

Article

« Thérapie et action culturelle »

Jacques Rhéaume

Sociologie et sociétés, vol. 17, n° 1, 1985, p. 109-126.

Pour citer cet article, utiliser l'adresse suivante :

<http://id.erudit.org/iderudit/001635ar>

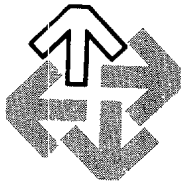
Note : les règles d'écriture des références bibliographiques peuvent varier selon les différents domaines du savoir.

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 <http://www.erudit.org/apropos/utilisation.html>

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 : erudit@umontreal.ca

Thérapie et action culturelle*



JACQUES RHÉAUME

L'intervention thérapeutique connaît un développement croissant au Québec, tant par le nombre des thérapeutes (au sens large de ce terme) que par la diversité des approches, en particulier en dehors des cadres plus traditionnels de l'hôpital ou de la clinique. La pratique thérapeutique en santé mentale possède une spécificité propre, micro-sociale, comme lieu d'une communication interpersonnelle privilégiée entre deux personnes (ou plusieurs, en thérapie de groupe), communication où l'une des parties joue un rôle spécialisé d'aide par rapport à l'autre qui demande cette aide. Une telle interaction se réalise selon des règles et des conditions que l'on étudie, par exemple, en psychologie clinique. Notre propos ici est plutôt d'analyser sociologiquement une telle pratique comme s'inscrivant d'emblée dans des rapports sociaux.

Le point de vue que nous voulons développer sur l'intervention thérapeutique est celui de considérer cette dernière comme une forme d'*action culturelle*. Elle est une action culturelle comme lieu d'échange symbolique, comme action symbolique qui affecte directement des représentations, des normes, des valeurs qui guident la conduite humaine, en particulier au niveau du rapport individu-société. Cette action est culturelle à un double niveau: d'abord et bien sûr auprès des personnes concrètes immédiatement impliquées dans une relation de ce genre mais aussi, au niveau collectif, par la constitution progressive d'un groupe social, chercheurs et praticiens, qui rejoint un public plus large par la diffusion de leurs idées et aussi par l'éducation, la formation. Par exemple, la thérapie gestaltiste est une approche particulière de l'intervention thérapeutique mais aussi elle implique un regroupement de thérapeutes, plus ou moins formel, des écrits, des lieux de formation, et d'autres champs d'application, par exemple, la formation de gestionnaires. En ce sens, l'activité thérapeutique n'est pas indépendante de ces autres formes d'activité et elle en constitue, en quelque sorte, le noyau premier de référence.

L'objet du présent article est de montrer, à partir de premiers résultats d'une recherche sur un groupe de thérapeutes particulier¹ comment un tel type d'action culturelle peut contribuer à l'*émergence* d'un mouvement socio-culturel plus vaste. Un tel mouvement aurait, comme identité

* La problématique développée ici s'intègre aux recherches menées par ERASSM (équipe de recherche-action en sociologie de la santé mentale), sous la direction de Robert Sévigny, au Département de sociologie de l'Université de Montréal. Cette recherche porte sur «La sociologie implicite des interventions en santé mentale» et a été subventionnée par le Conseil québécois de la recherche sociale et le Conseil de recherches en sciences humaines du Canada.

1. Ces premiers résultats sont partiels, les travaux d'analyse n'étant pas complétés. De plus nous n'aborderons pas, dans le cadre de cet article, l'analyse d'un autre groupe aussi inclus dans cette recherche, soit un groupe de consultants organisationnels œuvrant au niveau de la qualité de vie au travail.

propre, une vision innovatrice des rapports individu-société, sur la base d'une redéfinition de la santé mentale ou de la qualité de vie. Mouvement plus vaste, il inclurait non seulement des pratiques dans le domaine de la santé mentale, mais aussi diverses expériences visant la promotion d'une meilleure qualité de vie au travail, dans la vie urbaine, dans divers secteurs de la vie quotidienne.

Nous apportons, en premier lieu, quelques précisions sur les caractéristiques du groupe étudié, la problématique de la recherche et la méthodologie utilisée. Ensuite, nous présentons les résultats de la recherche et leur analyse.

DES RELATIONS HUMAINES À LA THÉRAPIE

Le groupe visé par la présente recherche est l'un des quatre sous-groupes étudiés dans le cadre des travaux d'ERASSM., et dont la caractéristique principale est d'avoir été impliqué, à un moment donné ou l'autre, dans le «mouvement des relations humaines», mouvement caractérisé par des pratiques associées au T-group, à la recherche-action, au Développement des organisations et aussi aux groupes de croissance, aux nouveaux groupes de thérapie ou encore au «mouvement» du potentiel humain². Le noyau principal de ce champ de pratique est l'utilisation du groupe restreint et la recherche-action définies comme intervention de type normatif-rééducatif, *i.e.* agissant sur les normes, les attitudes, les valeurs, «la culture» des groupes et des organisations. Actuellement, ces personnes se définissent comme thérapeutes, la thérapie constituant une partie significative ou la totalité de leur travail. À deux exceptions près, ce groupe de onze thérapeutes pratiquent en bureau privé.

Le choix de ce regroupement particulier repose ainsi sur un certain nombre de références communes qui ont marqué l'évolution professionnelle de ces personnes: un type de formation similaire, leur implication dans une même tradition de pensée, des pratiques semblables, et dans plusieurs cas, l'établissement de liens personnels de collaboration. Cette base de référence commune ne veut pas dire que les parcours professionnels sont identiques, loin de là. La formation de base s'est faite dans des établissements universitaires différents, l'expérience de la pratique des relations humaines est variable dans le temps et dans l'intensité de la formation. Par exemple, certains intervenants du groupe peuvent être considérés comme des pionniers dans le domaine par rapport à une seconde et même une troisième «génération» d'intervenants qui se sont joints plus tard à cette tradition. Le point commun entre ces gens est qu'ils ont partagé, d'une façon significative, une pratique de l'intervention marquée par le courant des relations humaines et la psychologie humaniste (psychologie caractérisée par le primat accordé à la subjectivité de la personne et le caractère existentiel de la relation interpersonnelle).

Une autre caractéristique commune de ce groupe est le passage, dans la carrière des gens, d'un type d'action psychosociologique auprès des groupes, de l'organisation à une pratique surtout dominée par la thérapie. Cette transformation de la pratique apparaissait particulièrement intéressante pour saisir les continuités et les ruptures qu'elle suppose.

Ces thérapeutes, pour souligner par exemple un élément de continuité, se sont engagés dans des formes de thérapie qui, de façon générale, s'inscrivent dans le prolongement de la psychologie humaniste et des valeurs sous-jacentes: la thérapie gestaltiste, l'analyse bio-énergétique, la thérapie du sentiment, l'abandon corporel, la thérapie de la redécision, l'analyse transactionnelle, la «*breath therapy*», la thérapie brève³.

Par ailleurs, le choix de faire surtout de la thérapie individuelle représente une rupture par rapport à des formes d'interventions plus «collectives» auprès des groupes ou des organisations, interventions qui ont caractérisé leur pratique antérieure.

Cette évolution n'est pas sans refléter celle, plus large, du mouvement des relations humaines au Québec. Tessier⁴ par exemple, dans un article qui porte sur l'histoire du mouvement, souligne comment, depuis les années 70 l'on assiste à une *polarisation* des interventions axées plus sur la

2. Pour une saisie plus complète de ce «mouvement» voir en particulier les articles suivants: Tessier, Roger, «L'intervention psychosociologique 1940-1980», in *Revue québécoise de psychologie*, vol. 2, n° 3, octobre 1981. Sévigny, Robert, «Intervention psychosociologique: réflexion critique», in revue *Sociologie et sociétés*, vol. 9, n° 2, octobre 1977. Voir aussi la table ronde: «le métier de psychosociologue au Québec», dans le même numéro.

3. Il faut souligner que l'analyse transactionnelle et surtout la thérapie brève fait appel à une psychologie plus cognitiviste et comportementale. La «*breath therapy*» par ailleurs est souvent associée à une démarche plus spiritualiste, d'altération de la conscience.

4. Tessier, *op. cit.*, pp. 200-206.

croissance ou la thérapie des individus par rapport à des interventions axées sur le développement organisationnel. Sévigny⁵, pour sa part, constate, dans un article qui dégage les principales caractéristiques de la pratique psychosociologique, le danger de *cloisonnement* des rapports individu-société, voire du cloisonnement des diverses dimensions de la personnalité selon les diverses approches.

ÉLÉMENTS DE PROBLÉMATIQUE

En choisissant d'analyser la pratique d'intervention de thérapeutes sous l'angle d'une action culturelle, nous entrons dans un débat déjà marqué par des positions assez fermes, issues de cadres théoriques divers. Nous présentons ici, de façon très schématique, quelques-unes de ces analyses choisies en fonction du type d'interventions étudiées dans notre recherche. Nous indiquons par la suite la voie d'analyse que nous privilégions.

Une première clarification s'impose quant à l'objet concret des analyses qui varie selon les diverses connotations que nous associons à la pratique thérapeutique du groupe que nous étudions. Certaines de ces analyses portent sur la pratique thérapeutique en général, telle qu'on la retrouve surtout dans l'institution médicale. D'autres concernent plus spécifiquement la psychologie d'inspiration humaniste et ses applications dans la pratique des groupes de relations humaines⁶. D'autres encore s'adressent plutôt aux «nouvelles thérapies» davantage associées au «mouvement du potentiel humain» ou à la «nouvelle culture»⁷. Nous incluons également une étude sur la «contre-culture» des années 70 au Québec, version *contestatrice* de ce qui deviendra plutôt «la nouvelle culture»⁸.

2.1 L'APPROCHE HUMANISTE COMME IDÉOLOGIE

Une première voie d'analyse s'inscrit dans la tradition marxiste et souligne le caractère *idéologique* des interventions thérapeutiques vues comme action culturelle.

