute assez général à d'autres comme « l'idéologie », le « sens commun », la « représentation », même s'il s'agit de notions très proches. En effet, ces dernières sont très « chargées », sociologiquement parlant. Il arrive fréquemment, par exemple, que l'on oppose le savoir idéologique, ou celui du sens commun au savoir scientifique, en établissant un rapport hiérarchique entre le savoir incomplet, plus ou moins biaisé et faux, subjectif,

* Jacques Rhéaume est professeur au département des communications de l'UQAM et Robert Sévigny est professeur au département de sociologie de l'Université de Montréal. Cet article a fait l'objet d'une présentation au colloque Ailleurs et autrement...mais comment?, le 7 avril 1988.

qui serait la marque du sens commun ou de l'idéologie, et le « vrai » savoir plus rigoureux, contrôlé, objectif qui serait celui de la science³. La notion de représentation offre à cet égard une plus grande neutralité, mais elle connote souvent l'idée d'une pure construction subjective, interne au sujet, plus ou moins cristallisée.

Pour nous, la sociologie implicite n'est pas un savoir incomplet ou faux que viendrait redresser un « vrai » savoir sociologique explicite. Il s'agit d'une connaissance pertinente, un « autre » savoir que développe le praticien. C'est plus aussi qu'une « représentation » : c'est une « sociologie », c'est-à-dire un savoir relativement organisé et complexe, un savoir qui se développe d'une façon dynamique, en rapport avec la pratique de l'intervention et au cœur d'un système de relations sociales.

Enfin, l'idée d'étudier la sociologie implicite des intervenants repose sur une conviction que l'intervenant est dans une position de témoin privilégié dans le champ de la santé mentale. La connaissance du social qu'il développe au sein de sa pratique peut nous aider à mieux comprendre les enjeux de société qui se posent en santé mentale. En même temps, c'est une connaissance qui accompagne, donne du sens et contribue à définir une orientation pour la pratique de l'intervention. Cette connaissance propre aux intervenants peut être confrontée, pensons-nous, à une réflexion sociologique qui est celle des sociologues. Cette confrontation de deux interprétations, de deux langages différents utilisés pour comprendre la réalité sociale peut favoriser des réflexions nouvelles, de part et d'autre.

C'est un peu tout cela que veut dire l'expression de « sociologie implicite ».

Démarche de la recherche : échantillon, entrevue, schéma d'analyse de contenu

C'est sur cette base que nous avons entrepris d'étudier, il y a cinq ans maintenant, la sociologie implicite d'intervenants et d'intervenantes en santé mentale. Nous avons alors réalisé une série d'entrevue en profondeur auprès de quarante intervenants oeuvrant dans le champ de la santé mentale.

Nous entendons par « intervention en santé mentale » celle où un intervenant vise à agir directement auprès d'une (ou de plusieurs) personne (s) pour l'aider (ou les aider) à surmonter des difficultés personnelles de type psychologique et/ou à développer

l'intégrité ou l'autonomie psychologique personnelle. Cette définition exclut les formes plus indirectes d'intervention qui ont aussi un impact sur la population concernée : interventions administratives, politiques, légales... Mais elle inclut déjà un très vaste éventail de pratiques.

Nous avons regroupé les intervenants rencontrés en quatre groupes qui nous semblaient correspondre à diverses formes d'intervention, en fonction des approches théoriques utilisées, des lieux de pratiques et des clientèles. Un premier groupe est constitué de quatorze intervenants oeuvrant en milieu psychiatrique, principalement des psychiatres et des psychologues, (6 psychologues et 4 psychiatres), et quelques autres professionnels (2 infirmières, 1 ergothérapeute, 1 travailleuse sociale). Un deuxième groupe, d'une dizaine de personnes est formé de psychologues qui font de la psychothérapie en bureau privé. Ces psychologues sont d'orientations variées mais ont tous été formés à une approche de base de type existentiel-humaniste. Un troisième groupe (8 personnes) comprend des personnes qui s'identifient à des pratiques « alternatives » en santé mentale. Enfin, un quatrième et dernier groupe (6 personnes) se situent à la marge ou la périphérie du domaine de pratiques identifiées à la santé mentale et peuvent être caractérisée comme un autre type de pratiques « alternatives » (des approches spirituelles, corporelles, de relations humaines).

Cet ensemble de quatre groupes ne recouvre qu'en partie seulement le champ des pratiques en santé mentale, que l'on peut se représenter comme un ensemble comprenant une série de cercles concentriques qui correspondent à autant de secteurs différents définis par leur distance relative par rapport au noyau central où se situe la pratique psychiatrique. Nous aurions ainsi cinq grands secteurs de pratique :

- 1) Un noyau central : la pratique psychiatrique.
- 2) Les structures intermédiaires de transition et de réinsertion sociale.
- 3) Les services de première ligne et de prévention.
- 4) La pratique de la psychothérapie en bureau privé ou en petites cliniques, privées.
- 5) Les pratiques alternatives à la psychiatrie, et les pratiques alternatives « périphériques ».

