

Pratiques alternatives en santé mentale et gestion du social Alternative Practices in Mental Health and Social Management

Robert SÉVIGNY

Volume 25, Number 1, Spring 1993

La gestion du social : ambiguïtés et paradoxes

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/001698ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/001698ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Les Presses de l'Université de Montréal

ISSN

0038-030X (print)

1492-1375 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

SÉVIGNY, R. (1993). Pratiques alternatives en santé mentale et gestion du social. *Sociologie et sociétés*, 25(1), 111–123. <https://doi.org/10.7202/001698ar>

Article abstract

This essay explores the hypothesis that the various types of mental health alternatives participate in social management. After grouping together three types of alternatives and examining their functioning from two specific angles the length of association they propose and their way of using experiential and rational knowledge, the author characterizes the management mode of these alternatives as management without managers. It is concerned essentially with the individual-society relationship and touches more particularly on emerging problems (personal and social) and on problems of marginality. A brief discussion follows on two pairs of notions private/public and centrality/marginality which provide the basis for a more complete analysis of the links between mental health alternatives and social management.

Pratiques alternatives en santé mentale et gestion du social¹

ROBERT SÉVIGNY

Est-il plausible, possible, utile de considérer les pratiques alternatives en santé mentale comme une forme de gestion d'enjeux sociaux ? Si oui, lesquels ? Ou, pour reformuler autrement la question : des pratiques qui visent explicitement à aider des individus, à répondre à des problèmes qui sont vécus, ressentis et exprimés par des individus, peuvent-elles en même temps contribuer — sur le mode consensuel ou conflictuel — à la gestion d'enjeux sociaux importants ? L'objectif de cet article n'est pas de répondre à ces questions de façon exhaustive mais plutôt de formuler quelques pistes d'analyse en partant de matériaux empiriques. En effet, les réflexions qui suivent constituent une nouvelle interprétation, ou une relecture de données qui ont déjà été publiées et qui portaient sur la sociologie implicite des intervenants en santé mentale (Rhéaume et Sévigny, 1988). Nous ne passerons pas en revue les nombreux travaux portant sur les pratiques alternatives telles que nous les définirons plus loin ; nous n'essayerons pas non plus de faire la théorie des pratiques alternatives en santé mentale en relation avec la gestion du social. Sous le mode de l'essai, nos réflexions abordent certains éléments qui sont présents dans les représentations que se font les intervenants eux-mêmes des pratiques alternatives et qui rendent compte de leur connaissance pratique de certains enjeux sociaux liés aux problèmes de santé/maladie mentale².

Notre démarche est la suivante. Nous allons d'abord préciser comment nous définissons le champ des pratiques alternatives en santé mentale et, surtout, démontrer comment nous incluons, dans ce champ, trois types de pratiques alternatives rarement considérés comme faisant partie d'un même ensemble. Nous explorerons ensuite deux caractéristiques de leur mode de fonctionnement : la durée des systèmes d'appartenance que

1. Je remercie mes collègues — y compris les évaluateurs/trices anonymes — dont les commentaires et les suggestions m'ont été d'une très grande utilité tout au long de la préparation de cet essai.

2. Comme il apparaîtra clairement plus bas, je ne suis pas retourné aux données brutes de la recherche, mais plutôt aux analyses qui en ont été faites et qu'on peut retrouver dans *Sociologie implicite des intervenants en santé mentale*, 1988, vol. 1. Ceci permettra au lecteur intéressé de retourner lui-même à ces premières analyses.

proposent les pratiques alternatives et leur façon particulière d'intégrer le savoir expérientiel et le savoir rationnel³. Par la suite, nous aborderons la question de la gestion du social en tant que processus de gestion de la relation individu-société. Enfin nous proposerons quelques pistes nouvelles de recherche et de réflexion sur les pratiques alternatives. Les cas que nous avons étudiés dans la recherche précitée nous serviront d'exemples et d'illustrations.

LES PRATIQUES ALTERNATIVES EN SANTÉ MENTALE

Quelles sont les pratiques *alternatives* en santé mentale dont il s'agit ici? Ce sont des pratiques qui, d'une façon ou d'une autre, se distinguent des pratiques médicales dominantes, lesquelles se caractérisent en bref par leur recours aux disciplines scientifiques classiques et dont l'hôpital psychiatrique est à la fois le symbole et le cadre d'organisation. Pour les fins de notre propos, nous distinguerons trois types de pratiques alternatives pour mieux faire ressortir non leurs différences mais d'abord leurs similitudes. Chacun de ces trois types présente des traits spécifiques — et cela est aussi vrai des diverses pratiques à l'intérieur de chaque type —, mais les trois types ont en commun de fournir à leurs clients, participants, membres, usagers, etc., une aide pour faire face aux problèmes que ces derniers associent à la maladie mentale.

DES ALTERNATIVES SITUÉES DANS LE PROLONGEMENT DES INSTITUTIONS PSYCHIATRIQUES

Il existe d'abord des organismes qui s'adressent en général à des personnes susceptibles d'être ou d'avoir été hospitalisées dans une institution psychiatrique. Ces pratiques alternatives offrent de l'aide ou des services à des personnes dont les diagnostics psychologiques ou psychiatriques sont des plus sévères. La plupart du temps les responsables de ces organismes sont eux-mêmes ou elles-mêmes des ex-patients psychiatriques. Il arrive que certains des intervenants dans ces pratiques alternatives soient des professionnels, mais en général on peut les définir comme des professionnels de la «déprofessionnalisation», c'est-à-dire des professionnels qui se donnent comme tâche, ou comme ligne de conduite, de favoriser la participation active d'*aidants naturels*, pour utiliser un terme encore employé dans ce milieu. Même si la ligne de démarcation entre ce qu'on appelle dans le milieu les structures intermédiaires et les *vraies* pratiques alternatives n'est pas toujours très claire, les organismes que nous incluons dans ce premier type s'identifient eux-mêmes comme des ressources alternatives et font normalement partie du *Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec*. Parmi les alternatives de ce type auxquelles nous ferons référence plus loin, on retrouve, par exemple, des ateliers pour des groupes de femmes issues de milieux défavorisés, un atelier d'artisanat fréquenté surtout par des ex-patients psychiatriques, des cours visant à faciliter la réinsertion sociale et qui portent sur des apprentissages liés à la vie quotidienne, des activités qui mènent de front aide thérapeutique et intervention politique. D'une façon ou d'une autre, ces interventions sont situées dans le prolongement des institutions psychiatriques classiques mais elle ne prennent tout leur sens que dans leur opposition à ces dernières⁴.