La thérapie, prise au sens large⁹ ou des pratiques de relations humaines¹⁰ constituent des instruments de contrôle ou de récupération devant des problèmes causés par la structure répressive du système industriel-capitaliste dans sa phase monopolistique. Ce sont des stratégies nouvelles, adaptatrices, réformistes, commandées par les exigences reliées au développement des modes de production et de consommation. Plus spécifiquement, le mouvement humaniste vient renouveler une conception idéologique libérale-individualiste de la personne humaine en soulignant les vertus d'autonomie du sujet, de ses besoins de croissance et de développement, de sa nécessaire liberté voire de sa libération individuelle. Pratique idéologique, elle masque, évacue, occulte les rapports sociaux conflictuels qui caractérisent le système de production et de reproduction du travail social, aussi bien dans les lieux de travail que dans les conditions de vie quotidienne.

L'étude de Jules Duchastel¹¹, dans son analyse de la contre-culture des années 70 (représentée par les textes de la revue *Mainmise*) apporte une variante intéressante à ce cadre général d'analyse en soulignant la complexité des médiations culturelles en cause. La contre-culture se présente en effet comme un mouvement de contestation radicale de la culture techno-bureaucratique dominante.

5. Sévigny, *op. cit.*, pp. 15-16, p. 20.

6. Dans le cadre de cet article nous relierons étroitement la psychologie humaniste, le mouvement des relations humaines et la pratique d'intervention psychosociologique. (Voir les articles déjà cités de Tessier et Sévigny.)

7. Les nouvelles thérapies, le mouvement de potentiel humain et la nouvelle culture sont distingués comme présentant une vision humaniste plus «radicale» que la tradition des relations humaines ou de la psychosociologie, une vision plus «utopique» aussi, comme alternative culturelle. Voir par exemple: Racine, Luc, «Nouvelles thérapies et nouvelle culture», in *Revue Sociologie et sociétés*, vol. 9, n° 2, octobre 1977.

8. Duchastel, Jules, «Culture et contre-culture: idéologie et contre-idéologie», in *Idéologies au Canada français 1940-1976*, t. II, Québec, P.U.L., 1981, pp. 173-218. Notons que cette étude porte plus spécifiquement sur les textes de la revue *Mainmise*. Le thème des nouvelles thérapies est peu souligné dans cet article, bien que, sous l'angle du mouvement de potentiel humain, elles participent de cet univers de signification.

9. Pour la thérapie en général, voir: Brown, Phil, *Towards a Marxist Psychology*, N.Y., Harper and Row, 1974, 185 pp. Jacoby, Russell, *Social Amnesia, A Critique of Contemporary Psychology from Adler to Laing*, Boston, Beacon Press, 1975, 191 pp.

10. Pour le mouvement des relations humaines, voir par exemple: Poitou, Jean-Marie, *la Dynamique des groupes, une idéologie au travail*, Paris, Ed. CNRS, 1978, 357 pp. D'Unrug, Marie Christine, *les Techniques psychosociologiques dans la formation. Usages et abus*, Paris, Ed. ESF, 1976, 104 pp.

11. Duchastel, Jules, *Culture et contre-culture: idéologie et contre-idéologie*, *op. cit.* Voir aussi: *Théorie ou idéologie de la jeunesse: Discours et mouvement social*, Thèse de doctorat en sociologie, U. de M. 1978 (inédit).

Par contre, par les thèmes mêmes qui sont invoqués comme base de ce discours contre-idéologique, soit la primauté de la personne-sujet, son autonomie, la revendication «d'être ce qu'on veut» au niveau individuel et privé, de se libérer des contraintes sexuelles, rationalistes, bureaucratiques etc., nous retrouverons une confirmation inattendue des valeurs propres à l'idéologie libérale-individualiste. La contre-culture exerce ainsi une double fonction de critique et de récupération. Elle est critique à un premier niveau, apparent, et récupératrice dans sa visée plus fondamentale. Il est à souligner que l'effet de masquage idéologique est d'autant plus «efficace» qu'il prend la figure d'une contestation vive de l'idéologie dominante.

Une autre étude, publiée récemment, de Jean Ellezam¹² présente une autre variation intéressante de ce type d'analyse. Cette étude porte plus précisément sur les approches des relations humaines dans l'entreprise, et particulièrement cette application du groupe-restreint «autonome» comme solution privilégiée à divers problèmes de participation et de motivation des employés à l'entreprise. La contribution originale de cette étude est de montrer un déplacement du contenu idéologique de la personne-sujet au groupe-sujet, déplacement qui correspond à une évolution réelle des modes d'organisation du travail. Une dimension plus collective, mais restreinte et contrôlée apparaît plus efficace, compte tenu des critiques généralisées concernant les modes de gestion trop centralisés et bureaucratiques et de leur faible efficacité. Or, une telle modification idéologique n'en contribue pas moins à masquer les véritables rapports sociaux de production.

Ce type d'analyse d'inspiration marxiste, avec ses variantes, aboutit à des conclusions similaires; des pratiques comme la thérapie, les relations humaines, des discours comme ceux de la psychologie humaniste ou de la contre-culture reflètent, il est vrai, une certaine évolution de la société industrielle-capitaliste, dans sa phase monopolistique, mais contribue, dans sa nouveauté apparente à consolider l'idéologie dominante. Ces pratiques et discours masquent les enjeux véritables d'une nécessaire transformation sociale qui passe par la lutte des classes.

2.2 RELATIONS HUMAINES ET REPRODUCTION CULTURELLE

Un autre type d'analyse, qui s'inscrit dans le cadre de la théorie de la reproduction culturelle développée par Bourdieu et Passeron¹³, a été appliquée au domaine des relations humaines. Michel Villette¹⁴ a analysé une intervention de formation de contremaîtres dans une entreprise, formation de type psychosociologique inspirée du courant relations humaines. Un tel type d'action pédagogique, malgré le discours humaniste qui l'accompagne, ne réussit en fait qu'à assouplir un style de gestion trop autoritaire chez les contremaîtres, pour répondre ainsi aux contestations croissantes des employés par rapport à un mode d'autorité traditionnelle et aussi, pour amener les contremaîtres à être plus ouverts à la nécessaire innovation provenant de la haute gestion. Ainsi les «changements» d'attitudes chez le contremaître sont en fait des effets d'*ajustement* au poste, de *correction* de l'habitus professionnel, de rééducation ou de redressement moral nécessités par la situation de production.

L'efficacité du travail pédagogique ainsi accompli repose sur le déploiement d'une série de caractéristiques qui visent à dissimuler l'autorité pédagogique réelle des intervenants et son imposition d'un arbitraire culturel. Ainsi, le formateur s'appuie sur un discours humaniste généreux; il invoque le caractère scientifique, psychologique, de son approche; il exprime une forte conviction pédagogique sur l'aspect novateur et efficace de la méthode; il revendique une position de neutralité et d'autonomie professionnelle et enfin se défend de toute évaluation des performances. De plus, le contenu du séminaire porte sur le vécu des gens et n'aborde pas les politiques de l'entreprise.

De telles approches humanistes, par le biais de grands raffinements de procédure, n'auraient pour seule portée réelle que de rendre plus acceptable l'autorité pédagogique de l'agent culturel. Ces mesures «correctrices» n'affectent pas, sinon en la renforçant, la reproduction de l'arbitraire culturel dominant et le rapport de force social qui le sous-tend.

2.3 THÉRAPIE, MOUVEMENT DU POTENTIEL HUMAIN ET ADAPTATION SOCIALE

D'autres analyses, s'inspirant d'une approche fonctionnaliste, voient dans le développement des diverses formes de thérapie ou dans un mouvement comme celui des groupes de potentiel

12. Ellezam, Jean, *Groupe et capital: un nouveau mode social de produire le travailleur*, Montréal, Hurtubise/HMH, 1984, 261 pp.

13. Bourdieu, Pierre, Passeron, Jean-Claude, *la Reproduction, éléments pour une théorie du système d'enseignement*, Paris, Minuit, 1970, 279 pp. (voir en particulier pp. 31-72).

14. Villette, Michel, «Psychosociologie d'entreprise et rééducation morale», in *Actes de la recherche en sciences sociales*, Paris, août 1976, n° 4, pp. 47-65.

humain une *réponse* adaptatrice à des besoins sociaux nouveaux. Ces besoins résultent de l'ampleur et de la rapidité des développements industriels, technologiques, urbains, de la crise des valeurs, du vide culturel créés par une société laïcisée, impersonnelle et déshumanisante, plus éclatée dans son pluralisme même¹⁵. Cette réponse sociale n'est pas entièrement satisfaisante, même dans une lecture de type fonctionnaliste. La thérapie, les groupes de potentiel humain, surtout dans leur développement contre-culturel, peuvent aussi être source de dysfonctions sociales encore plus grandes que celles qu'elles voulaient corriger à l'origine. Par exemple, Kurt Back¹⁶ interprète le développement des groupes de croissance et de potentiel humain, dans le prolongement des premiers groupes de formation aux relations humaines, comme l'émergence d'un mouvement culturel de type quasi religieux. Un tel mouvement représente bien, en partie, une réponse adaptatrice mais limitée aux besoins sociaux de la classe moyenne, besoins liés aux exigences de mobilité, de changements fréquents qui caractérisent les conditions de vie et de travail de cette population dans les États-Unis des années 60. L'expérience intense vécue dans des groupes restreints de croissance ou de thérapie permet des contacts interpersonnels chaleureux, le développement d'une autonomie et d'une identité personnelle plus forte, que l'on retrouve dans un mouvement d'intériorisation et de «conscience» subjective nouvelle. Par ailleurs, un tel mouvement risque d'être plutôt passager, limité à des interventions ponctuelles, des moments privilégiés qui ont peu d'impact dans la vie sociale quotidienne. De plus, dans sa forme individualisante, subjectiviste, il risque de conduire à une marginalité sociale accrue. La critique devient plus incisive et globalisante chez un auteur comme Edwin Schur¹⁷, dans son livre *Awareness Trap: Self Absorption instead of Social Change*. L'auteur relève, dans diverses formes des thérapies dites «nouvelles» (gestaltisme, bioénergie, analyse transactionnelle, méditation transcendantale, etc.), associés au mouvement du potentiel humain ou à la nouvelle culture, l'enfermement nocif, socialement, dans le subjectivisme. Les problèmes sociaux réels de solitude, de relations de couple conflictuelles, de perte d'identité, d'autonomie sont traitées au seul niveau de l'expérience subjective, brisant ainsi les liens nécessaires à une compréhension sociale des problèmes et des actions de changement plus collectives qui s'imposent.