Notre échantillon de pratiques d'intervention comprend peu ou pas de gens des niveaux 2 et 3 de ce schéma, soit les gens qui oeuvrent dans diverses structures intermédiaires (comme une maison

de transition, des appartements supervisés) ou dans des services de première ligne (comme un Centre local de services communautaires). Nous n'avons pas inclus non plus d'intervenants qui ont une approche strictement bio-médicale⁴, au cœur de la pratique psychiatrique instituée. Cette approche demeure toutefois une référence centrale dans toute notre analyse.

Nous avons fait une analyse de contenu à partir de la transcription intégrale des entrevues de type semi-dirigé dont la durée variait de 3 1/2 heures à 4 heures. Au total, environ 3500 pages à analyser ! Notre grille d'analyse reposait sur les six thèmes suivants :

- A. Conception de la santé/maladie mentale.
- B. Conception de l'intervention.
- C. Cadres professionnel et organisationnel de l'intervention.
- D. Cadres sociaux d'appartenance.
- E. Rapport à la société globale.
- F. Identité personnelle.

Ces grandes catégories, très générales, sont ensuite précisées par un certain nombre de dimensions et d'indicateurs. Ces catégories générales, au départ, correspondaient à un souci que nous avions d'utiliser un schéma conceptuel le moins contraignant possible par rapport au contenu et aux interprétations des divers acteurs en cause. Un tel schéma heuristique constituait un guide de questionnement ouvert qui permettait des interprétations divergentes chez les intervenants entre eux et entre les chercheurs et les intervenants. La base minimale d'un tel schéma repose sur des repères inévitables, selon nous, dans la construction du cadre social de la pratique d'intervention, repères qui constituent nos grands thèmes d'analyse : c'est quoi la santé ou la maladie mentale ? C'est quoi la nature de l'intervention ? Dans quels contextes organisationnel et professionnel se développe-t-elle ? Quels sont les liens d'appartenance qui définissent l'intervenant ou le client ? Quel rapport peut-on faire entre l'intervention et la société globale ? Comment se définit-on, en tant intervenant ou intervenante ? C'est à partir de ces grandes questions que nous présentons les principaux éléments d'une sociologie implicite de l'intervention en santé mentale tels qu'ils se dégagent des entrevues analysées.

Sociologie implicite et conception de la santé/maladie mentale

1. Un premier élément qui ressort de l'analyse des entrevues, et il se retrouve de façons diverses chez les 40 intervenants est la reconnaissance d'un « noyau dur » de la maladie mentale, de personnes atteintes de troubles graves de la personnalité comme la psychose ou la schizophrénie, de cas lourds qui nécessitent des soins prolongés et soutenus dans le cadre de l'hôpital ou de la clinique. C'est la base première de « l'institution » psychiatrique. Les intervenants vont se définir en partie selon la distance plus ou moins grande qu'ils prennent par rapport à ce noyau de référence.⁵ Pour les uns, ces cas lourds font partie de leur clientèle en psychiatrie ; pour les autres, ils n'en font pas partie (les psychologues en bureau privé) ou en partie seulement (pratiques alternatives). C'est aussi en fonction de cette référence première à la maladie mentale grave que les intervenants des alternatives « périphériques » précisent qu'ils ne travaillent pas vraiment dans le champ de la santé mentale, puisque leur clientèle n'est pas de ce type.

2. Tout un éventail de catégories est utilisé pour identifier et nommer la clientèle. Beaucoup d'entre elles évoquent le contexte social de la pratique. Parler de patient, de client, de bénéficiaire, d'utilisateur ou de membre est déjà une façon de référer à divers contextes organisationnels correspondants : le milieu médical, la pratique privée, le service public, l'alternative. Ou encore, on fait appel à l'appartenance à de grands ensembles sociaux comme les catégories d'âge (enfant, adolescent), de sexe, d'ethnie pour définir autant de clientèle spécialisées, qui présentent des difficultés particulières.

La référence au social se retrouve aussi dans l'utilisation de catégories plus psychologiques ou psychiatriques, comme celles d'une grande classification comme le DSM III (*Diagnosis Statistical Manual*) et dans les réactions diverses qu'elles suscitent chez les groupes d'intervenants. Ces catégories cliniques sont d'usage courant en milieu psychiatrique, mais elles sont présentes également chez presque tous les intervenants. Elles sont remises en question radicalement par les intervenants des pratiques alternatives qui en soulignent les effets de marginalisation sociale ou de dépersonnalisation pour les personnes qui souffrent de troubles mentaux, les « psychiatriés » pour reprendre une de leurs expressions. Elles sont critiquées aussi, et souvent pour les mêmes rai-

sons, par ceux qui travaillent en milieu psychiatrique. Elles sont moins utilisées par les autres groupes d'intervenants (psychologues en bureau privé et intervenants alternatifs de la périphérie).