3. Un autre enjeu demeurera en filigrane, celui de l'institutionnalisation. Les processus liés aux savoirs aussi bien que ceux qui sont liés aux divers modes d'appartenance ne sont jamais étrangers à l'institutionnalisation. Comme on le verra aussi, d'autres dimensions comme, par exemple, la professionnalisation — même sous des modes alternatifs — pourraient être réinterprétées sous l'angle de l'institutionnalisation. Cette dernière notion a d'ailleurs été beaucoup utilisée pour discuter des pratiques alternatives aux grandes institutions psychiatriques (par exemple APPOLON, 1984; RHÉAUME et SÉVIGNY, 1987). Elle a de plus servi de fondement à une théorie particulière de l'intervention en santé mentale (LOUREAU, 1971).

4. Aussi, dans la suite de ce texte, nous y ferons référence par l'expression abrégée *pratiques alternatives aux institutions psychiatriques*.

DES PRATIQUES ALTERNATIVES PÉRIPHÉRIQUES

D'autre part, il existe des interventions pour lesquelles, la plupart du temps, on n'utilise même pas la notion de maladie ou de santé mentale, mais qui offrent pourtant des services dans ce secteur. C'est en ce sens qu'elles sont *périphériques*, à la fois par rapport aux interventions professionnelles et par rapport aux alternatives du type précédent. Au nom de certaines pratiques parapsychologiques, de certaines approches religieuses ou spirituelles ou de croissance personnelle, etc., ces interventions répondent, dans leur champ, à des demandes d'aide qui, ailleurs, seraient identifiées comme appartenant au champ de la maladie ou de la santé mentale. Quand, par exemple, une personne va s'inscrire à un groupe de méditation transcendante pour combattre le stress ou l'anxiété, elle se tourne vers une ressource qui constitue — du point de vue de cette personne — une alternative aux ressources médicales. Dans ce deuxième type de pratiques alternatives, il est évident que nous regroupons des organismes qui sont fort différents les uns des autres et qui se considéreraient même plutôt opposés. Il s'agit aussi d'organismes ou d'intervenants qui sont parfois fortement critiqués par les professionnels de la santé mentale. Nous les incluons dans le champ des pratiques alternatives parce que certaines personnes qui fréquentent ou utilisent ces ressources y cherchent de l'aide en rapport avec des problèmes de maladie/santé mentale. Parmi les pratiques alternatives de ce type auxquelles nous ferons référence plus loin, on trouvera, par exemple, la Méditation transcendante, une organisation catholique axée sur la vie de couple et qui accorde une grande place à la croissance personnelle de ses membres, la Dianétique et un praticien spécialisé en parapsychologie et en ésotérisme.

LES MÉDECINES DOUCES OU ALTERNATIVES

Enfin, une troisième catégorie de pratiques alternatives inclut l'ensemble de ce que l'on nomme au Québec les médecines *douces* et qui sont, ici comme ailleurs, identifiées également comme des *médecines alternatives*. Pourquoi inclure ces dernières dans le champ de la maladie/santé mentale, alors qu'elles ne s'adressent pas particulièrement aux personnes souffrant de problèmes mentaux? Parce que, précisément, ces médecines douces **n'établissent pas** une nette distinction entre les maladies du corps et les maladies de l'esprit, entre les maladies psychologiques (ou psychiatriques) et les maladies physiques. Au moment de notre enquête, en 1988, nous n'avions pas fait l'échantillonnage systématique des praticiens de ces disciplines. Nous citerons tout de même plus loin l'expérience d'une intervenante qui pratique une approche corporelle reconnue comme faisant partie des médecines douces. Nous ferons aussi référence à une praticienne de la phytothérapie dont le témoignage a été recueilli à la même période (Poirier, 1987).

Ces trois types d'intervention présentent, sur le plan du fonctionnement, des traits communs qui, en dernière analyse, caractérisent aussi leur contribution au processus de gestion du social. Nous explorerons d'abord deux de ces traits communs : leur façon de proposer des systèmes d'appartenance qui impliquent une longue *durée* et leur façon particulière de recourir à ces deux modes de savoir que sont le *savoir rationnel* et le *savoir expérientiel* ⁵.

DURÉE DES SYSTÈMES D'APPARTENANCE

Nous verrons plus loin, en discutant du savoir expérientiel, comment les processus d'appartenance sont au cœur des *problèmes* traités par les pratiques alternatives. Mais l'appartenance est aussi liée à la *réponse* ou à la *solution* données à ces problèmes. De ce

5. Il serait peu pertinent de faire état ici des très nombreux travaux portant sur chacun des types de pratiques alternatives. Les travaux abordent habituellement, et avec raison, des thèmes différents de celui qui est traité ici. Les ouvrages indiqués en référence donnent des informations sur la plupart des pratiques alternatives.

point de vue, c'est la *durée* des appartenances créées par les pratiques alternatives mêmes qui semblent le mieux caractériser leur démarche. En effet, pour offrir une réponse à l'isolement, à la marginalité, aux difficultés de relation ou de communication, un grand nombre de pratiques alternatives ne se contentent pas d'offrir une aide ponctuelle mais misent sur la *durée* ou sur la *continuité des liens*, s'appuient sur des activités qui ne sont pas transitoires mais qui, au contraire, se poursuivent dans le temps.

Par exemple, les *pratiques alternatives aux institutions psychiatriques* voient de moins en moins leurs services comme exclusivement temporaires. Évidemment, il y a un renouvellement des participants, mais la rupture n'est prévue à aucun moment, les participants au groupe peuvent y demeurer aussi longtemps qu'ils le souhaitent ou qu'ils en ressentent le besoin. Les récents développements dans la mise sur pied de maisons d'accueil — de divers styles — vont aussi dans le sens d'une longue durée ou, du moins, d'une durée indéfinie. C'est le cas également d'un atelier que nous avons étudié, où les participants fabriquent des objets d'artisanat avec, au besoin, l'aide d'une ergothérapeute qui définit d'emblée son organisme comme une *pratique alternative* : on fréquente l'atelier aussi longtemps que l'on veut — même si tout participant peut cesser d'y venir n'importe quand, il sait également qu'il peut revenir quand il le souhaitera. On retrouve la même attitude ou la même politique chez une autre intervenante qui définit son approche comme féministe et qui espère, elle aussi, que les femmes qui participent à ses ateliers puissent établir des liens relativement stables entre elles.