2.4 THÉRAPIE ET MOUVEMENT SOCIO-CULTUREL

Les analyses précédentes, malgré des approches fort différentes, convergent cependant quant à leurs conclusions critiques sur la portée sociale des pratiques de thérapie, de relations humaines ou de croissance. Pratiques idéologiques, stratégie nouvelle de reproduction culturelle ou pratiques marginalisantes, de repli narcissique¹⁸, ces conduites culturelles sont vues comme plutôt antisociales, *i.e.* comme éloignant des véritables pratiques sociales de changement. Notons que cette convergence apparente repose sur des interprétations contraires de ces pratiques. Par exemple, dans le contexte d'une pratique sociale définie par la lutte des classes, une telle pratique idéologique sera antisociale par son efficacité même, idéologique, lié au développement du capitalisme industriel. Par ailleurs, dans le cadre d'une pratique sociale définie dans le sens de la participation à une démocratie consensuelle, une telle pratique culturelle sera antisociale dans cette mesure précise où elle devient inefficace socialement, dans ses effets marginalisants et individualistes.

La voie d'analyse qui guide cette recherche s'inscrit dans un autre cadre théorique que ceux que nous avons esquissés jusqu'ici. Nous nous appuyons sur une sociologie de l'action sociale inspirée en grande partie par les travaux d'Alain Touraine, mais aussi par les développements d'une relecture critique de la dimension culturelle telle qu'on peut la retrouver dans certains travaux de l'école de Francfort ou chez un Castoriadis, par exemple¹⁹.

15. Voir par exemple: Ruitenbeek, Hendrix, *The New Group Therapies*, N.Y., 1970, 240 pp.

16. Back, Kurt, *Beyond Words, The Story of Sensitivity Training and the Encounter Movement*, Baltimore, Penguin Books, 1972, 266 pp.

17. Schur, Edwin M., *The Awareness Trap: Self Absorption instead of Social Change*, N.Y., Quadrangle, 1976, 213 pp.

18. Lasch, Christopher, *The Culture of Narcissism, American Life in An Age of Diminishing Expectations*, N.Y., Warner Books Inc., 1979, 447 pp.

19. - Castoriadis, Cornelius, *L'Institution imaginaire de la société*, Paris, Seuil, 503 pp. Fromm, Eric, *The Sane Society*, N.Y., Fawcett Premier Books, 1955, 320 pp. Touraine, Alain, *la Sociologie de l'action*, Paris, Seuil, 1966, 505 pp. Touraine, Alain, *le Mouvement de mai 1968 ou le communisme utopique*, Paris, Seuil, «Points», 1968, 313 pp. Touraine, Alain, *la Voie du regard*, Paris, Seuil, 1978, 310 pp. Touraine, Alain, Z. Hegedus, F. Dubet, M. Wieviorka, *la Prophétie antinucléaire, ibid.*, 365 pp. Habermas, Jürgen, *la Technique et la science comme idéologie. La fin de la métaphysique*, Denoel/Gonthier. «Médiations», 1973, 211 pp. Habermas, Jürgen, *l'Espace public. Archéologie de la publicité comme dimension constitutive de la société bourgeoise*, Payot, 1978, 324 pp.

Étudier des conduites micro-sociales, comme des pratiques de thérapie, sous l'angle de l'action culturelle peut sembler, à première vue, très loin de l'analyse des mouvements sociaux telle que la définit Touraine. Nous croyons cependant que ce cadre d'analyse macro-social peut nous aider à mieux saisir de telles pratiques. Les analyses que nous avons rapportées plus haut s'appuyaient également sur un tel contexte d'interprétation macro-social, contexte qui, en dernière analyse fonde tout examen des conduites plus micro-sociales. Sans développer en détail les étapes de l'analyse, nous voulons souligner ici quelques éléments qui nous apparaissent intéressants dans l'approche tourainienne.

La compréhension de l'action sociale chez Touraine représente un effort pour dépasser une lecture structuro-fonctionnaliste de la société, par la notion centrale de mouvements sociaux conflictuels comme base de production d'une société (et non pas de *social movements* adaptatifs visant à améliorer l'ordre social existant). Par ailleurs, une telle approche de l'action sociale se veut aussi éloignée d'une analyse marxiste par la redéfinition d'une action sociale-historique qui ne repose pas sur la nécessaire évolution historique progressive des rapports économiques. L'action sociale repose sur un mouvement social central défini aussi bien par un rapport au modèle culturel et au mode de connaissance que celui d'un mode d'accumulation qui sont les enjeux d'une pratique conflictuelle. Mais là où cette analyse s'éloigne davantage de la tradition marxiste, c'est dans l'affirmation d'une fin de la société industrielle, de l'instauration progressive d'une société post-industrielle et de la nécessaire transformation qu'elle entraîne au niveau de la nature des mouvements sociaux.

D'autre part, si Touraine se situe résolument dans une perspective d'analyse macro-sociale, il exprime dans ses travaux ce souci de toujours relier, dans sa compréhension de l'action sociale, les divers niveaux d'analyse, du plus global (mouvement social et système d'action historique) au plus particulier (les niveaux institutionnels, organisationnels). Cette compréhension de l'action sociale peut aller jusqu'à l'analyse du *projet personnel* des individus²⁰.

Enfin, les travaux récents de Touraine²¹ reliés à sa pratique d'une intervention sociologique auprès d'un groupe restreint d'acteurs concrets représentatifs d'un mouvement d'action sociale plus vaste fournissent un grand nombre de repères pour articuler les rapports théorie-pratique mais aussi les liens entre une expérience concrète, micro-sociale et une compréhension plus théorique de l'action sociale.

Notre approche de l'étude de la thérapie comme action culturelle se situe dans ce cadre très général. Notre hypothèse générale est que les pratiques thérapeutiques, du type de celles que nous étudions, constituent une action culturelle qui, dans sa signification la plus forte, s'inscriraient dans l'émergence d'un mouvement socio-culturel plus vaste, mouvement qui comprendrait aussi d'autres types de pratiques, non seulement dans le domaine de la santé mentale mais aussi dans d'autres secteurs de vie, comme les milieux de travail. Un mouvement socio-culturel, au sens tourainien, ne prend vraiment son sens que relié à l'*émergence* et au développement de mouvements sociaux par rapport auquel il représente un niveau faible d'action sociale. En effet, le mouvement socio-culturel est caractérisé par l'affirmation d'une vision culturelle, base de son identité comme mouvement, mais qui parvient difficilement à dégager sa portée générale comme totalité, enjeux de rapports sociaux conflictuels. Et cette saisie du mouvement socio-culturel sera d'autant plus difficile qu'il se situe précisément par rapport à des mouvements sociaux encore peu institués. Or, si Touraine voit assez nettement la constitution d'une nouvelle classe dirigeante montante de type technocratique, il éprouve une grande difficulté à cerner les formes concrètes d'une classe antagoniste. Nous partageons aussi les critiques faites par exemple par Maheu²² et Melucci²³ sur les ambiguïtés

20. Voir en particulier: *la Sociologie de l'action*, ch. VII, sur la culture de masse, pp. 411-452 et le ch. IV sur les organisations pp. 181-245.

21. Nous entendons par travaux récents ceux surtout qui correspondent aux diverses interventions sociologiques réalisées par l'auteur et son équipe. La publication de ces travaux fait partie d'une série regroupée autour du thème de *la sociologie permanente. La voie et le regard et la Prophétie anti-nucléaire*, déjà cités, font partie de ces travaux. Une étude sur *Les luttes étudiantes, Le mouvement occitan, Le mouvement ouvrier, et Le mouvement Solidarité, en Pologne* sont les autres études publiées.

22. Maheu, Louis, «Rapports de classes et problèmes de transformation: la thèse de la société post-industrielle», in *Sociologie et sociétés*, vol. 10, n° 2, octobre 1978. Maheu, Louis, *Des mouvements sociaux à la recherche d'une méthodologie* in *La méthode de l'intervention sociologique*, (brochure réunissant diverses communications au Congrès international de sociologie, Mexico, 1982, publiée par l'Atelier d'intervention sociologique).

23. Melucci, A., «Mouvements sociaux, mouvements post-politiques», in *Revue internationale d'Action communautaire*, vol. 10, n° 50, automne 83, ed. Albert-St-Martin. Melucci, A., *Société en changement et nouveaux mouvements sociaux*, in *Sociologie et sociétés*, vol. 10, n° 2, octobre 1978, P.U.M.

qui persistent au niveau de l'identification d'une nouvelle classe dirigeante et de la société postindustrielle. Pour nous, et en lien avec la problématique tourainienne, nous ferions plutôt le constat prudent d'une crise de la société industrielle avancée et d'une ère actuelle de transition vers un type de société postindustrielle dont les contours sont difficilement définissables. C'est pourquoi nous parlons d'*émergence* d'un mouvement socio-culturel, élément annonciateur de la constitution d'un nouveau mouvement social.

Dans un contexte d'une société en crise, d'une période de transition, il devient plus difficile de démêler, au sein de pratiques concrètes, ce qui appartient encore au modèle social dominant jusque-là, ce qui représente des éléments innovateurs, ou ce qui témoigne plutôt des effets de la crise. Cette ambiguïté de signification devrait apparaître aussi dans les actions culturelles que nous étudions. Ceci nous amène à préciser notre hypothèse générale en prenant en compte les diverses tendances ou mouvements qui caractérisent le développement de la pratique thérapeutique.