Les intervenants vont s'appuyer sur d'autres façons de décrire leur clientèle qui impliqueraient moins une telle référence clinique à la maladie et à la pathologie. Ils vont préférer utiliser des descriptions « fonctionnelles » (problèmes, troubles, difficultés,) ou des indications qui réfèrent à l'expérience vécue de la maladie (souffrance, angoisse, solitude) plutôt que de parler de maladie comme telle. Pour les thérapeutes d'inspiration existentielle-humaniste ou pour des intervenants qui s'identifient à des approches spirituelles, les difficultés de leur clientèle sont davantage définies par des notions comme le « manque d'authenticité », le « mal de vivre » ou une « conscience » non éclairée. Ainsi, l'utilisation des catégories pour définir la clientèle exprime l'importance du langage clinique comme pôle central de référence et la différence de positions des intervenants quant à leur rapport à l'institution clinique.

3. Les types d'explications de la maladie ou de la santé permettent mieux encore de montrer la diversité des positions des intervenants. La référence à une explication clinique de type bio-médical prend à cet égard une importance centrale, parce qu'il s'agit là d'un modèle d'explication par excellence dans le champ clinique, principalement par ses qualités de discours scientifique. En ce sens, il reflète l'importance sociale qui est donné au savoir médical et scientifique sur la santé/maladie. Or ce genre d'explication suscite des positions critiques chez nos intervenants. Les représentants des pratiques alternatives évitent le plus possible ce genre d'explication (non totalement toutefois). Cela est vrai aussi des intervenants de notre premier groupe d'intervenants qui œuvrent en contexte psychiatrique. On se réfère plutôt à un type d'explication plus complexe, que l'on peut qualifier de « biopsychosocial » (sans trait d'union) ou encore, systémique. Dans les deux groupes, on retrouve ainsi une référence importante à des facteurs sociaux qui sont associés au développement ou au maintien de la maladie mentale, en particulier aux conditions socio-économiques des clientèles, en majorité de milieux défavorisés. Les facteurs relatifs au couple, à la famille et aux rapports hommes-femmes occupent également une place centrale.

A un autre niveau, des intervenants vont s'écarter de l'explication « causale » elle-même (psycholo-

gique, sociale aussi bien que multidisciplinaire), et se limitent plutôt à la description des comportements ou des situations, sans chercher des « causes ». Plus radicalement encore, des intervenants vont invoquer d'autres types d'explication pour rendre compte des difficultés de vie de leur clientèle, comme la perte du sens de la vie, ou l'ignorance d'un autre niveau de réalité (dans les approches spirituelles). Ces façons différentes de rendre compte de la santé ou de la maladie, allant des explications « scientifiques » à une approche plus empirique et descriptive jusqu'à d'autres types de savoir (transpersonnel, spirituel) reflètent en partie la diversité des cadres de pratiques (les approches, les clientèles, les types d'organisation); mais cette diversité repose aussi sur la complexité et l'incertitude des savoirs en ce qui concerne la nature de la maladie mentale ou de la santé. La forme de connaissance privilégiée dans le champ de la santé mentale devient alors un enjeu social entre différents groupes sociaux.

4. Le rapport à la normalité clinique (les critères de santé ou de maladie) ou à la normalité sociale (modèle de normalité, déviance ou marginalité) est une dimension centrale du discours des intervenants. Les intervenants qui œuvrent en psychiatrie tout comme ceux qui se définissent dans des pratiques alternatives partagent là-dessus des positions très proches, malgré le ton plus critique associé aux alternatives. L'intervention, sous ses diverses formes, vise à une adaptation sociale fonctionnelle de base, mais elle ne doit pas imposer un modèle de conduite qui serait la conformité aux normes sociales dominantes (le travail, la consommation, le rendement, la rationalité). La plupart adoptent une position qui favorise le « choix » personnel des individus à ce niveau, y compris le droit à une certaine « marginalité » sociale, à une autre sous-culture.

Plusieurs intervenants disent explicitement qu'ils sont attirés par une certaine marginalité sociale qui n'est pas si éloignée de celle que vivent, plus radicalement sans doute, bien des patients. En ce sens, l'intervenant se définit également dans un rapport critique face à la normalité sociale. Une autre réflexion qui revient souvent dans les entrevues analysées est celle de la reconnaissance d'une « connivence » fondamentale entre l'intervenant et son patient/client. Les intervenants ne se sentent pas si loin que ça de l'univers de la maladie mentale; il n'y aurait pas de rupture radicale entre la santé et la maladie, mais une variation de degré et d'inten-

sité entre ces deux pôles. D'une autre façon, parlant de son attrait pour les gens qui souffrent de psychose, un intervenant dira que pour lui, les psychotiques vivent radicalement les grandes questions existentielles, et c'est ce qui lui fait aimer cette clientèle. Ceci ne veut pas dire, comme le soulignent plusieurs, que la maladie mentale n'implique pas un décrochage majeur, de la marginalité et de la souffrance, ce qui vient nuancer fortement les rapprochements que l'on vient d'évoquer entre le thérapeute et son client.