Dans les *pratiques alternatives périphériques*, on mise aussi sur la durée. On ne cesse pas, un jour, par exemple, d'être membre des Alcooliques anonymes (A.A.) et le système de parrainage, bien au contraire, assure la continuité de la relation d'aide. De même, les membres d'un organisme catholique axé sur le couple et la famille observent qu'à travers leurs activités se développent des réseaux « d'amitié durable ». D'ailleurs, dans leur cas, le fait de situer leurs activités dans le cadre de l'Église catholique assure aussi la continuité. Parmi les pratiques alternatives périphériques que nous avons analysées il y a quelques années, deux autres proposaient une semblable continuité par le biais de l'adhésion ultérieure à un mouvement religieux ou spirituel. Ainsi un membre du groupe de *Méditation transcendantale*, après avoir participé aux sessions (relativement brèves) d'apprentissage de la technique de méditation, est demeuré dans l'organisation pour devenir un adepte de Maharishi. Un autre, par ailleurs thérapeute dans le cadre de la *Dianétique*, a été invité à devenir membre de l'*Eglise de la scientologie*, ce qu'il a refusé. Dans le témoignage d'un intervenant qui s'inspire d'une tradition ésotérique, on trouve une autre forme d'appartenance plus large et permanente à une sous-culture qui, en un sens, est antérieure au contact avec tout client particulier. Chez lui, la façon de décrire la clientèle se rapproche, en effet, de l'idée de sous-culture. Il est bien évident que les clients de cet intervenant sont « des personnes déjà *initiiées* au monde ésotérique ». C'est pour cela, dit-il, que « je n'accepte pas de gens fondamentalement ambivalents, ambivalents au point de douter d'une possibilité d'arriver à quelque chose avec moi ». Cette forme d'appartenance à un univers social, qu'il soit un réseau informel ou une sous-culture, peut probablement être considérée comme un autre mode de durée dans la relation aidant-aidé.

Ainsi, les pratiques en *médecine alternative* ne semblent pas, de prime abord, miser sur la permanence de la relation avec les clients. Mais il se pourrait que la *durée* de cette relation se construise par le détour de l'appartenance à un réseau relativement informel de personnes qui participeraient à ce que — par analogie avec la « culture psy » des années 70 — on pourrait appeler « la culture des médecines douces ». Ce mode d'appartenance dont la durée dépasse le cadre d'une consultation ponctuelle présente une certaine analogie avec ce que décrit l'intervenant ésotérique. Un certain nombre d'intervenants en médecine douce font d'ailleurs partie d'une telle culture. Une phytothérapeute, dont nous reparlerons plus loin, et un spécialiste de l'approche corporelle illustrent bien tous les deux cette appartenance à une sous-culture antérieure ou concomitante à la relation thérapeutique ou à la relation d'aide elle-même. Il ne faudrait toutefois pas généraliser trop rapidement, car d'autres praticiens des médecines alternatives peuvent

tout aussi bien se rapprocher, à cet égard, du modèle médical dominant. Enfin, il faut bien remarquer que cette appartenance à une sous-culture, lorsqu'elle existe et qu'elle entre en jeu, n'est pas uniquement le lot des intervenants, mais aussi des personnes qui les consultent : en ce sens une telle sous-culture constituerait le fondement de l'interaction en tant qu'elle offre une alternative à la relation traditionnelle médecin-patient.

Derrière cette multiplicité de formes d'encadrement de la clientèle, qui sont parfois, il faut bien le voir, en opposition sinon en contradiction les unes avec les autres, on retrouve donc une tendance commune aux pratiques alternatives, qui est de proposer des pratiques qui se prolongent dans le temps. Des pratiques alternatives à quoi au juste ? Il semble bien que ce soit à un mode de vie qui se révélerait trop instable, à des expériences de rupture ressenties comme une source de malaise, à des relations sociales insatisfaisantes. Dans ce contexte, l'aide recherchée ou offerte se définit au contraire par sa durée dans le temps. Dans une société où les systèmes sociaux temporaires constituent une forme de plus en plus courante d'organisation sociale, au travail, dans les études, dans la vie quotidienne, dans la vie associative, et peut-être même dans la vie familiale, cette référence constante à la longue durée constitue, en soi, un modèle alternatif de relation sociale. De façon plus spécifique encore, cette longue *durée* assure la stabilité de la relation, contribue à modifier le rapport entre les deux personnes concernées en l'institutionnalisant, modifie la signification du rôle de *malade* et, en définitive, contribue à transformer — dans un secteur particulier de la vie — le rapport entre l'individu et la société. À travers ces pratiques alternatives se produit concrètement une redéfinition de l'identité sociale ; une redéfinition de l'identité personnelle aussi, par le biais d'un nouveau rapport au corps et/ou à la souffrance. Ce dernier aspect apparaît avec plus de clarté encore quand on considère la place du savoir expérientiel dans les pratiques alternatives.

SAVOIR EXPÉRIENTIEL ET SAVOIR RATIONNEL

Parmi les principaux enjeux de la gestion du social, la question du rapport entre le savoir expérientiel et le savoir rationnel ou technique est centrale. Certains ont caractérisé l'évolution actuelle de la société par la place privilégiée sinon exclusive qu'y prendrait la raison sous forme de savoir rationnel et technique. Toute la vie sociale serait orientée par des savoirs — et des pratiques — technologiques. D'autres, par contre, pour faire contre-poids à cette tendance, accordent la priorité aux dimensions liées à l'intimité et à l'affectivité, à l'univers du vécu, du perçu et du ressenti. Chacune de ces deux perspectives repose ultimement sur des présupposés fortement normatifs et mutuellement exclusifs. Cette exclusion réciproque empêche de réaliser comment, au contraire, ces deux formes du savoir sont interreliées et indissociables : le savoir rationnel n'a de sens qu'en rapport avec le savoir expérientiel et vice versa. Aucune gestion du social ne peut faire l'économie de l'un ou de l'autre : au contraire, c'est dans le rapport *rationnel-expérientiel* que la *gestion* s'élabore et se réalise. À cause du caractère essentiel de l'enjeu, il importe de démontrer les implications de ce rapport dans le domaine des pratiques alternatives.

Parce que le recours à ce double savoir est au cœur des pratiques alternatives, leur analyse met en lumière plusieurs dimensions de la gestion du social. Nous avons déjà exploré la question de la *durée* des appartenances ; nous allons maintenant constater que d'autres conditions de l'appartenance (ou de son contraire, l'isolement) sont aussi au cœur de l'*expérience* des problèmes de maladie mentale. En outre, le recours à l'expérience vécue comme fondement de certaines interventions alternatives permet aux acteurs en cause — aidants comme aidés — d'aborder, simultanément, plusieurs dimensions de la vie sociale qui posent problème. En d'autres termes, miser sur l'*experiencing* signifie, dans la pratique de la relation d'aide, miser sur l'intégration de plusieurs expériences : être femme déprimée, pauvre et au chômage ne constituent pas, par exemple, quatre expériences différentes qui pourraient se « découper » en autant d'interventions. Parce que les interventions alternatives — tout en n'étant pas les seules à le faire — misent sur l'exploration, la prise de conscience, la remise en cause des expériences vécues, elles adoptent

toutes, du moins implicitement, une attitude holistique qui fait fonction de révélateur de la réalité personnelle et sociale dans sa globalité. Analyser le rapport entre savoir expérientiel et savoir rationnel, c'est donc essayer de comprendre comment les alternatives participent, chacune à sa façon, à une gestion relativement intégrée des diverses facettes de la vie en société. Voyons d'abord quels sont la place et le sens de l'expérience dans chacun des trois types de pratiques alternatives.