L'hypothèse que nous posons est que la pratique thérapeutique est traversée de tendances conflictuelles qui reflètent l'ambiguïté inhérente à l'émergence d'un mouvement socio-culturel. Une première tendance, *modernisatrice*, s'affirmerait comme une voie de renouveau par rapport à la culture psychiatrique traditionnelle, au nom de savoirs et de méthodes nouvelles. Elle se manifeste dans les efforts particuliers pour redéfinir et élargir le champ et les pratiques de la santé mentale. Une seconde tendance s'inscrit en opposition à la culture thérapeutique médicale dominante aussi bien qu'à sa modernisation, au nom du développement d'une *nouvelle culture*, d'une redéfinition beaucoup plus radicale de la santé sur la base d'un nouveau paradigme de la santé. Un écrit comme celui de Marilyn Ferguson, *les Enfants du verseau*²⁴ illustre bien cette tendance. Une troisième tendance, enfin, pourrait être caractérisée par l'affirmation et la poursuite de conditions de santé et de vie, prenant une distance critique aussi bien par rapport à la culture thérapeutique dominante que par rapport à la contestation représentée par la nouvelle culture. Tendance *innovatrice*, production culturelle, qui se manifeste dans une pratique thérapeutique qui se définit aux frontières du champ médical et des pratiques contre-culturelles.

Il ne s'agit pas, dans cette recherche, de se limiter à constater la présence de telles tendances conflictuelles mais d'en découvrir le rapport dynamique et les implications sociales différentes selon les orientations qui en résultent au niveau de la pratique et de l'interprétation de cette pratique faite par les intervenants.

3 LE DISCOURS D'INTERVENANTS EN SANTÉ MENTALE

Les premiers résultats de la recherche que nous présentons ici, sont issus d'entrevues en profondeur, de type semi-dirigé, faites auprès d'un groupe de onze thérapeutes, six femmes et cinq hommes. Le choix de ces personnes s'est fait en consultant des listes officielles (comme celle de la Corporation des psychologues) et des listes constituées à partir d'informateurs clés. Nous avons indiqué plus haut certains critères reliés à la formation et au type d'approche thérapeutique. Nous avons procédé à deux entrevues par personne (sauf dans un cas, pour des raisons de disponibilité), transcrit le matériel ainsi recueilli pour en arriver à un corpus d'environ 1 000 pages de texte *verbatim*. La grille d'analyse que nous avons utilisée pour faire l'analyse thématique du matériel comprenait les 6 grands thèmes suivants :

- A. Conception de la santé/maladie mentale
- B. Conception de l'intervention en santé/maladie mentale
- C. Encadrement organisationnel et professionnel de l'intervention
- D. Systèmes sociaux d'appartenance
- E. Mise en rapport de l'intervention avec la société globale
- F. Identité personnelle²⁵

Ce choix méthodologique de procéder par entrevue auprès des intervenants en santé mentale repose sur le postulat que le discours de ces praticiens à propos de leur pratique est révélateur d'une vision du social plus ou moins implicite qui fonde leur pratique et la compréhension qu'ils en ont. Par ailleurs, le choix des thèmes d'analyse résulte d'une préoccupation de les définir de

24. Ferguson, Marilyn, *les Enfants du verseau: pour un nouveau paradigme*, Calmann-Levy, Paris, 1981, 338 pp.

25. Nous n'incluons pas les données recueillies autour du thème F dans cet article, dans la mesure où ces données sont surtout utiles dans une analyse différentielle des individus interrogés.

telle sorte qu'ils puissent servir aussi bien à rendre compte, du mieux possible, de la vision du social de l'intervention qu'à exprimer notre interprétation sociologique.

Nous voulons souligner par ailleurs les limites d'une telle méthodologie. Nous ne pouvons inférer du seul discours du praticien les dimensions concrètes de l'intervention dans son déroulement même, telle que pourrait la saisir une observation systématique. Le point de vue d'autres acteurs impliqués dans l'intervention, celui du «client» en particulier apporterait aussi une autre vision. De plus, l'analyse du discours de l'intervenant soulève tout le problème de départager les éléments «idéologiques» des éléments de «connaissance» sur l'intervention. Concernant ce dernier point, nous avons choisi, le plus possible, des thérapeutes qui n'ont pas un statut, un poste qui en feraient des porte-paroles d'une approche ou d'une école, pour avoir un récit le plus collé possible à leur pratique. Enfin, l'étude qualitative d'un groupe restreint de thérapeutes ne permet pas les généralisations qu'une approche plus quantitative, fondée sur un échantillon de la population permettrait.

Les résultats sont présentés ici en suivant l'ordre des thèmes. Nous dégagerons sous chaque thème les principales positions qui se dégagent de l'ensemble des entretiens, en négligeant les nuances qu'apporteraient une analyse plus différentielle de chacun des intervenants, ce qui dépasserait les limites de cet article. De plus, compte tenu du fait que cette première phase de la recherche sera suivie d'une seconde, sous forme de rencontres de groupe avec des interviewés, nous avons cru bon de ne pas citer le matériel concret des entretiens. Les diverses positions seront par ailleurs exprimées dans des formulations très proches de celles des entretiens, mais plus synthétiques. (Des expressions tirées du matériel seront indiquées entre guillemets.)

A. CONCEPTION DE LA SANTÉ/MALADIE MENTALES

Une première façon de dégager le jeu des tendances conflictuelles qui traversent la psychothérapie comme action culturelle est d'examiner *le type de langage* utilisé pour nommer et expliquer la santé/maladie mentales et plus concrètement les concepts utilisés pour décrire la clientèle. Ce langage sera comparé à celui qui correspond au *modèle médical clinique*, comme point de référence. Ce modèle peut être défini comme la pratique traditionnelle dominante dans le domaine de la santé mentale. Il repose sur l'importance première accordée au diagnostic des diverses *pathologies* et sur le contrôle médical premier des psychiatres. Il se concrétise dans un schéma d'intervention qui suit d'assez près l'intervention médicale en général; diagnostic, pronostic, plan de traitement, traitement, «guérison», suivi. Il correspond à une pratique située le plus souvent dans le cadre d'un établissement de santé, hôpital ou clinique.

Les intervenants fondent leur pratique davantage sur un *modèle de santé* inspiré de l'une ou l'autre des approches d'inspiration humaniste. On va ainsi dresser le portrait d'un fonctionnement optimal de la personnalité, par exemple, la personne capable de symboliser correctement son expérience, de fonder ses choix à partir de son vécu, d'agir activement sur son environnement, etc. Les termes utilisés pour désigner la pathologie seront ceux de blocages, de dysfonctionnement, d'empêchements, d'obstacles à un fonctionnement sain. Une certaine utilisation est faite de catégories plus cliniques: névrose, psychose, schizophrénie, mais elle reste très fragmentaire et pleine de réserves: «on pourrait dire névrosé» ou «psychotique», si l'on prend un terme «médical». Ces termes sont empruntés à une sorte de langage acquis, extérieur à eux. De plus, le terme de psychotique par exemple sera surtout utilisé pour parler de «cas graves» qu'ils ne retrouvent pas dans leur clientèle, réservés en quelque sorte aux institutions spécialisées (la clinique psychiatrique par exemple). Cette *distance* générale par rapport au langage médical-clinique s'accompagne aussi d'un effort pour redéfinir le rapport santé/maladie et vie sociale. Jusqu'à un certain point, un fonctionnement «sain» est anticonformiste par rapport aux normes culturelles dominantes fondées sur la rationalité, la performance et le contrôle émotif. La personne saine au contraire sera plus ancrée dans son affectivité, plus autonome, plus polydimensionnelle, plus critique par rapport à la valeur Travail, moins passive. De plus, la conformité aux normes sociales dominantes, «une vie routinière», «soumise» est source, bien souvent, de dysfonctionnement. La «crise» qui amène le plus souvent la personne en thérapie est alors une réaction saine par rapport à des conditions de vie malsaines. Une nuance importante qualifie une telle position: il existe des «dysfonctionnements» douloureux, souffrants qu'il faut surmonter. S'il faut refuser «l'adaptation conformiste» aux normes, il ne faut pas non plus «s'isoler dans la marginalité».

L'explication donnée à la maladie mentale (ce terme est très rarement mentionné), aux problèmes des clients est surtout relié à la situation plus immédiate de l'interaction thérapeutique, et dans les termes de l'approche utilisée dans l'intervention. Par exemple, telle cliente est portée

à retourner beaucoup d'agressivité contre elle-même (mécanisme de rétroflexion, en gestalt) et l'intervention sera de l'amener à exprimer, à agir cette agressivité dans la situation thérapeutique. Ce mécanisme de blocage sera identifié, associé aussi à tel ou tel aspect de la vie de la personne, mais cette explication s'inscrit dans la préoccupation pragmatique de l'intervenant dans son interaction avec la personne. Il y a peu de souci d'établir une explication en soi, préétablie, comme par exemple un diagnostic clinique préalable, tel qu'on peut le retrouver dans le modèle médical.

Se référer d'abord à un modèle de santé, utiliser peu les catégories cliniques du langage médical, élargir le champ de la normalité et limiter le «diagnostic» de départ sont les principales caractéristiques d'une position que nous qualifions «d'humaniste», au sens de cette tradition psychologique née précisément en opposition au langage d'une pratique clinique fortement marquée par le modèle médical. Par ailleurs, cette position n'est pas aussi typique que ce que nous venons de dégager. Elle coexiste avec d'autres affirmations qui la rendent plus ambiguë. Une certaine critique est faite de la position humaniste par telle personne qui s'identifie davantage à une position plus cognitive-behaviorale (en analyse transactionnelle, en thérapie brève, en thérapie de la redécision). Une autre s'appuiera sur une perspective plus spirituelle (*Breath Therapy*) et transpersonnelle. Telle autre défendra l'importance, en bioénergie ou en gestalt, de revenir, autrement, aux sources psychanalytiques qui fondent leur approche. Ces diverses positions vont tantôt souligner l'insuffisance théorique, ou les faiblesses techniques, opératoires, de l'approche humaniste ou au contraire, en montrer les limites comme perspective trop psychologique, centrée sur l'Égo, pas assez spirituelle.

De façon générale, l'explication de l'origine des problèmes des clients est peu relié à des causes sociales et insiste plus sur la dynamique intra-psychique, psychologique de l'individu. Ou encore, l'on traitera le contexte social comme autant de facteurs externes venant renforcer ou non cette dynamique interne. Les influences familiales, anciennes ou actuelles, sont celles qui sont le plus souvent citées. Telle personne par exemple, souffre de solitude et d'angoisse suite à une éducation familiale rigide qui a contribué à renforcer sa passivité et la non-estime de soi, etc.