La réflexion des intervenants psychologues en bureau privé ou celle des intervenants « périphériques » est différente sur deux points en particulier. Ils n'ont pas à se préoccuper de l'adaptation fonctionnelle de base ou des habiletés sociales minimales des gens, compte tenu de leur type de clientèle qui n'éprouve pas ces difficultés. Ils insistent beaucoup sur « l'autonomie » individuelle de leurs clients face aux contraintes des modèles culturels de la société. Ceci les rapproche de la position non conformiste des autres intervenants, mais cette poursuite de l'autonomie est rattachée plus directement ici à des valeurs « humanistes » ou « spirituelles » très explicites, valeurs qui dépassent les seuls critères de santé ou de maladie au sens où l'on définit cliniquement ces termes. Plusieurs d'entre eux remettent plus fortement en cause la définition médicale ou clinique de la maladie : ils préfèrent utiliser un langage de « croissance personnelle » ou de santé, parler d'obstacles ou de problèmes plutôt que de parler de maladie.

Des premiers éléments de sociologie implicite se dégagent, à partir de ces différentes dimensions, de l'utilisation de catégories utilisées pour nommer la clientèle, des types d'explications de la santé ou de la maladie mentale, de la conception de la normalité. Ils vont être précisés dans la conception de l'intervention.

La conception de l'intervention

5. La conception qu'un intervenant se fait de l'intervention se développe suivant trois grandes caractéristiques de l'action : son caractère intentionnel, son aspect structuré, sa dimension communicationnelle. Cette dernière occupe une place particulièrement importante chez tous les intervenants, puisque l'interaction interpersonnelle est perçue comme le principal moyen d'aider quelqu'un qui souffre d'une détresse ou d'un trouble mental. Cependant, les conceptions de l'intervention vont

varier suivant la conception qu'ont les intervenants de la santé/maladie mentale, mais aussi suivant le type de clientèle qu'ils ont et les cadres organisationnels et professionnels de leur pratique. Ainsi, les intervenants qui œuvrent en milieu psychiatrique poursuivent des objectifs différents selon qu'il s'agit de leur travail en milieu hospitalier auprès d'une clientèle « lourde », ou de leur pratique en bureau privé où les clients présentent des motivations internes plus fortes. Ou encore, l'intervenant d'une pratique « alternative » va mettre davantage l'accent sur la dimension communautaire de l'intervention.

La conception de l'intervention dépend également de l'approche théorique privilégiée dans l'intervention. Les gens de notre premier groupe, en psychiatrie, privilégient une perspective psychanalytique, et, en second lieu, une approche plus « fonctionnelle » de résolution de problème. Ceux de la pratique en bureau privé adoptent surtout une approche existentielle-humaniste. Les intervenants des pratiques alternatives s'intéressent davantage aux « conséquences » de la maladie mentale et aux problèmes de la réinsertion sociale. Enfin, ceux des alternatives « périphériques » s'appuient sur une perspective « humaniste » ou « transpersonnelle ». Il ressort cependant de l'analyse des entrevues que ces perspectives représentent en fait des dominantes qui ne sont pas exclusives. Elles se retrouvent, à des degrés divers, chez tous les groupes d'intervenants. De plus, cette diversité d'approches soulève plusieurs enjeux sociaux qui apparaissent dans les critiques ou les oppositions que les intervenants développent à l'égard de l'un ou l'autre aspect de l'intervention « clinique ».

6. Un premier enjeu de l'intervention est celui de l'autonomie du client/patient. Cette autonomie personnelle et sociale suppose une forme d'interaction où « l'aidant », le « thérapeute », le « guide » laissent au client ou au patient la responsabilité de ses choix, de son mode de vie. Ce but est largement partagé et il rejoint ce souci de non-conformisme social que manifestent avec plus ou moins de force les divers intervenants. La définition de cette autonomie personnelle s'appuie le plus souvent sur une approche « humaniste » (groupe en bureau privé) ou psychanalytique (groupe en psychiatrie). Mais cette poursuite de l'autonomie repose sur l'entreprise paradoxale que représente l'intervention en santé mentale où le client/patient doit s'en remettre à un « expert » ou à un professionnel, pendant un temps

plus ou moins long, pour sortir d'un problème, d'une maladie, d'une difficulté qu'il ne réussit à résoudre par lui-même.