Pour les *alternatives aux institutions psychiatriques*, l'expérience de la solitude ou de la marginalité apparaît centrale. Par exemple, la thérapeute féministe dont nous avons parlé rappelle que «les femmes déprimées, en chômage, pauvres» auxquelles nous faisons allusion ci-haut se retrouvent aussi «toutes seules pour chercher un logement et pour faire face aux nombreux refus qu'elles rencontrent». La responsable des ateliers chez les Déprimés anonymes a devant elle des personnes qui viennent aux réunions parce qu'elles ne retrouvent pas dans leur entourage «quelqu'un prêt à les écouter et à essayer de les comprendre». La responsable d'un atelier d'artisanat voit, dans les personnes qui s'y rassemblent, «des ex-patients qui vivent seuls au centre-ville» et pour qui cet atelier est le seul endroit où ils «peuvent faire quelque chose avec d'autres». Le responsable de la Croix blanche met sur pied des «cours» pour apprendre à entrer en relation avec les autres, pour devenir, par exemple, dans le cas de certains hommes, «capables de fonctionner avec des femmes» ou, dans le cas particulier d'une femme, pour être en mesure de «sortir et de jouer aux quilles».

Les responsables des *pratiques alternatives périphériques* ont aussi l'impression de se trouver devant des clients ou des participants qui cherchent une réponse à des expériences relationnelles insatisfaisantes. Ainsi, par exemple, un couple, très actif dans un mouvement catholique, définit le problème essentiel auquel il — tout comme les autres couples — doit faire face comme étant un problème de communication: «Au moins soixante-quinze pour cent des problèmes de couple viennent de là...» Une responsable de sessions de type *Relationship* décrit les participants comme des gens qui ont ressenti la peur d'être rejetés ou de ne pas être aimés parce qu'ils ont de la difficulté à exprimer leurs émotions: «[...] ils expriment leurs émotions de façon trop directe [...]». L'intervenant ésotérique semble, de prime abord, bien loin de ces préoccupations: il décrit ses interventions en termes de *supra mental*, de *vital physique*, d'*invisible* et d'*occulte*. Mais il se réfère aussi à «la dislocation entre le corps mental et le corps émotionnel» et, à ses yeux, c'est bien cette dislocation qui «crée des problèmes dans notre société» et provoque «la maladie des gens». «Ce qui crée la maladie chez les gens, c'est la dislocation entre le corps mental et le corps émotionnel. Qu'est-ce qui crée des problèmes dans notre société? c'est le manque d'attention que les gens sont incapables de se porter les uns aux autres [...]»

Dans le cas des *médecines alternatives*, il est évident que les clients ou les patients expriment leurs problèmes dans le langage de l'expérience de la douleur physique ou corporelle. Cependant, tout diagnostic ou toute explication du problème impliquent un regard technique et une analyse de facteurs objectifs ou objectivables. L'approche holistique amène presque toujours à reformuler le malaise de façon à y intégrer l'expérience émotive et une recherche de sens. Ainsi la phytothérapeute — dont les clients ou les clientes attendent évidemment des conseils sur les plantes médicinales qui pourraient soulager leurs malaises — demeure toujours attentive à des valeurs comme l'autonomie ou la dépendance. Elle considère que ce n'est pas une bonne chose que ses clients soient trop dépendants («être dépendants de leur phytothérapeute, de leur médecin ou de leur mari: ce n'est pas bon»). Le témoignage d'une autre intervenante dont le travail sur le corps est le domaine privilégié présente une illustration de la place de l'expérientiel dans la pratique des médecines douces. Pour elle, devenir «de plus en plus conscient de ce qui se passe à l'intérieur de soi» va de pair avec «comment est-ce qu'on est quand on est en relation avec les autres». Elle parle «des gens pour qui la douleur n'est pas vécue dans leur corps, mais [seulement] au niveau des émotions [...] et qui entrent dans les institutions psychiatriques, ou qui sont toujours sur le bord de virer, de ne pas être capables de

fonctionner dans la société [...]» Parmi les personnes qui la consultent, il y en a «qui viennent parce qu'elles ont des malaises dans le corps, mais elle savent que c'est vraiment un problème dans leurs relations avec un amoureux ou dans leurs relations avec un patron [...]» Ces propos démontrent bien que le savoir expérientiel est essentiel, même dans ce troisième type de pratiques alternatives.

L'expérience d'être aidé précède celle d'être intervenant : voici un autre trait qu'ont en commun la plupart de ceux et celles qui pratiquent une intervention alternative. Avant de devenir des praticiens de telle ou telle approche particulière, la très grande majorité des intervenants — y compris un bon nombre de ceux que nous avons qualifiés de professionnels de la «déprofessionnalisation» — ont d'abord fait l'expérience de la maladie et de la recherche d'aide auprès de certaines pratiques alternatives, en particulier de celles qu'ils devaient éventuellement adopter dans leur propre pratique. En d'autres mots, ce que les intervenants des alternatives proposent, c'est une pratique qui correspond à leur propre *experiencing*. C'est le cas de la plupart des intervenants des alternatives du premier type auxquelles nous avons déjà fait référence : les animateurs de la Croix blanche ou les animateurs des Déprimés anonymes, par exemple, ont tous été «simples» participants avant de devenir des animateurs ou des responsables... Chez les alternatifs périphériques, l'intervenant membre du mouvement de la Méditation transcendantale a d'abord fréquenté les ateliers de méditation pour des problèmes de stress et d'allergie. Celui qui est aujourd'hui un militant «à plein temps» des Alcooliques anonymes et, de surcroît, le parrain de plusieurs centaines de membres a évidemment connu une période où il était de ceux qui recevaient de l'aide. Enfin, les deux praticiennes de la médecine alternative ont, elles aussi, découvert ce champ du savoir et de la pratique en y recourant pour soigner de très graves problèmes de santé. Il semble bien que la plupart des intervenants alternatifs peuvent se référer à une expérience vécue de l'aide alternative.