B. CONCEPTION DE L'INTERVENTION EN SANTÉ/MALADIE MENTALES

«La conception de l'intervention» est un thème qui regroupe les explications qui concernent la réalisation très concrète de l'activité thérapeutique. Ce thème est très relié au précédent qui portait sur les *orientations*, en quelque sorte de cette activité qui vise à produire de meilleures conditions d'un fonctionnement «sain» (ou à réduire la maladie). Par ailleurs, cette conception de l'intervention peut être plus ou moins compatible avec l'explication de la santé/maladie mentales. Par exemple, elle peut reposer sur un rapport de dépendance qui rend très difficile l'autonomie de la personne que l'on vise à favoriser en principe. Trois dimensions constitutives d'une pratique thérapeutique seront particulièrement significatives à cet égard: le savoir spécialisé de l'intervenant, l'utilisation de techniques et de procédures et le rapport communicationnel lui-même entre client et thérapeute.

La position type qui se dégage des entrevues accorde au rapport communicationnel le primat sur le savoir spécialisé du thérapeute et sur l'utilisation des techniques d'intervention. La thérapie est d'abord une pratique communicationnelle, qu'elle soit individuelle ou de groupe. Le savoir théorique sur la santé/maladie mentales ou sur les conditions de la relation et les diverses procédures utilisées sont relativisées par rapport aux exigences propres de cette expérience interpersonnelle de communication. Par exemple, un intervenant dira, après avoir décrit les principaux concepts de l'approche gestaltiste et diverses façons de procéder que ce n'est plus ce savoir ou ce savoir-faire gestaltiste qui importe dans l'interaction thérapeutique mais ce processus imprévisible, créateur, de l'interaction entre deux personnes qui sert de critère de pertinence par rapport aux concepts ou procédures utilisés.

Le processus thérapeutique se déroule généralement en trois grandes phases caractérisées par l'évolution des rôles des deux acteurs impliqués. Une première phase est caractérisée par la centration sur le client: le thérapeute favorise son expression, l'écoute, et en même temps construit avec lui un diagnostic des problèmes présents. C'est aussi l'établissement d'une relation de confiance de base durant cette période qui sera plus ou moins longue (de quelques rencontres à plusieurs mois). Une seconde phase sera marquée par une intervention plus active, plus structurante, plus confrontante souvent, de la part du thérapeute, à partir des points à «travailler» identifiés dans une première phase: mises en situations, explications, techniques verbales ou non verbales seront initiées par lui. Enfin, une dernière phase qui est aussi la fin de l'intervention, se caractérise par un certain

rapport plus égalitaire, d'implication mutuelle des deux acteurs. La décision d'interrompre la relation repose sur un certain consensus témoin d'une compréhension réciproque du cheminement thérapeutique du client.

La conceptualisation élaborée à propos du contenu du «dysfonctionnement» vécu par le client sera formulée le plus souvent en termes accessibles, même quand ces termes sont plus techniques, pour le client éventuel. Ce savoir est communicable et, comme nous le soulignons au thème précédent, procède moins d'un souci de compréhension à priori, indépendante de la situation thérapeutique, que d'une perspective pragmatique, comme support à la pratique communicationnelle. Pour reprendre notre exemple du mécanisme de rétroflexion, on insistera sur la description appropriée qu'il permet des réactions de telle cliente et de la procédure d'intervention qu'on peut développer pour qu'elle exprime son agressivité, arrête de la contenir ou de la retourner contre elle-même. Et cet exemple montre aussi, dans l'entrevue, comment une telle notion peut être partagée et expérimentée dans l'interaction thérapeute-client.

Des contre-positions sont également présentes dans ce groupe de thérapeutes (ou parfois chez le même thérapeute). Ainsi, tel s'appuiera plus fortement sur la nécessité d'une théorie rigoureuse de la relation qui fonde l'expertise spécifique du thérapeute qui n'a pas à être «partagée» par le client pour assurer le succès de la thérapie. Tel autre mettra plus l'accent sur diverses procédures ou diverses règles de fonctionnement éprouvées qui doivent structurer la relation thérapeutique (par exemple, l'opérationnalisation du problème en thérapie de la redécision ou en thérapie brève). Un autre invoquera la nécessité de faire appel à un type de connaissance suprarationnel pour décrire l'expérience intérieure vécue dans la relation. Dans ce dernier cas, le thérapeute est plutôt un guide qui favorise l'accès à un niveau de conscience autre.

La position centrale qui caractérise la conception de l'intervention serait celle d'une pragmatique communicationnelle par rapport à laquelle les diverses contre-positions expriment des variantes plus scientifique, technique ou initiatique.

Par ailleurs, une autre dimension de cette vision de la pratique est l'opposition établie entre thérapie et activités de croissance, même si la plupart ont déjà exercé ce type d'activités sous forme de groupes de week-end, de formation aux relations humaines, activités définies habituellement en termes de croissance. Contrairement à la clientèle des activités de croissance, ceux qui viennent en thérapie le font le plus souvent suite à un état de crise, sur la base de la souffrance. Cette demande thérapeutique procède d'une toute autre motivation que celle de simplement mieux se connaître, s'améliorer, se développer. En ce sens, la pratique thérapeutique est plus clinique par opposition à une pratique de croissance souvent plus ponctuelle, éducative et aussi plus «superficielle», selon les termes utilisés par des intervenants.

C. ENCADREMENT ORGANISATIONNEL ET PROFESSIONNEL DE L'INTERVENTION

L'intervention thérapeutique est inséparable d'un mode d'organisation de cette pratique et d'implications diverses, subjectives et objectives, reliées à ce mode d'organisation.

Nous regroupons les données concernant ce thème par rapport à deux dimensions particulières: la *professionnalisation* et l'*organisation*. La dimension organisationnelle est centrale quand nous pensons au modèle médical de la pratique: division des clientèles, division du travail, hiérarchie de contrôle, financement public, etc. Elle n'est pas moins importante même dans le cas de la pratique dite privée, définie sous le modèle de l'entreprise individuelle, artisanale ou de la petite entreprise. La dimension de la professionnalisation correspond, dans les établissements de santé, aux divers niveaux hiérarchiques de décision et d'exécution. Et la pratique en bureau privé sera aussi marquée par la nature professionnelle du travail. Quand nous parlons de «professionnel» dans ce texte nous entendons un certain nombre de caractéristiques classiques comme par exemple, la référence à un corpus de savoir codifié, transmis par l'université ou la littérature scientifique, un cadre associatif plus ou moins formalisé, le développement de règles d'éthique, un sentiment d'appartenance et la poursuite d'intérêts communs²⁶.

La pratique des thérapeutes interrogés se fait principalement en bureau privé. Cette forme de pratique est le résultat d'un choix qu'accompagne à des degrés divers, un rejet d'une forme de travail dans une grande institution (un hôpital, une école). On évoque alors le caractère contraignant, lourd, complexe d'une organisation formelle. Le choix d'une pratique individuelle, en bureau privé

26. Voir en particulier: Johnson, Terence J., *Professions and Power*, MacMillan Press Ltd., 1972, 96 pp.

est associé aussi à un désir d'établir un *rapport direct* avec les individus et celui d'un minimum de contrôle externe sur l'exercice de leur pratique.

Cet éloignement du contexte des grandes organisations conduit à se définir comme professionnel à part entière, autonome. On va se décrire comme un «artisan» de la thérapie par opposition à un salarié ou à un fonctionnaire de la santé. Si plusieurs s'associent à une ou quelques personnes, ils préfèrent une forme d'association minimale: location de bureaux, secrétariat «léger»... S'ils leur arrive de collaborer à deux ou trois, comme cothérapeutes, ils travaillent dans l'ensemble plutôt seuls. Parfois, ce travail plus solitaire n'est pas sans entraîner un sentiment d'isolement dans la pratique.

Cette identification à un travail de «professionnel autonome» est accompagnée, par ailleurs, d'un sentiment d'appartenance à un *réseau informel* de collègues praticiens qui présentent des affinités au niveau du type de formation, de l'approche théorique ou de la pratique. Ce réseau est actif et personnalisé. Une distance parfois critique est généralement exprimée par rapport à des regroupements plus officiels, comme la Corporation des psychologues. On se méfie de contrôles externes ou de tracasseries administratives tout en affirmant par ailleurs une éthique personnelle ou professionnelle que l'on présente comme plus exigeantes que les règles minimales d'un code d'éthique officiel. Ainsi, l'on dénonce l'amateurisme ou le charlatanisme dans le domaine, les abus de confiance, le «viol des défenses», à partir de ses propres exigences de travail plus qu'en revendiquant des règles «publiques» à cet égard. On préfère une éducation et une information convenable du public, le libre jeu des réputations et de la concurrence à une intervention directe des instances publiques.

Professionnels autonomes, peu corporatistes, antibureaucratiques, ces thérapeutes vont s'appuyer sur de petits réseaux informels de personnes significatives. Mais cette «liberté de manœuvre» n'est pas sans contrainte.

La pratique en bureau privé place l'intervenant dans une logique de *marché ouvert* où il devra «bâtir» sa clientèle, se doter d'une infrastructure minimale (bureau, mobilier spécialisé, cartes d'affaires...) Il est soumis aussi à ces lois informelles de la *reconnaissance* de sa compétence, celles du jugement de collègues, de clients. Les conditions souvent minimales d'opérations ne lui permettent pas d'offrir certains services pour des clients «trop malades» qui nécessitent un support continu. Enfin, même ce contexte d'un travail individuel indépendant n'échappe pas à divers contrôles publics, financiers et légaux: impôt, protection du consommateur, Office des professions, règlements municipaux, assurances, etc. Ces diverses contraintes vont tendre d'ailleurs à rapprocher leur pratique d'un modèle de «profession libérale»; clientèle régulière, durée précise des entrevues, mode de paiement d'honoraires «ajustés au marché», nombre de clients suffisant pour arriver, etc.