Ce paradoxe reçoit plusieurs voies de solution. Des intervenants, du premier groupe surtout, vont invoquer la connivence profonde qui existe entre le thérapeute et son client. Le thérapeute n'est pas étranger à ce que vit le client et il existe un fond commun d'expériences possibles de la santé et de la maladie, ce qui est la reprise, au niveau de l'intervention, de l'affirmation d'une continuité entre le pôle santé et le pôle maladie. Les intervenants des pratiques alternatives vont reprendre avec plus de force encore ce rapport de réciprocité d'expérience entre l'aidant et les clients. Ils vont critiquer par ailleurs le statut « professionnaliste » des psychiatres et des autres professionnels de la santé, statut qui favorise, selon eux, la domination et la dépendance. Ils leur opposent une approche démocratique et communautaire d'aide, où l'intervenant est un aidant qui vit un rapport « égalitaire » avec l'aidé. En même temps, ils affirment leur propre expertise qui, dans le secteur de la réinsertion sociale vaudrait autant et serait aussi efficace que celle des professionnels de la psychiatrie.

Les psychologues de la pratique privée s'appuient sur le caractère volontaire de la demande et sur la forte motivation de leur clientèle pour montrer comment, dans le cadre d'un contrat précis, leur intervention favorise le développement de l'autonomie du client. Ils dénoncent par exemple le caractère contraignant de la bureaucratie des services publics de santé et la pression d'efficacité et de rendement qu'on y retrouve.

Les alternatives périphériques se rapprochent des intervenants en bureau privé : adhésion volontaire et contractuelle du client, traitement personnalisé etc. Cependant, tout en accordant une large part à la démarche individuelle, ils invoquent plus volontiers l'appartenance à un « mouvement », à une école de pensée, à une « entreprise » collective comme condition de développement ou de libération. Ils se rapprochent en cela des alternatives à la psychiatrie, mais en visant une clientèle définie au départ comme une clientèle « saine » ou « normale ».

7. Le mode de communication privilégié dans l'intervention soulève également des enjeux d'autonomie du client/patient et de pouvoir de l'intervenant. Les présupposés d'une communication « réussie » seront très différents suivant les approches et les contextes. Une approche « fonctionnelle »

mise surtout sur la clarté du contenu et des étapes de résolution de problèmes dans une communication centrée sur l'apprentissage d'habiletés et de stratégies d'action. Une approche « humaniste » insiste principalement sur la qualité d'authenticité et l'implication subjective des partenaires dans la relation. Une approche psychanalytique accorde une grande importance à la compréhension, à « l'insight » de son expérience interne. Une approche spirituelle fait appel au primat de l'expérience subjective, de la « conscience » interne de la personne et de son lien avec une Réalité supérieure, la communication avec l'aidant ou le « guide » demeurant subordonnée à cette démarche intérieure. Autant d'accents différents, autant d'orientations de l'intervention et d'affirmations normatives diverses qui remettent plus ou moins en cause le modèle d'une relation qui serait surtout « technique », instrumentale, dominée par le savoir de l'expert, attributs qui sont associés à l'intervention clinique ou médicale.

Ce sont là quelques exemples des enjeux sociaux présents au cœur des diverses conceptions de l'intervention : autonomie, pouvoir de l'expert ; contexte professionnel ou non professionnel de pratique ; démarche contractuelle privée ou « service public » ; clientèle « lourde » ou plus autonome.

Sociologie implicite et vision de la société globale

8. De façon générale, les intervenants développent une vision du social qui s'articule sur le rapport individu-société, sans pour autant se réduire à l'examen de ce rapport. La conception centrale qui se dégage de l'ensemble de l'analyse (sur les différents thèmes ou dimensions que nous n'avons pas tous repris ici) est celle de la distinction entre une sphère de relations primaires ou de vie privée et une sphère de relations fonctionnelles, plus formelles, caractéristiques des grandes institutions sociales, ou de la vie publique. Cette distinction prend selon le cas la forme d'une opposition radicale ou celle d'une complémentarité entre ces deux niveaux de réalité sociale.

Cette distinction vie privée/vie publique, ou relations intimes/société recoupe toute une série des distinctions qui reproduisent cette polarité. C'est l'opposition du micro-social et du macro-social, la référence à des causes spécifiques et concrètes qui affectent les individus (le revenu, l'âge...) ou bien

à des explications plus globales et plus abstraites relevant des grands ensembles sociaux. C'est aussi la distinction entre la pratique privée et le service public. C'est la distance entre l'intervention auprès des individus ou de petits groupes, perçue comme non sociale et a-politique, et l'action sociale, qui est telle quand elle correspond à l'action menée par de grands mouvements sociaux.

Ces distinctions reprennent en quelque sorte celle que l'on retrouve fréquemment en sociologie, entre les théories qui n'accordent pas de place à la réalité individuelle ou micro-sociale, identifiant la sociologie aux grandes institutions de niveau macro-social, ou l'inverse, une sociologie qui se concentre surtout sur l'interaction à des niveaux micro-sociaux. C'est comme si, au cœur de la sociologie implicite d'une majorité d'intervenants, nous retrouvions cette dichotomie de deux niveaux de réalité, micro-macro qui est un modèle tenace de toute une tradition de la sociologie officielle.