Cette connaissance expérientielle des intervenants alternatifs est d'ailleurs à la base de leur expertise. Ainsi, les deux praticiennes en médecine douce aussi bien que les intervenants périphériques (par exemple, le membre des Alcooliques anonymes ou le couple catholique préoccupé de croissance personnelle) associent toujours, même si ce n'est qu'en arrière-plan, leur façon d'aider les autres à leur propre expérience personnelle. La *pratique alternative à l'institution psychiatrique* — celle des intervenants du premier type — est encore plus directement associée à l'expérience personnelle. Une des phrases qui revient le plus souvent dans la bouche de ceux ou celles qui travaillent auprès des groupes d'entraide est la suivante : «C'est évident que je ne suis pas psychiatre ou psychologue, mais il y a des choses que je sais parce que j'en ai fait l'expérience moi-même et dont je me sers pour aider les autres». Une de ces personnes, par exemple, s'explique en ces termes : «Dans ma famille, mes deux parents, ma sœur et moi avons tous été hospitalisés dans des moments de crise. Ces moments de crise, je les sens venir. Alors je suis en mesure de me servir de ça pour aider les autres quand cela se produit». Cette *expérience personnelle* marque d'ailleurs une autre dimension de la relation d'aide ; comme elle le précise, cette relation est plus égalitaire, plus «horizontale» que dans la pratique professionnelle parce que «quand je suis avec quelqu'un pour l'aider, je sais que peut-être dans un mois ou deux mois c'est moi qui vais avoir besoin de son aide». C'est là, dit-elle, «la grande différence entre une psychologue et moi». Comme la plupart des autres intervenants alternatifs, cette femme a appris à miser sur sa propre connaissance expérientielle et intime de la maladie mentale. De plus, ses rapports avec certains professionnels l'ont amenée à privilégier une relation d'aide égalitaire.

Cependant, il existe toujours aussi un savoir rationnel ou technique qui fonde l'expertise des intervenants alternatifs : l'expérience personnelle n'est jamais sa seule dimension. Ainsi, l'intervenante qui est «experte» à sentir venir les moments de crise a aussi suivi des cours de psychothérapie dans un collège et peut très bien expliquer les processus thérapeutiques en termes scientifiques, théoriques ou techniques. Le membre des Alcooliques anonymes qui, depuis plusieurs années, remplit la fonction de parrain auprès d'une centaine d'autres membres, a lui aussi suivi plusieurs cours «populaires» de

psychologie et, pour peu orthodoxe que soit cette psychologie, elle lui permet néanmoins d'utiliser une connaissance technique qu'il a l'impression de bien maîtriser et de donner un sens à sa pratique. La phytothérapeute, pour sa part, explique que ses connaissances lui viennent de plusieurs sources : elle est née dans une famille dont le père s'intéressait déjà aux plantes médicinales et dont la mère avait été sage-femme ; très jeune, elle a fréquenté des amérindiens du village voisin, qui lui ont appris les vertus de certaines plantes ; elle a adhéré au courant de croissance personnelle venu de la Côte Ouest américaine et, en plus d'avoir suivi les cours de phytothérapie qui étaient offerts au Québec, elle a obtenu un baccalauréat en biologie. Même chez ceux et celles que nous avons qualifiés de « professionnels de la déprofessionnalisation », on note cette double tendance, d'une part à retrouver en soi des expériences similaires ou tout au moins analogues à celles des clients et, d'autre part, à s'appuyer aussi sur un savoir plus rationnel ou plus technique. Sous ce rapport, on observerait, dans les pratiques alternatives, le signe d'une certaine professionnalisation et le développement d'un certain professionnalisme. Cette constatation doit cependant être nuancée, car il ne s'agit pas de tout considérer sur le même plan, comme équivalentes, par exemple, une formation de quelques mois et une formation de plusieurs années. Mais, en même temps, il ne faut pas prendre pour acquis qu'une préparation professionnelle ou *quasi* professionnelle plus longue est nécessairement plus valable ou utile : tel est le problème de l'efficacité des pratiques alternatives.

Le savoir expérientiel et le savoir rationnel sont tous deux mis à contribution quand vient le moment d'évaluer l'*efficacité* des interventions. La notion d'intervention, de par son intentionnalité, implique en effet qu'on se préoccupe d'une certaine évaluation de l'efficacité des pratiques. Et, malgré les apparences, cette notion d'*efficacité* est presque toujours présente dans l'esprit des intervenants alternatifs. En effet, le fait de valoriser fortement l'expérience vécue dans la relation d'aide, de miser sur les similitudes plutôt que sur la distance entre aidant et aidé, n'empêche pas les intervenants d'être attentifs aux signes de réussite du traitement, par exemple, le fait pour le client ou la cliente de ne pas recommencer à boire, d'avoir pu éviter l'hospitalisation, de pouvoir prendre en main sa vie quotidienne, de ne plus ressentir certains malaises psychosomatiques, d'apprendre à communiquer avec les autres, de mieux évaluer son anxiété et donc de mieux la contrôler, etc. Chez presque tous les intervenants alternatifs, on retrouve ainsi, d'une façon ou d'une autre, la double référence au savoir expérientiel et au savoir rationnel ou technique dans le processus d'évaluation de l'efficacité thérapeutique. De ce point de vue aussi les enjeux de leurs pratiques ne sont pas complètement différents des enjeux des pratiques professionnelles en santé mentale.

PRATIQUES ALTERNATIVES ET GESTION DU SOCIAL

Qu'en est-il de notre question de départ : les pratiques alternatives en santé mentale sont-elles une forme de gestion d'enjeux sociaux ? Il convient de répondre avec prudence car nous nous sommes limités à une exploration rapide de deux thèmes seulement : la durée des appartenances et le double savoir expérientiel et rationnel. Nous proposons néanmoins trois pistes de réflexion, 1) sur le processus même de gestion du social, 2) sur la gestion de la relation individu-société et 3) sur le contenu de la gestion. Deux couples de notions analytiques — le couple privé/public et le couple centre/marginalité — appliqués aux pratiques alternatives nous permettront de les expliciter.

UNE GESTION SANS GESTIONNAIRES

La gestion du social à laquelle participent les pratiques alternatives *dans leur ensemble* ne présente pas les traits du technocratisme et de l'autoritarisme qui permettent souvent de caractériser les processus mêmes de la gestion. En effet, pour rendre compte des interventions alternatives, nous avons dû évoquer aussi bien la dimension émotive ou affective que la dimension rationnelle ou technique de leur fonctionnement. Bien qu'elle ne soit pas absolument nouvelle, cette perspective va à l'encontre d'une longue tradition

dans la plupart des sciences sociales, tradition qui considère que la gestion est avant tout une affaire de *rationalité*, de *technique*, de *stratégie*, de *planification*, d'action ou de changement *intentionnel*, etc.⁶ La notion d'*ingénierie sociale* (De Gaulejac, Boneti et Fraisse, 1989) résume parfaitement cette perspective: même si des facteurs émotifs sont pris en compte par le gestionnaire, ils sont considérés avant tout comme l'objet d'une planification rationnelle et intentionnelle. Morgan (1989, p.95) maintient cette fonction *stratégique* du gestionnaire, même si, par le biais d'une «perspective interprétative», il y intègre les dimensions symboliques et émotives.