Cette position «professionnelle libérale» coexiste avec d'autres. Quelques thérapeutes continuent à faire de l'intervention de type psychosociologique: formation, consultation organisationnelle, action communautaire. Ils s'identifient moins à un cadre «classique» de bureau privé. Par exemple, ils font de la thérapie dans un «appartement ordinaire», ou ils seront plus flexibles sur les tarifs ou le mode de structuration des rencontres. Ils font moins «professionnel de la santé». D'autres ont fait le choix de travailler dans des institutions: petite clinique, CLSC. Ce travail dans une organisation les rend moins réfractaires à une certaine institutionnalisation de la pratique professionnelle, au niveau de la Corporation des psychologues ou autrement. Ils collaborent, au besoin, activement à développer cet encadrement professionnel. Enfin, d'autres vont exprimer une position de relative clandestinité: être professionnel oui, mais être le plus loin possible des contrôles externes.

Ces diverses positions viennent ainsi nuancer le caractère plus ou moins professionnaliste de la pratique. De façon générale, celle-ci semble se définir comme une *alternative clinique* par rapport au monde des institutions, et prend ses distances aussi par rapport à des pratiques «peu professionnelles», «à la mode», «groupe de ci, groupe de ça». Mais en même temps, les conditions de la pratique se rapprochent du modèle de la profession «libérale», celle de l'avocat, du notaire ou plus justement, de psychanalyste, du psychiatre en bureau privé.

D. SYSTÈMES SOCIAUX D'APPARTENANCE

Ce thème est constitué des diverses références de l'interviewé au contexte social plus large de sa pratique, sa vision de la société concrète dans laquelle elle s'inscrit. Les données relatives à ce thème sont regroupées selon les *niveaux* de références de la réalité sociale, celui des groupes primaires, celui des organisations et les grands ensembles sociaux. Nous relevons aussi les types de *liens* établis ou non entre ces niveaux quand l'intervenant parle du contexte de sa clientèle ou

du sien. Enfin, nous examinons si le discours souligne davantage le caractère structurel des divers ensembles sociaux ou s'il souligne plutôt leur caractère évolutif, dynamique ou encore, s'il développe leur signification culturelle. Notons que ce rapport aux ensembles sociaux est le plus souvent fait, par les interviewés, à propos des caractéristiques de leur clientèle et de commentaires qui accompagnent leur description de la pratique d'intervention ou de leur contexte immédiat de travail.

1. *La clientèle*

La clientèle des thérapeutes provient de ce qu'ils appellent la classe moyenne, catégorie très large en fait, incluant des gens à faible revenu comme des gens à revenus plus élevés, soit par exemple entre 12 000\$ et 60 000\$. Les occupations seront aussi très variées: de la secrétaire ou du commis aux techniciens, professionnels ou cadres. Une telle catégorie exclut: les gens à très haut revenu, «l'élite sociale», comme un P.D.G. de grande entreprise, un médecin, ou, à l'autre extrême, des ouvriers non spécialisés ou des gens de milieu défavorisé. Ces deux groupes se retrouvent exceptionnellement dans leur clientèle. Cette définition de la classe sociale s'inspire plutôt d'une logique de stratification sociale. Les rapports de classe, au sens marxiste ne sont pas évoqués.

Toujours à propos de la clientèle, le type de problèmes ou de contenu abordés en thérapie se situent plutôt dans la sphère des relations d'intimité ou des groupes primaires: couple, famille, amis... La référence au secteur de travail ou à d'autres grands ensembles sociaux (partis politiques, institutions religieuses, rapports interethniques, etc.) est rare.

Par ailleurs, quand l'intervenant évoque le contexte social plus large, il parle surtout des grandes organisations bureaucratiques, de la *structure* complexe du pouvoir et des institutions en soulignant plutôt leur côté «négatif», contraignant, par rapport au développement de la personne. Par exemple, la politique ou les gens d'affaires jouent des rôles, portent des masques qui les éloignent de leur vrai vécu. C'est un monde «de prétention», «d'apparence».

Le thème de la condition féminine et son impact sur la thérapie faisait partie des questions posées à ces intervenants. Si l'on reconnaît l'importance du phénomène social que représente le mouvement des femmes, il ne semble pas entraîner d'exigences particulières par rapport à la thérapie. La différence sexuelle n'a pas de statut particulier par rapport à d'autres formes de différence: d'âge, de catégorie sociale, d'ethnies. Ce qui ne veut pas dire qu'elle n'est pas importante. De fait, la clientèle féminine est majoritaire, dans l'ensemble, et rappelons qu'une des situations les plus souvent évoquées en thérapie est celle des rapports amoureux ou familiaux. Et à cet égard, la position des thérapeutes, sur la base de l'autonomie reconnue à la personne, en est une d'ouverture par rapport à divers modèles de relation possibles: homosexuel, séparé, en couple, relation privilégiée, etc.

La structure d'âge de la clientèle est présentée comme diversifiée. On note cependant une concentration particulièrement du groupe des 30-45 ans. Rappelons ici, que la majorité des interviewés se situe aussi dans ce groupe.

Par rapport à la vision du contexte social plus large, la position qui se dégage est celle d'une *dissociation* entre d'une part la sphère des relations d'intimité, des groupes primaires et celle de la structure sociale dans ses dimensions organisationnelle, politique, économique. La pratique thérapeutique concerne d'abord ce qui se passe au niveau des relations interpersonnelles de base, définies en extériorité par rapport aux structures organisationnelles, politiques.

2. *Contexte de l'intervenant*

À propos de sa formation ou des origines de son approche, les intervenants soulignent l'influence culturelle des États-Unis ou de certains pays européens sur les idées et la pratique de la thérapie. L'influence américaine en particulier est reconnue comme majeure. L'on invoque aussi la polarisation des courants d'idées entre des auteurs ou des Centres identifiés à la Côte Est américaine, la Nouvelle Angleterre, et ceux de la Côte Ouest, de la Californie. Par exemple, on associe à la Côte Est une tradition de plus grande rigueur, de professionnalisme, et à la Côte Ouest, un esprit plus innovateur, plus créateur, mais aussi parfois plus spectaculaire et passager. Selon le cas, tel thérapeute va s'identifier davantage à telle ou telle tradition: à la Côte Ouest, pour la qualité de tel pionnier, pour son côté innovateur (l'école de Palo Alto, Eric Berne, Frédéric Perls...). À la Côte Est, pour d'autres raisons: en Gestalt, pour la pensée rigoureuse de Paul Goodman, Isador From... Notons que la majorité des interviewés ont effectué des séjours plus ou moins

prolongés en Californie qui demeure un pôle de référence dominant. Quelques influences européennes, la France en particulier sont évoquées, mais de façon nettement minoritaires.

Cette dépendance de l'influence américaine suscite parfois des réactions de protestation. On souligne alors le manque de production d'ouvrages québécois qui reflèteraient mieux le génie propre de l'esprit «français-québécois». Mais dans l'ensemble, les liens culturels avec les États-Unis sont perçus plutôt positivement.

Il est plus difficile de retrouver, dans les entrevues, d'autres caractéristiques du contexte social plus large. Nous pouvons cependant, de façon plus indirecte retenir les éléments suivants.

Les intervenants appartiennent sûrement à cette classe moyenne dont ils parlent, et, en termes de revenus, de formation, de style de vie, ils y occupent une position plutôt confortable, comme professionnels spécialisés.

Par ailleurs, une caractéristique commune de ce groupe est le parcours très peu linéaire de leur carrière. Ils ont connu des formes de pratiques très diverses, et innové, pour plusieurs, dans des fonctions plus communautaires, participatives, à l'intérieur d'institutions où à l'extérieur. Rappelons que leur appartenance au mouvement des relations humaines est un repère important dans cette évolution, et que le choix de faire de la thérapie est aussi celui, chez la plupart de ne plus faire d'intervention plus collective, ou organisationnelle.

E. MISE EN RAPPORT DE L'INTERVENTION AVEC LA SOCIÉTÉ GLOBALE

Ce thème, très large, est en fait la traduction de la pratique d'intervention vue sous l'angle de l'action sociale. Il est étroitement relié en ce sens aux deux thèmes précédents. En effet, le thème de l'encadrement organisationnel et professionnel de l'intervention et celui des systèmes sociaux d'appartenance permettaient déjà d'établir une mise en rapport de l'intervention avec la société globale, faisant ressortir certaines caractéristiques de la *position sociale* de l'intervenant ou celle de ses clients et des significations qui s'y rattachent. Le présent thème reprend ce même contexte de la pratique d'intervention en des termes plus dynamiques, davantage relié à l'*action sociale*. Plus spécifiquement, nous explorons ici comment les intervenants définissent le type d'engagement relié à leur pratique, son impact par rapport à l'action sociale, les liens qu'ils établissent par rapport à d'autres formes d'intervention dans le domaine de la santé mentale et enfin, comment ils voient les implications socio-économiques de leur pratique.

L'intervention thérapeutique est bien perçue, dans l'ensemble, comme une forme d'action culturelle qui porte sur des thèmes qui ont une portée sociale plus vaste. La thérapie, aussi bien dans l'orientation qui la sous-tend que par sa pratique concrète questionne la façon de vivre le quotidien en proposant par exemple, des conditions différentes d'établir des communications interpersonnelles plus complètes, sur une base d'autonomie des personnes, d'une place plus grande accordée à la spontanéité, à l'affectivité, etc. Ou encore, elle amène à redéfinir l'importance accordée au travail, au mariage, ou au «pouvoir». Ce *travail culturel* se fait «à ras le sol», auprès d'abord des individus. Mais il s'inscrit dans un cadre de référence plus collectif, d'un ensemble de thérapeutes qui partagent ces orientations, les font connaître à un public plus large. Notons également que le livre cité le plus souvent dans les entrevues est celui de Marilyn Ferguson, *les Enfants du Verseau*, où elle développe cette proposition d'un vaste mouvement de conspiration articulé autour d'un nouveau paradigme culturel. Un tel «mouvement de conspiration» résulterait de la simultanéité d'un grand nombre de démarches individuelles similaires axées sur le développement d'une «nouvelle conscience», plus intérieure, plus spirituelle, mais aussi plus globale, holistique. Or, ces démarches se réalisent dans des lieux et des secteurs d'activités fort divers, et elles se relient entre elles par le croisement d'un grand nombre de réseaux informels, souterrains, peu visibles socialement mais qui transforment les institutions sociales de l'intérieur. La majorité des interviewés, avec des nuances diverses, se reconnaissent dans un tel travail «invisible», «souterrain», fondé sur le développement d'un tel réseau informel.