Cette opposition entre deux niveaux de réalité est cependant nuancée, chez plusieurs, par l'importance qu'ils accordent à diverses médiations qui favorisent une articulation plus intégrée et plus complexe de l'individu et de la société. L'appartenance à des groupes primaires, à la famille⁶, à des regroupements communautaires, à des organisations, à des mouvements sociaux permettent d'influencer les grandes institutions sociales, et inversement, celles-ci introduisent des contraintes importantes dans les conduites de l'individu ou les rapports interpersonnels élémentaires. Les intervenants des pratiques alternatives, sont ceux qui adoptent plus explicitement une telle vision du rapport personne/société, où l'insertion de l'individu dans un groupe ou milieu communautaire est une condition très importante de développement personnel et social. Nous retrouvons une telle vision chez plusieurs des intervenants qui travaillent en milieu psychiatrique, particulièrement quand il est question de clientèles défavorisées.

La dichotomie relations interpersonnelles/sociétés est très présente chez les psychologues de la pratique privée. Elle devient plus radicalement une dichotomie individu/société dans diverses approches spirituelles, dans les pratiques périphériques. Cependant, dans ce dernier groupe, l'appartenance des « clients » ou des « membres » à un mouvement plus vaste est aussi considérée comme très importante.

9. Cette distinction/opposition individu, relations intimes et société ou la saisie de rapports plus média-

tisés entre les deux correspond également à diverses façon de concevoir la société. Tantôt, celle-ci est définie comme une réalité monolithique, correspondant à un type central de société comme la société industrielle ou la société de consommation, une société qui repose sur des forces dominantes et des groupes dominés. Cette conception se retrouve surtout chez les intervenants des pratiques alternatives et certaines intervenants des milieux psychiatriques. La société est perçue autrement, par quelques-uns, comme une société en crise, éclatée, en particulier sur le plan culturel des valeurs, des institutions comme la famille, la religion. Cette société en crise en est une marquée par les particularismes, la perte de signification, l'absence de projet social, l'individualisme ou plus radicalement, la perte du sens de la vie et du sens de la spiritualité. Plusieurs psychologues de la pratique privée et des intervenants des pratiques « périphériques » vont développer ce point de vue. Il y a aussi une troisième position, et c'est une position moins développée, minoritaire, la société est conçue comme un ensemble complexe, pluraliste, où des modes de conduite, des modes de vie différents sont possibles, où des niveaux de réalité différents rendent possibles des marges de manœuvre pour l'action individuelle ou collective. Cette conception se retrouve à peu près également dans les divers groupes.

10. Ces conceptions de la société sont reliées à des visions correspondantes de l'intervention. Face à une société définie par ses grandes institutions, beaucoup dissocient leur action de toute action sociale (ce qui n'en est pas moins une compréhension « sociale » de l'action) : ils aident des individus, ou leurs proches, mais ce n'est pas de l'action sociale. Une telle position introduit une sorte « d'auto-censure » sociologique qui sous-estime l'implication sociale réelle des intervenants. Pour d'autres intervenants, le rapport entre leur intervention et l'action sociale est plus élaboré, mais encore ici, non sans introduire une certaine dissociation entre la réalité communautaire et la société⁷. Face à une société en crise, l'intervention est définie comme une mesure « palliative », une construction alternative qui crée des espaces plus ou moins provisoires où l'on peut retrouver des liens d'appartenance et du sens à sa vie. Enfin, pour quelques intervenants, l'intervention est définie comme une partie prenante de la dynamique sociale plus large, sur la base de « médiations » complexes. L'intervention peut être vue

comme une forme d'action culturelle⁸ qui contribue à une « construction du social⁹ », une action culturelle qui se situe d'abord dans le champ de la santé mentale, et qui se développe à travers des débats et des oppositions entre les diverses orientations de la pratique. Cette action culturelle a des impacts en profondeur sur les orientations de l'action sociale, de la société dans son ensemble, et ceci directement par la signification donnée à la santé ou à la maladie.

Conclusion

Cette présentation de quelques éléments centraux de notre recherche sur la « sociologie implicite » d'intervenants en santé mentale nous a permis de dégager un certain nombre d'enjeux sociaux qu'il convient de rappeler, en guise de conclusion.

La pratique de l'intervention en santé mentale se fonde en premier lieu sur des conceptions différentes, complémentaires ou opposées, de la santé/maladie mentale. Ces conceptions différentes sont liées en partie à la marge d'incertitude qui entoure l'explication de la maladie mentale, mais elles découlent aussi d'approches conflictuelles dans la conception de la nature même de la santé ou de la pathologie, ou du statut épistémologique de « l'explication » ou de la « compréhension » de la santé/maladie mentale. Ces différences de conception se manifestent particulièrement par rapport à un modèle dominant l'ensemble du champ de l'intervention : le modèle bio-médical et « scientifique » de « l'explication » de la santé/maladie mentale. Par exemple, une approche plus « existentielle », où l'on accorde une grande importance à la dimension vécue, à la subjectivité de la personne, va s'opposer à une approche « objective », extérieure, « causale » de la maladie mentale. Une autre façon d'exprimer cette première dimension de l'intervention en santé mentale est de dire que **le mode de connaissance** lui-même est un enjeu social, un enjeu pour les divers groupes de praticiens en santé mentale.