People make sense of their situation by engaging in an interpretive process that forms the basis for their organized behavior. This interpretive process spans both intellectual and emotional realms. Managers can strategically influence that process.

Dans cette perspective, la *gestion* n'aurait pas de sens sans les *gestionnaires*, qu'il s'agisse de gestionnaires qui misent sur une relation d'autorité — de haut en bas — ou de gestionnaires qui misent sur la coordination et sur une relation plus égalitaire. Dans les deux cas, on suppose implicitement qu'il ne peut exister, pour reprendre le terme de Morgan, de «conduites organisées» dans la société sans la présence active de gestionnaires.

Dans le contexte des pratiques alternatives, une autre conception de la gestion devient possible. En effet, ne peut-on pas penser qu'une part importante de la dynamique sociale (la mise en jeu des intérêts, des besoins ou des désirs, des conceptions du monde ou de la vie, etc.) implique paradoxalement une gestion sans gestionnaires? Ou, pour l'exprimer autrement, est-ce qu'on ne pourrait pas parler d'une *multigestion* — par analogie avec la *multidisciplinarité* — à propos de cette partie de l'organisation sociale qui, malgré la présence et l'activité d'une multitude de gestionnaires, ne serait l'apanage d'aucun en particulier? Une gestion que ne pourraient décrire ni l'image de la relation autoritaire ni celle de la coordination. Cette partie de l'organisation sociale, à un moment donné de son histoire et pour la fraction des enjeux qu'elle exprime, serait fondée sur la *co-existence* de projets particuliers, sans que cela entraîne l'anarchie, c'est-à-dire sans que cela empêche «les gens de donner du sens à leur situation». Il faudrait ajouter aussi: sans que cela empêche d'offrir des services et de répondre à des besoins qui, manifestement, ne reçoivent pas par ailleurs une réponse satisfaisante, de l'avis des personnes qui ressentent ces besoins. Or il semble bien, en effet, que les pratiques alternatives se situent exactement dans ce créneau social, en l'absence d'un super-organisme qui présiderait à l'organisation de leurs activités.

UNE GESTION DE LA RELATION INDIVIDU-SOCIÉTÉ

Il est vrai que les besoins auxquels répondent les pratiques alternatives sont d'abord ressentis et exprimés par des individus, mais en même temps ce sont souvent des besoins qui mettent en cause l'identité sociale de ces individus. Par exemple, le problème peut être ressenti en termes d'intégration — ou mieux d'intégrité — personnelle: comment tenir compte *à la fois* du fait qu'on est femme déprimée, pauvre et au chômage? ou qu'on cherche à actualiser *à la fois* des valeurs spirituelles chrétiennes et une conception psychologique de la croissance personnelle? ou comment être *à la fois* aidé au nom de son état pathologique grave et garder le sentiment d'être une personne capable d'une certaine autonomie? ou être capable *à la fois* de soigner un mal de dos et de comprendre que c'est le travail «qui me rentre dans le corps»? ou trouver *à la fois* un support psychologique pour donner un sens à sa vie et un support à sa croyance à la métépsychose? Si les

6. Pierre MORIN (1983), par exemple, reprend essentiellement les mêmes expressions pour décrire le développement des organisations et la gestion des ressources humaines: planifier, choisir, diriger, contrôler (p.134). Précédemment, il a déjà précisé que cet effort de planification, dans les termes de Beckhard, doit être dirigé d'en haut (*managed from the top*).

pratiques alternatives offrent des réponses concrètes à ces questions, c'est probablement à cause de leur mode de fonctionnement particulier, c'est-à-dire de leur manière d'utiliser les processus de connaissance, en dosant l'apport des savoirs expérientiel et rationnel. Ce fonctionnement favorise une double *intégration*. D'abord, celle de la personne qui fait face, souvent, à plusieurs problèmes à la fois et, ensuite, celle de la relation entre cette personne et son milieu social. Exprimons-le autrement en donnant au mot «holisme» un sens plus large que celui qu'on lui attribue parfois: c'est probablement la conception holistique propre aux pratiques alternatives qui leur permet de toucher — même indirectement — cette totalité que représente le rapport individu-société. De ce point de vue, le terme «holisme» ne caractérise pas seulement les *médecines holistiques*, mais l'ensemble des pratiques alternatives.

Celles-ci se caractérisent aussi par le fait qu'elles répondent à des besoins *en émergence* dans la société. Le cadre de cet essai ne permet pas de faire l'inventaire — et encore moins la théorie — des nouveaux besoins qui émergent dans notre société. Il est pourtant évident qu'une grande partie des problèmes que traitent les pratiques alternatives sont des problèmes nouveaux ou encore des problèmes que l'évolution sociale conduit à envisager d'une manière nouvelle. Par ailleurs, il s'agit en outre de besoins vécus, ressentis et exprimés par des individus qui sont marginaux à certains égards ou, dans certains cas, à tous les égards. Les pratiques alternatives auxquelles nous avons fait allusion pour appuyer notre propos illustrent bien cette marginalité.

Au-delà des nouveaux besoins et de la marginalité des individus qui les expriment, ce que gèrent les organismes alternatifs considérés dans leur ensemble, c'est peut-être en définitive l'*incertitude* liée à la relation individu-société en tant que telle. D'abord, l'incertitude qui entoure l'*expérience* de la santé et de la maladie, de la raison et de la folie. De même, l'incertitude associée au savoir rationnel ou technique, car il faut bien admettre qu'en ces domaines, les connaissances sont bien pauvres et que les acteurs sociaux (aidants comme aidés, soignants comme soignés) n'ont souvent le choix que de choisir sans vraiment savoir... L'incertitude qui habite une société où la vitesse avec laquelle se produisent les changements rend impossible une vision claire du possible et de l'avenir, que ces changements aient lieu au nom de la modernité, de la postmodernité, de la mondialisation ou d'un regain de ferveur pour le local. L'incertitude, enfin, liée à l'état de transition actuel qui rend floue la distinction entre le besoin et le désir. En effet, bien des pratiques alternatives répondent à des *besoins* qui, hier encore, n'étaient que des désirs, ou répondent à des *désirs* qui seront demain, peut-être, des besoins. La mise en rapport du savoir expérientiel et du savoir rationnel pourrait être une forme de gestion de cette incertitude.