Par ailleurs, et de façon contrastée, la thérapie ne semble pas avoir d'effet direct sur les structures ou les institutions sociales plus formelles. En même temps, les interviewés se montrent très sceptiques par rapport au changement qui peut être fait à ce niveau. On ne croit pas que la réforme ou même la transformation des structures soient suffisamment profondes pour le mieux-être des personnes. Ils situent leur action, quant à eux, davantage au niveau des relations primaires, soit directement, dans le cadre de la relation thérapeutique, soit indirectement par les modifications qu'elle entraîne dans les réseaux primaires d'appartenance; famille, couple, amis, voisins...

Interrogés sur leur position par rapport à la diversité, à la prolifération des modes d'intervention en santé mentale, ils manifestent une attitude critique face à ce phénomène au nom des exigences d'une pratique vraiment professionnelle. La thérapie est une démarche exigeante, coûteuse, de longue durée (quelques années) et en profondeur. Évidemment, la position d'une approche comme la thérapie «brève» sera différente, mais dans l'ensemble, on s'appuie sur le «professionnalisme» comme meilleur garant contre les abus des «modes passagères» en faisant les distinctions appropriées: plusieurs formules nouvelles, comme des groupes d'entraide par exemple, sont considérés comme très valables.

À une question sur les effets de la tarification, les thérapeutes reconnaissent les effets discriminatifs de cette «contrainte» financière, mais en apportant toute une série de nuances. Par exemple, on souligne que, dans des milieux très populaires ou plus démunis, la différence *culturelle* est une barrière plus importante encore que l'argent. De tels milieux connaissent peu ou ne valorisent pas la démarche psychologique, l'autoanalyse qu'elle implique comme voie de solution des problèmes de vie. Aussi, on atténue la portée discriminatoire des tarifs demandés (en moyenne, entre 40\$ et 45\$/heure), en le comparant à d'autres investissements de consommation: sorties, restaurants. «Bien plus de gens qu'on pense» peuvent faire ce choix compte tenu de leur revenu. Par ailleurs, certaines modalités de troc, de «services rendus», ou d'une tarification plus faible pour un petit nombre de clients sont des solutions pratiquées. En outre, l'on mentionne l'effet «motivateur» chez le client d'un tel investissement, voire d'un certain effet «libérateur», dans la mesure où le paiement d'un service permet de clarifier des liens autrement ambigus, plus fusionnels. Enfin, l'on invoque tout simplement que de tels tarifs représentent le revenu nécessaire, et raisonnable d'un travailleur professionnel indépendant.

Ainsi, ce groupe de professionnels thérapeutes a conscience de faire un travail culturel d'une certaine portée sociale, d'appartenir à un milieu professionnel dissocié de pratiques à la mode, peu rigoureuses. Par ailleurs, ils se sentent peu impliqués par rapport aux diverses grandes structures sociales. Enfin, les conditions socio-économiques de leur pratique les rapprochent d'un modèle contractuel, libéral.

4. ÉLÉMENTS D'ANALYSE

Nous présentons, dans cette section, quelques réflexions visant à montrer en quoi et comment l'intervention thérapeutique, dont nous venons d'esquisser un portrait, peut constituer, en tant qu'action culturelle un élément important d'un mouvement socio-culturel en émergence. Nous précisons en premier lieu quelques éléments de notre problématique de départ.

Nous posions en hypothèse que les pratiques thérapeutiques étudiées sont traversées de tendances conflictuelles, révélatrices des diverses composantes des rapports sociaux dans lesquels elles s'inscrivent. En effet, ces pratiques, comme action culturelle comportent des éléments qui les situent tantôt comme forme *modernisatrice*, tantôt comme *contestation* d'un modèle culturel dominant et enfin, comme lieu d'*innovation* culturelle. Cette ambiguïté d'orientations est liée en partie à la *diversité* des intervenants interrogés. Mais elle repose aussi sur l'*incertitude* qui caractérise le développement du champ de la santé mentale et des diverses tendances qui s'y affrontent.

Nous pouvons retrouver, dans le matériel recueilli, une première tendance, *modernisatrice*, qui participe du mouvement actuel d'une technocratisation de la santé mentale. Par exemple, l'insistance sur l'importance du savoir et de la technique dans la pratique thérapeutique, l'importance accordée à l'expertise professionnelle, le caractère «libéral» de la profession en constituent des indices. La remise en cause elle-même du modèle médical n'est pas sans ambiguïté, dans la mesure où elle ne ferait que refléter les intérêts d'un nouveau groupe de professionnels qui lui substituent un autre modèle, au nom d'un nouveau savoir. Ce ne serait ainsi qu'une extension des catégories professionnelles déjà existantes.

Cette tendance modernisatrice coexiste cependant avec d'autres éléments qui révèlent une deuxième tendance, contestatrice de la première. La remise en cause de la conception dominante de la normalité, du rôle d'expertise du thérapeute, du caractère aliénant de la culture ambiante, par exemple, laisse entrevoir l'influence d'une perspective contre-culturelle. Plusieurs intervenants ont d'ailleurs participé activement, à un moment ou l'autre, à diverses expériences plus communautaires ou plus «alternatives», sous l'influence de courants d'idées californiens entre autres. Vus sous cet éclairage, ces intervenants se situeraient plutôt *en rupture* par rapport aux institutions établies dans le secteur de la santé mentale.

Il existe aussi, dans le discours des intervenants une troisième tendance qui donne à leur pratique un caractère plus *innovateur*. Nous voulons signifier par ce terme une orientation particulière de cette pratique qui réaffirme un contenu culturel nouveau qui ne saurait être réduit à la seule «modernisation» des contenus culturels dominants ni non plus à une simple négation de ces contenus ou de ces pratiques. Tendance émergente, elle est plus difficile à cerner puisqu'elle annonce des exigences de transformation d'une pratique d'intervention qui participe, par ailleurs, d'une tradition professionnelle plus ou moins établie. Nous allons élaborer davantage, dans les points qui suivent, les principaux éléments innovateurs que nous décelons dans ces pratiques autour des trois thèmes centraux : une pragmatique communicationnelle, la position professionnelle et la vision du social.

Rappelons ici que cette tendance innovatrice est la plus susceptible d'inscrire la pratique thérapeutique, comme action culturelle, dans le sens de l'émergence d'un mouvement socio-culturel. Celui-ci reposerait entre autres sur des bases sociales plus large, dans le champ de la santé mentale, mais aussi dans d'autres secteurs de vie. La santé ou la qualité de la vie en constituerait un pôle intégrateur²⁷.

4.1 UNE PRAGMATIQUE COMMUNICATIONNELLE

La conception de l'intervention thérapeutique qui se dégage des entrevues nous semble constituer un noyau central de référence. Nous l'avons caractérisée comme étant une «pragmatique communicationnelle», pour souligner la prédominance du processus interactif thérapeute-client et son enjeu communicationnel majeur, celui de développer une *compréhension commune* susceptible de guider l'action. Pour reprendre ici certaines distinctions d'Habermas²⁸ cette compréhension commune ne se réduit pas à ce qui est dit, mais implique aussi la référence au vécu, à l'authenticité des interlocuteurs dans la relation et leur base de légitimité. En ce sens, la notion de pragmatique est assez différente de celle que l'on retrouve dans la thérapie brève, davantage centrée sur les cadres logiques de la communication et encore plus différente, sinon opposée, à celle d'une attitude pragmatique, centrée sur les résultats et l'efficacité.

Cette pragmatique communicationnelle, nous l'avons souligné plus haut, n'exclut pas, au contraire le recours à une théorisation rigoureuse ni à des techniques opératoires, mais elle implique le primat de processus communicationnel sur ces deux éléments. Resituée dans le contexte de l'intervention thérapeutique de tradition humaniste, une telle conception accorde une attention particulière à l'élément existentiel de la relation et au développement de l'autonomie personnelle.

C'est sur la base d'une telle conception qu'on peut définir une vision de la santé mentale qui s'appuie d'abord sur un modèle de santé plutôt que de partir de la pathologie. En effet, les conditions mêmes de la relation thérapeutique tendent à valoriser un rapport interpersonnel fondé sur l'autonomie et l'intégrité réciproque, comme objectif ultime. Et la réalisation d'un tel processus est susceptible de remettre en cause une conception de la normalité sociale qui n'implique pas une telle qualité de rapport.

Plusieurs conséquences peuvent être tirées d'une telle conception. Elle remet en cause fortement le modèle médical clinique de la santé/maladie mentales, dans la mesure où celui-ci met surtout l'accent sur la compréhension de la pathologie, affirme la prépondérance de l'expertise sur la relation au «patient», et du même coup du savoir spécialisé de l'expert sur la communication.

Une telle conception a peu de chance aussi de s'imposer comme modèle technocratique et entre plutôt en conflit avec des approches behavioristes ou cognitivistes qui accordent plus d'importance aux stratégies et aux procédures opératoires, fondées sur un modèle «scientifique», que sur l'expérience de la communication elle-même.

Par ailleurs, une pragmatique communicationnelle ainsi conçue s'éloigne aussi des formes de «thérapie» qui font appel à des conceptions transpersonnelles, spirituelles du développement humain, étrangère aussi aux styles charismatiques ou autoritaires qui fondent leur légitimité sur de telles bases.

27. Cette analyse du caractère innovateur des pratiques thérapeutiques reflète le caractère partiel de la présente étude. Des comparaisons avec d'autres formes de pratiques dans le domaine de la santé mentale et aussi dans d'autres secteurs de vie permettraient de mieux voir le jeu des diverses tendances que nous ne faisons qu'évoquer rapidement ici.

28. Habermas, Jürgen, *Communication and the Evolution of Society*, Beacon Press, Boston, 1979, 239 pp. (Voir en particulier le 1^{er} chapitre sur «*Universal Pragmatics*»). Soulignons que l'auteur n'utilise pas comme telle la notion de pragmatique communicationnelle. Il dirait plutôt : le modèle d'une pragmatique universelle à propos de la pratique communicationnelle).