Le rapport à la normalité/anormalité des conduites humaines introduit de façon plus évidente encore le caractère social qui sous-tend toutes ces façons de définir ce qui est sain ou malade, normal ou pathologique, normal ou déviant, etc. Adaptation minimale, habiletés sociales de base, non-conformisme, marginalité « saine » ou au contraire « réadaptation » ou « réinsertion » sociales, autant de distinctions et d'objectifs qui impliquent des rapports

différents entre le « malade mental » et la société. C'est à l'occasion de cette question de la « normalité » que plusieurs intervenants remettent en cause les inégalités socio-économiques qui caractérisent notre société industrielle, et surtout le modèle culturel de rationalité, de rendement, de consommation qui la caractériserait. Encore ici, nous retrouvons par exemple, l'opposition entre une approche « médicale », axée sur la réadaptation de l'individu et une approche « alternative », non conformiste, communautaire de la « maladie » mentale. Plus radicalement encore, les définitions et les critères de la « normalité » clinique et sociale qui s'affirment à l'intérieur du champ de la santé/maladie mentale influencent directement, comme point de référence privilégié, des débats sociaux plus larges, au travail, en éducation, dans les foyers, dans le droit etc. La « **normalité** » ne peut être seulement une question « clinique » : elle est un enjeu social majeur pour l'ensemble des acteurs sociaux.

La conception que les intervenants se font de l'intervention reprend à un autre niveau les enjeux posés par la conception de la santé ou de la maladie mentale. Professionnels, anti-professionnels ou non-professionnels de l'intervention, ils vont favoriser ou non, par la mise en place de méthodes de travail, de règles d'échange, d'orientations, « **l'autonomisation** » plus grande de leurs « clients », « patients », « bénéficiaires », « membres ». L'expert médical, de haut statut professionnel, est vu par beaucoup comme l'anti-modèle de l'intervention qui vise à rendre les gens plus autonomes. En même temps, il est certain que chacun ou chacune exerce à sa façon une forme ou l'autre de **contrôle**, du moins de façon temporaire, sur les clients/patients.

Une des dimensions majeures de cet enjeu d'autonomie/contrôle est celle du type de communication qui caractérise le rapport intervenant/client. La question devient plus complexe selon que la communication repose sur des attentes et des exigences différentes. La communication thérapeutique peut poser plus ou moins des exigences de vérité (importance de la validité des contenus de la communication), des exigences d'authenticité (importance de l'expérience vécue et de l'implication dans la relation), ou encore des exigences de contrôle et de conformité à des normes de conduites (pressions normatives dans l'interaction). Suivant le cas, le type de contrôle ou le type d'autonomie personnelle mis en cause n'est pas le même. Et c'est bien à travers

ce « travail » de communication que se réalise principalement l'intervention thérapeutique, du moins chez les intervenants interviewés. Cette communication est indissociable, par ailleurs, des contextes organisationnels ou communautaires de la pratique et elle ne se résume pas à la seule communication duelle : elle peut se faire en groupe restreint ou à travers diverses activités de la vie quotidienne.

Nous avons vu enfin que la conception de l'intervention ou celle de la santé/maladie mentale s'inscrivait dans une vision plus large de la société que se font les intervenants, et en particulier à propos du rapport personne/société. Ce rapport repose le plus souvent sur une conception qui oppose le monde de l'individu et celui du social, le privé et le public. Ou encore, cette opposition se fait entre le « micro-social », le domaine des groupes primaires restreints, ou des petites communautés et le « macro-social », celui des grandes institutions sociales, de l'Etat, des lois, etc. Ceci permet de comprendre pourquoi, souvent, un intervenant ne se définit pas comme engagé « socialement » ou pourquoi l'intervention thérapeutique n'est pas conçue comme une activité sociale. En effet, serait « social » un engagement ou une action qui se ferait au niveau des grandes institutions ou à l'intérieur de grands mouvements sociaux. Une perspective différente, développée chez quelques intervenants intègre davantage, selon nous, ces deux pôles de réalités que sont l'individu et la société. C'est en posant diverses médiations, en montrant les liens entre divers systèmes sociaux d'appartenance, de la famille aux grands ensembles sociaux, en soulignant les implications sociales de la question de la normalité clinique, ou les implications individuelles du modèle culturel industriel, par exemple, qu'apparaît une conception du rapport personne/société caractérisée par la complexité et l'interdépendance. Ces différentes conceptions du **rapport personne/société** ne découlent pas directement et nécessairement des conceptions qu'ont les intervenants concernant la santé/maladie mentale ou l'intervention. Par exemple, une conception qui met l'accent sur l'interdépendance complexe entre la réalité personnelle et les divers niveaux de la réalité sociale se retrouve à peu près également chez des intervenants appartenant aux quatre groupes de notre étude.