DEUX PISTES DE RECHERCHE: PRIVÉ/PUBLIC ET MARGINALITÉ/CENTRE

La double notion de privé et de public permet peut-être de jeter un nouveau regard sur le travail des pratiques alternatives, en particulier en ce qui concerne la relation individu-société. On aura intérêt toutefois à adopter une définition culturaliste du couple privé-public, comme, par exemple, la définition proposée par Benn et Gauss (1983), définition suffisamment large pour rendre compte de la complexité de l'objet visé par les pratiques alternatives. Quelques questions viennent à l'esprit: la source des problèmes vécus par les individus qui ont recours aux pratiques alternatives serait-elle une transgression des normes sociales qui délimitent la frontière entre le privé et le public? Assistons-nous à la construction de nouvelles normes selon lesquelles ce qui est considéré ailleurs comme du domaine privé appartiendrait ici au domaine public? Sommes-nous devant une situation où le fait de rendre des choses publiques deviendrait une façon de donner un sens à des préoccupations privées? Si c'est le cas, de quels publics s'agit-il? Bien d'autres phénomènes pourraient aussi être réinterprétés dans le contexte du rapport privé/public. Par exemple, comment sont établies et appliquées les normes relatives au caractère confidentiel des problèmes exposés dans les diverses pratiques alternatives? À quel pôle du

continuum privé-public les pratiques alternatives se situent-elles lorsqu'on les compare aux institutions publiques ? N'oublions pas que les notions de privé/public ont représenté à la fois un objet et un outil d'analyse pour la critique féministe de la société, ce que résume le principe : le privé est politique. Cette perspective ne pourrait-elle inspirer de nouvelles pistes de recherche sur les pratiques alternatives en santé mentale, à un moment où, précisément, on parle beaucoup du processus de féminisation des professions de la santé en général ? Retrouverait-on un processus analogue dans les alternatives en santé mentale⁷ ? Quels en seraient les effets ?

La distinction entre le privé et le public permet aussi de poser la question du lien entre les pratiques alternatives et la société civile et celle de leur lien avec l'État. Certains auteurs (Freund, 1978 ; Sales, 1991) ont d'ailleurs utilisé ces notions dans l'analyse des processus politiques. Notons qu'il ne convient pas, pour autant, à l'instar de Freund, de renvoyer dans le secteur privé tout ce qui ne relève pas explicitement du politique. Pour Brittan (1977) et Castel (1981), la privatisation de la vie sociale n'a d'autre effet que d'accroître l'impuissance et l'aliénation sociale et politique. C'est aussi la thèse que soutient Sennet (1974) dans son ouvrage classique sur les tyrannies de l'intimité ; le titre original de cet ouvrage est d'ailleurs *The Fall of the Public Man*. Relire les pratiques alternatives à la lumière de ces théories nous conduirait nécessairement à expliciter le sens et la portée politiques de ces pratiques. Dans ce contexte, l'analyse du rapport entre le privé et le public nous permettrait d'élargir le champ d'application du concept de gestion du social, tel que nous l'avons défini en rapport avec les pratiques alternatives.

L'application des notions de centre et de marginalité à l'analyse des pratiques alternatives, en raison de la dynamique qu'elles impliquent, ouvrirait sans doute une perspective encore plus globale. Il est habituel, dans ce genre de représentation, de situer les pratiques alternatives dans la marge et de mettre au centre les grandes institutions sociales qui ont plus de pouvoir, plus de visibilité, plus de ressources, etc., mais cela ne correspond pas nécessairement à la réalité. Il se peut fort bien que ce qui est au centre pour les uns soit dans la marge pour les autres. Il se pourrait bien aussi que ce soit tantôt le public qui se trouve au centre, tantôt le privé.

On peut donc se demander si, dans une société moderne caractérisée par des changements technologiques et culturels rapides, les pratiques alternatives sont dans la marge ou au centre. Et pour combien de temps ? À supposer qu'elles se situent plutôt dans la marge, serait-ce le cas de tous leurs axes d'activités ? Les formes nouvelles d'appartenance qui constituent les pratiques alternatives ne sont-elles pas appelées à tenir demain une place centrale dans l'organisation sociale ? Les pratiques alternatives se situent-elles dans la marge pour mieux se protéger du centre ? Quels sont les avantages et les désavantages d'être dans la marge ou au centre ? Quels choix à cet égard s'offrent aux individus et aux groupes ? Ellen Corin (1986) propose une réflexion sur la « centralité des marges » et la « dynamique des centres » qu'elle a elle-même appliquée au champ de la santé mentale. En effet, l'étude de phénomènes en émergence ou en mouvement perpétuel comme le sont les pratiques alternatives en santé mentale se prête bien à ce genre de réflexion. Les pratiques alternatives rendent des services aux marginaux et répondent à des besoins émergents. Cependant, la marginalité et l'émergence n'ont de sens qu'en relation avec ce qui est central et stable. Ainsi, nous avons constaté précédemment que les pratiques alternatives sont des *révélateurs* : elles révèlent, effectivement, elles rendent manifeste tout ce que le centre n'est pas et ne fait pas. En même temps, les pratiques alternatives révèlent de plus qu'elles font aussi partie, en dernière analyse, du système social dont elles se démarquent pourtant avec netteté. Au-delà de leur vision et de leur projet d'un monde différent de celui-ci, les pratiques alternatives procèdent finalement du système global dont elles sont partie prenante et dont elles ne peuvent s'exclure.

7. On peut retrouver une excellente synthèse de la critique féministe dans le texte de Carole PUTNAM (1983).

Si la marge se définit la plupart du temps par rapport au centre, elle peut aussi se définir en relation avec des espaces socioculturels beaucoup plus vastes. En effet, à l'heure de l'internationalisation et de la mondialisation, les notions de centre et de marge deviennent toujours plus relatives. D'une part les frontières s'éloignent au point qu'elles semblent disparaître; par exemple, les théories, les conceptions, les techniques alternatives, parviennent au Québec de tous les coins du monde (l'acupuncture, la méditation transcendentale, l'antipsychiatrie, l'*encounter group*, etc.). D'autre part, le point d'ancrage des alternatives est le plus souvent local (les groupes d'entraide, l'action communautaire, les ateliers d'arts pour les ex-patients psychiatriques, etc.). Encore ici le centre, la marge et ce qui est au-delà de la marge sont tout à la fois distincts et indissociables. Dans ce contexte, la gestion à laquelle les pratiques alternatives participent est celle d'un univers social aux frontières mouvantes et enchevêtrées.