Une telle conception de l'intervention thérapeutique demeure à un niveau plutôt méta-communicationnel, ce qui lui donne un caractère plus insaisissable au niveau des contenus et la rend compatible avec des approches variées quant à la compréhension du développement de la personne. Nous avons noté, dans les entrevues, un intérêt plus grand pour une conceptualisation plus précise à ce niveau. Par exemple, plusieurs reviennent aux diverses sources de l'approche qu'ils privilégient. En gestalt ou en bioénergie, par exemple, on redécouvre, et réinterprète aussi, la psychanalyse de Freud, de Reich, ou encore la philosophie existentielle. De même, les acquis techniques, des modes d'intervention plus directs et structurantes sont intégrés à l'intervention. Ceci repose même parfois la question du rapport expert-intervenant/client.

4.2 LA POSITION «PROFESSIONNELLE»

Le contexte organisationnel et social immédiat exerce une influence importante sur la pratique de l'intervention thérapeutique. Nous avons caractérisé ce contexte en le rapprochant du mode d'exercice d'une profession libérale en bureau privé: rapport contractuel avec des clients individuels, liberté d'établir ses tarifs de consultation, autonomie relative dans la fixation des conditions d'intervention, etc. Par ailleurs, une telle pratique est aussi soumise à diverses réglementations publiques et aux règles d'une «économie de marché».

Il convient par ailleurs de resituer plus précisément cette base professionnelle de pratique dans un ensemble plus vaste et de la relier au point de vue subjectif des intervenants.

Le choix de travailler en pratique privée est opposé, chez la plupart à celui de travailler en institution dont on souligne les contraintes multiples. Derrière ce choix apparaît très souvent un fort sentiment antibureaucratique. L'on se reconnaît peu également dans une corporation professionnelle formelle, comme celle des psychologues (la majorité de nos intervenants en étant cependant membres). Par ailleurs, le statut de psychologue ou de thérapeute en bureau privé demeure relativement très faible par rapport à celui des principales professions médicales (tout comme celui de la Corporation des psychologues d'ailleurs). Enfin, les intervenants de ce groupe, pour plusieurs, ont choisi cette forme de pratique après d'autres: travail en institution, consultation organisationnelle, formation.

Par contre, quand ils ont à se situer par rapport à d'autres formes de pratiques qui met en cause des non-professionnels et qui sont davantage reliées à la nouvelle culture, ils expriment une critique sur la base d'exigences professionnelles: l'importance d'une formation approfondie en thérapie, de règles d'éthiques rigoureuses, du respect du participant. Ils dénoncent fortement l'amateurisme et le charlatanisme possibles dans ces expériences.

L'ensemble de ces éléments fait voir une cohérence certaine entre le contexte de travail et la conception de l'intervention en santé mentale. La pratique en bureau privé semble offrir une *autonomie de fonctionnement* qui permet un travail thérapeutique dont l'intensité, la durée, le caractère plus créateur, innovateur, ont à subir le minimum de contraintes externes possibles. De même, la clientèle potentielle semble assez vaste, se situant dans la «classe moyenne» élargie. Notons par ailleurs, que de telles conditions de pratique sont aussi restrictives. On ne peut compter sur la variété et la quantité des ressources d'une grande institution, ses travaux de recherche, etc. Des types de clientèles sont aussi exclues, soit des gens trop malades, «en perte d'autonomie», qui nécessitent précisément un support institutionnel, soit aussi des gens plus démunis qui ne peuvent rencontrer les frais d'une thérapie. Malgré ces limites réelles nous serions portés à conclure que la position professionnelle de ces intervenants vient plutôt favoriser une approche thérapeutique qui s'éloigne d'un mode technocratique d'intervention et qui demeure critique, par ailleurs, face à des modes d'interventions peu rigoureuses.

4.3 VISION DU SOCIAL

Les thèmes des conceptions de la santé mentale et de l'intervention, tout comme celui du contexte immédiat de la pratique ou celui des systèmes sociaux d'appartenance révèlent déjà un grand nombre d'indices sur les rapports entre cette pratique et la société globale.

Cette vision du social repose sur deux dichotomies majeures qui vont marquer la conception de la portée sociale de l'intervention. D'une part, l'on oppose le niveau des relations primaires, dans lequel s'inscrit le travail thérapeutique, à celui des grands ensembles sociaux ou même celui de structure intermédiaires comme les organisations formelles. Mais cette opposition se traduit également dans le rapport culture/structure ou sens/structure. Au niveau des relations primaires,

du micro-social, les liens intersubjectifs, les rapports symboliques l'emportent nettement sur les éléments structuraux, institutionnels. À l'opposé, au niveau des grands ensembles, la structure domine largement les rapports humains, l'échange symbolique. De façon très cohérente, le changement devient très possible au niveau micro-social, au niveau culturel plus spécifiquement, mais par ailleurs on voit mal ses répercussions à d'autres niveaux.

Une autre façon de retrouver ces mêmes dichotomies est la séparation faite entre ce que nous pourrions appeler le domaine de la vie quotidienne, caractérisé surtout par les réseaux de relations primaires et aussi par son caractère informel, et le domaine des institutions formelles. Nous pourrions aussi dire la séparation d'une sphère publique et d'une sphère privée. Ainsi, plusieurs intervenants soulignent que le modèle de relation thérapeutique déborde les cadres de la situation thérapeutique et tend à se généraliser dans d'autres situations de relations primaires: couples, familles, amis. De plus, le travail d'intégration personnelle que favorise la thérapie modifie souvent le rapport au travail, à l'autorité, à la consommation. C'est tout un mode de vie qui se réorganise. Or, ces transformations sont peu visibles, n'ont pas d'impact direct sur les institutions plus formelles.

Nous pourrions être portés à interpréter une telle vision du social comme la conséquence d'un biais psychologisant, d'un retour à une vision libérale-individualiste qui tend à réduire l'impact des structures sociétales à peu de chose et à survaloriser la réalité micro-sociale des rapports intersubjectifs. Une autre interprétation me semble mieux tenir compte d'un ensemble d'indices convergents. Cette vision du social reste très cohérente par rapport à ce qui, d'une part, pourrait être défini comme une attitude *défensive* à l'égard des grandes institutions sociales, de la sphère publique où les forces politiques occupent une large place, et d'autre part, l'*affirmation* de la plus grande autonomie possible dans une sphère privée où dominent les relations d'intimité. Si de tels liens demeurent largement implicites dans le discours des intervenants, ils permettraient en les explicitant, de retrouver une cohérence d'ensemble, et de dégager la dimension innovatrice d'une telle pratique.

5. CONCLUSION

L'intervention thérapeutique d'un groupe d'intervenants, analysée sous l'angle d'une action culturelle, représente un élément d'innovation culturelle au niveau des conditions de développement de la santé mentale. La réalisation d'une pragmatique communicationnelle intervenant-client, mais aussi sa généralisation, constituerait une dimension importante dans ce projet social d'une réappropriation de l'intégrité personnelle dans les divers secteurs de vie. Une telle perspective conteste la vision traditionnelle du modèle médical clinique ou de ses formes modernisatrices. Elle se dissocie aussi de ce contre-mouvement, qui proclame déjà et maintenant la réalisation d'une nouvelle culture, en rupture radicale par rapport au système social actuel.

Une telle innovation culturelle reste fragile, tant par la faiblesse relative de ce mode d'intervention dans l'ensemble du domaine de la santé mentale, que par des conditions de généralisations incertaines. La faible visibilité sociale de ce type de pratique en est un indice. Par ailleurs, et c'est là sa force, un travail similaire, autour du thème de la santé et de la qualité de vie, s'affirme progressivement dans divers mouvements: mouvement écologique, mouvement des femmes, mouvement syndical. Et la réalisation de pratiques nouvelles en ce sens est indissociable du type de rapport communicationnel qu'elles supposent.

RÉSUMÉ

La pratique thérapeutique d'un groupe d'intervenants caractérisée par une approche humaniste de la thérapie est analysée sous l'angle d'une action culturelle innovatrice. Dans le cadre général d'une sociologie de l'action sociale et des mouvements sociaux, une telle action culturelle peut devenir un élément moteur dans la constitution d'un mouvement socio-culturel sur la base de l'affirmation d'une plus grande intégrité de la personne humaine dans divers secteurs de vie. Le caractère le plus innovateur de la pratique thérapeutique examinée est celui d'une pragmatique communicationnelle qui remet en cause le rapport théorie — pratique et aussi le rapport professionnel — client des interventions plus traditionnelles dans le domaine de la santé mentale. Cette remise en cause se distingue par ailleurs d'une position contre-culturelle de rupture en se situant davantage dans un rapport social conflictuel.

SUMMARY

The practice of therapy by a group of mental health personnel characterized by a humanistic approach to therapy is analyzed here, from the point of view of a culturally innovative act. In the general framework of a sociology of social action and of social movements, such a cultural act can become a driving element in the constitution of a socio-cultural movement, on the basis of the affirmation of a greater wholeness of the human individual in various sectors of life. The most innovative characteristic in the type of practice examined is a communicational pragmatic which challenges the relationship theory-practice and the relationship professional-client in the context of a more traditional type of intervention in mental health. This challenge is distinct, moreover, from a counter-cultural view of rupture in that it is situated to a greater extent within a relationship of social conflict.

RESUMEN

La práctica terapéutica de un grupo de interventores, caracterizada por un enfoque humanista de la terapia, es analizada bajo el ángulo de una acción cultural innovadora. Dentro del cuadro general de una sociología de la acción social y de movimientos sociales una tal acción cultural puede convertirse en elemento motor dentro de la constitución de un movimiento socio-cultural sobre la base de la afirmación de una mayor integridad de la persona humana dentro de los diversos sectores de vida. El carácter más innovador de la práctica terapéutica examinada es aquel de una comunicación pragmática que pone en cuestión la relación teoría-práctica, así como también la relación profesional-cliente de las intervenciones más tradicionales en el dominio de la salud mental. Por otra parte, esta puesta en cuestión se distingue de una posición contra-cultural de ruptura situándose más bien en una relación social conflictiva.