Une telle approche de la « sociologie implicite » des intervenants et intervenantes en santé mentale peut renouveler, selon nous, la réflexion et la recher-

che sociologique sur la pratique de l'intervention¹⁰. Elle peut ne pas apparaître très utile à l'intervenant ou à l'intervenante confrontée à des problèmes urgents à résoudre. Elle peut favoriser, cependant, une compréhension plus large de la pratique, de sa complexité, des choix et des orientations qu'elle suppose dans la société telle que nous la connaissons.

NOTES

1. Cette recherche a été subventionnée par le Conseil de recherche en sciences humaines du Canada (CRSH) et le Conseil québécois de la recherche sociale (CQRS). Les résultats d'analyse de cette recherche faite auprès d'une quarantaine d'intervenants et d'intervenantes en santé mentale font l'objet de deux volumes à paraître très bientôt aux éditions Saint-Martin : Rhéaume, J., Sévigny, R., *Sociologie implicite des intervenants en santé mentale, I. Les pratiques alternatives : du groupe d'entraide au groupe spirituel. II. La pratique psychothérapeutique : de la croissance à la guérison.*
2. Cette notion de « sociologie implicite » est élaborée pour la première fois dans l'article suivant : Sévigny, R., 1983, Théorie psychologique et sociologie implicite, *Santé Mentale au Québec.*, 8, no. 1, 7-21.
Voir aussi : Sévigny, R., 1984, L'intervention en santé mentale et la notion de sociologie implicite : un schéma de recherche, *Bulletin d'information en anthropologie médicale et en psychiatrie transculturelle.*, II, no. 3, 12-18.
3. Notons qu'il existe bien une autre tradition qui donne un sens plus « positif » à la notion d'idéologie, ou au sens commun. Mais ce sens est à distinguer à chaque fois de l'approche plus « négative » de l'idéologie et il ne recouvre pas pleinement les significations que nous attachons à la notion de « sociologie implicite ».
4. Les psychiatres interviewés sont d'orientation analytique. Chez les psychologues du même sous-groupe, un seul est d'orientation behaviorale : les autres sont plutôt d'orientation analytique. Ceci introduit un biais important dans l'étude, dans la mesure où l'approche bio-médicale et l'approche behaviorale sont de fait beaucoup plus importantes dans la pratique psychiatrique.
5. C'est à partir des positions que prenaient les divers intervenants par rapport à l'intervention en santé mentale que nous avons pu élaborer progressivement cette représentation du champ de l'intervention en cinq grands cercles concentriques. Cette représentation du champ de la pratique correspond en partie aussi aux distinctions qui définissent les grandes institutions de la santé, depuis le rapport Castongay-Nepveu.
6. Nous avons exploré cette dimension de l'appartenance à la famille dans le texte suivant : Rhéaume, J., Sévigny, R., 1987, Famille et santé mentale. Note de recherche, in Dandurand, R.B., ed., *Couples et parents des années quatre-vingt*, Institut québécois de la recherche sur la culture, 233-240

7. Nous avons développé cette position dans l'article suivant : Rhéaume J., Sévigny R., 1987, Les enjeux sociaux de la pratique dite « alternative », *Revue canadienne de santé mentale communautaire*, 6, no 2., 133-147
8. Cette conception de l'intervention comme action socio-culturelle est développée plus particulièrement dans l'article suivant : Rhéaume, J., 1983, Thérapie et action culturelle, *Sociologie et sociétés*, XVII, no. 1., 109-126.
Voir également la thèse de doctorat en sociologie qui porte sur la même problématique : Rhéaume, J., 1987, *Thérapie et action socio-culturelle : le courant de la psychologie humaniste*, Dept. de sociologie, Université de Montréal, (non publiée).
9. Voir le développement de cette notion dans le texte publié déjà dans la présente revue : Sévigny, R., 1986, La construction sociale du champ de la santé mentale, *Santé mentale au Québec*, XI, no. 2, 13-21
10. Nous préparons actuellement un troisième volume qui portera principalement sur les dimensions méthodologiques de notre approche de la « sociologie implicite » et sur certaines problématiques plus théoriques que notre recherche nous a permis d'approfondir. Ce volume devrait paraître à l'automne 89.

SUMMARY

Mental health workers develop a solid understanding of social phenomenon, which gives them direction and on which they are able to base their interventions. This is what the authors call the "implicit sociology" ("sociologie implicite") of workers. The article describes the principal elements of this special knowledge through information gathered from workers in clinical environments, private practice and "alternative" organizations. The authors focus on the idea workers make of health/mental handicaps, of their clientele, of their involvement, of the organizational and societal context of their work, of their "role" in society. Finally, the authors show how a sociological approach can help improve one's understanding of how to deal with mental health.