Quelles que soient les pistes que la recherche empruntera, il est sûr que l'interprétation des pratiques alternatives dépendra aussi bien des outils conceptuels utilisés que des transformations de la «réalité» sociale. Castel (1981, p. 15) pose aussi, à propos de «la gestion des risques» et des «fragilités individuelles», le problème

des libertés qui ne s'embrayent pas sur des processus *réels* de décision dans une vie collective qui n'est *gérée que par des enjeux dérisoires* (c'est nous qui soulignons).

Le jugement de Castel porte sur l'ensemble des pratiques en santé mentale. Mais avant de tirer des conclusions sur le secteur particulier des pratiques alternatives, encore faudra-t-il définir ce qu'est un *processus réel de décision* et ce qu'est un *enjeu dérisoire*. Or, l'intérêt principal des intervenants est de convaincre leurs interlocuteurs que les pratiques alternatives impliquent un *processus réel de décision* et que les enjeux qu'elles contribuent à gérer ne sont *pas dérisoires*. C'est donc bien sur le terrain politique que se réalise, en définitive, la confrontation de la marge et du centre, du privé et du public, de l'expérientiel et du rationnel.

Robert SÉVIGNY
Département de sociologie
Université de Montréal
C.P. 6128, Succ. «A»
Montréal (Québec)
Canada H3C 3J7

RÉSUMÉ

Cet essai explore l'hypothèse que les divers types de pratiques alternatives en santé mentale participent à la gestion du social. Après avoir regroupé trois types de pratiques alternatives et en avoir examiné le fonctionnement sous deux angles particuliers — la durée des appartenances qu'elles proposent et leur façon d'utiliser les savoirs expérientiel et rationnel —, l'auteur caractérise le mode d'intervention de ces pratiques alternatives comme une *gestion sans gestionnaires*. Celle-ci concerne essentiellement la relation individu-société et, plus particulièrement, des problèmes (personnels et sociaux) en *émergence* et liés à la *marginalité*. Suit une brève analyse de deux couples de notions — *privé/public* et *centralité/marginalité* — lesquels permettraient d'approfondir l'analyse des liens entre les pratiques alternatives offertes en santé mentale et la gestion du social.

SUMMARY

This essay explores the hypothesis that the various types of mental health alternatives participate in social management. After grouping together three types of alternatives and examining their functioning from two specific angles — the length of association they propose and their way of using experiential and rational knowledge, the author characterizes the management mode of these alternatives as *management without managers*. It is concerned essentially with the individual-society relationship and touches more particularly on *emerging*

problems (personal and social) and on problems of *marginality*. A brief discussion follows on two pairs of notions *private/public* and *centrality/marginality* which provide the basis for a more complete analysis of the links between mental health alternatives and social management.

RESUMEN

Este ensayo explora la hipótesis que los diversos tipos de alternativas en salud mental participan en la gestión de lo social. Después de haber reagrupado tres tipos de alternativas y haber examinado el funcionamiento bajo dos ángulos particulares — la duración de pertenencia que ellas proponen y su manera de utilizar las sabidurías de experiencias y racionales — el autor caracteriza el modo de gestión de estas alternativas como una *gestión sin gestores*. Ella concierne esencialmente la relación individuo-sociedad y atañe, más particularmente, a problemas (personales y sociales) *en emergencia* y a problemas *de marginalidad*. Sigue una breve discusión sobre dos nociones *aparejadas* *privado / público* y *centralismo / marginalidad* que permitirían profundizar el análisis de los lazos entre las alternativas en salud mental y la gestión de lo social.

BIBLIOGRAPHIE

- APOLON, Willy (1984), « Parole et rupture institutionnelle dans les alternatives » in GIFRIC, *Les alternatives en santé mentale*, Montréal, Québec/Amérique, pp. 231-244.
- BAREL, Y. (1982), *La marginalité sociale*, Paris, Presses Universitaires de France.
- BEN, S.I. et G.F. GAUS (éd.) (1983), *Public and Private in Social Life*, New York, St. Martin Press Inc.
- BOUDREAU, Françoise (1984), *De l'asile à la santé mentale : Les soins psychiatriques, Histoire et institutions*, Montréal, Éditions Albert Saint-Martin.
- BOUDREAU, Françoise (1985), « L'Église et la santé mentale : vers un nouvel engagement », *Sociologie et Sociétés*, vol. XVII, pp. 93-108.
- BRITTAN, Arthur (1977), *The privatised world*, London, Routledge & Kegan Paul.
- CASTEL, R. (1981), *La gestion des risques*, Paris, Les Éd. de Minuit.
- CORIN, Ellen (1986), « Centralité des marges et dynamiques des centres », *Anthropologie et sociétés*, vol. 10, n° 2, pp. 1-23.
- FREUND, J. (1965, 1978), *L'essence du politique*, Paris, Éditions Sirey.
- LAPASSADE, Georges et René LOUREAU (1971), *Clefs pour la sociologie*, Paris, Seghers.
- LOURAU, René (1970), *L'analyse institutionnelle*, Paris, Éd. de Minuit.
- PELLETIER, Kenneth R. (1979), *Holistic Medicine: From Stress to Optimum Health*, New York, Dell Publishing Co., Inc.
- POIRIER, Hélène (1987), *Le développement de la phytothérapie au Québec : une analyse sociologique*, mémoire de maîtrise, Département de sociologie, Université de Montréal.
- PUTNAM, Carole (1983), « Feminist Critique of the Public/Private Dichotomy », in S.I. BENN et G.F. GAUS (éd.), New York, St. Martin Press.
- QUÉNART, Anne et Francine SAILLANT (éd.) (1990), *Médecines douces. Quêtes, trajectoires, contrôles*, numéro thématique de la *Revue internationale d'action communautaire*, 24/64.
- RHÉAUME, Jacques et Robert SÉVIGNY (1987), « Les enjeux sociaux de la pratique dite alternative », *Revue canadienne de santé mentale communautaire*, vol. 6 n° 2, pp. 133-147.
- RHÉAUME, Jacques et Robert SÉVIGNY (1988), *Sociologie implicite des intervenants en santé mentale*, tome II, *La pratique psychothérapeutique : de la croissance à la guérison*, Montréal, Éditions Saint-Martin.
- ROUSSEAU, Nicole, Francine SAILLANT et Danielle DESJARDINS (1990), *Les thérapies douces au Québec : portrait des praticiennes et praticiens*, Québec, Centre de recherche sur les services communautaires, Université Laval.
- SALES, Arnaud (1991), « The Private, the Public and Civil Society: Social Realms and Power Structure », *International Political Science Review*, vol. 12, n° 4, pp. 295-312.
- SENNET, Richard (1974), *The Fall of Public Man*, New York, Alfred A. Knopf Inc., traduction française : *Les tyrannies de l'intimité*, 1979, Paris, Éditions du Seuil.