

History of Clinical Sociology

Entrevue avec Robert Sévigny

L'expérience québécoise d'un pionnier de la sociologie clinique

Jacques Rhéaume

Université du Québec à Montréal

Résumé

Au Québec, Robert Sévigny (1930...), professeur émérite du département de Sociologie de l'Université de Montréal, est sans contredit une figure centrale dans le développement d'une approche clinique en sociologie et en sciences humaines. Dans un entretien, sont abordées dans ce qui suit quatre phases spécifiques de son parcours. Une première période est celle de sa formation et de ses expériences professionnelles qui vont de 1951 à la fin des années 1970. Suit une autre phase, des années 80 au début des années 2000, marquée plus particulièrement par ses travaux de recherche et d'intervention explorant la sociologie 'implicite' chez les praticiens et les chercheurs. Une troisième période est celle du développement de la démarche clinique en sociologie, tant au Québec que dans les réseaux internationaux. Cela implique la référence à différents courants théoriques et des pratiques variées selon les pays concernés. Enfin, en examinant les transformations sociales majeures que nous connaissons dans nos sociétés occidentales et dans le monde, nous présentons ses réflexions critiques sur le développement actuel et futur d'une approche clinique en sociologie, et plus largement, en sciences humaines et sociales.

Mots clés: Sociologie clinique, sociologie implicite, dynamique des groupes, recherche-action, approche non-directive

Introduction

Ce texte est le compte-rendu fait par l'interviewer d'un entretien réalisé avec Robert Sévigny, à l'hiver 2024¹. Il vise à dégager le portrait d'un sociologue qui a marqué le champ de l'intervention et de la recherche sociale au Québec, et ce depuis les années cinquante. Il convient de présenter brièvement quelques repères permettant de situer M. Sévigny. Il a été professeur en sociologie de 1962 à 1996, moment de sa retraite. Il en fut le directeur de 1970 à 1973. Il a été également directeur d'une revue majeure au Québec, *Sociologie et sociétés*, de 1978-1987. Dans ses enseignements, il a en particulier introduit des cours portant sur la psychosociologie et l'approche clinique. C'est aussi dans ce contexte académique qu'il a pu établir des liens avec la sociologie clinique à l'international, plus spécifiquement à l'AIS (Association Internationale de Sociologie), dès 1982. Il a été le premier directeur scientifique, au Québec, d'un Centre de recherche dans un établissement de Santé et Services Sociaux dans un quartier de Montréal, de sa fondation en 1992 jusqu'en 1999. Il a dirigé alors un groupe d'une trentaine chercheurs multidisciplinaires. L'axe de recherche principal était centré sur les pratiques d'interventions auprès d'une population de grande diversité ethnoculturelle en milieu urbain. En tout cela, il constitue un pionnier du développement de la sociologie au Québec et plus récemment de la sociologie clinique. Nous allons maintenant présenter différentes étapes de sa pratique de recherche et d'intervention.

Une première étape est celle ses origines sociales et de sa formation, dans le contexte d'une société québécoise des années 1930-70. Une seconde étape est celle de sa vaste expérience d'intervention, de recherche et de formation des années 1970-2000 fondée sur des approches allant de la psychosociologie, à la sociologie implicite et à la sociologie clinique. Une troisième phase

1 Il est à noter que ce récit de l'entrevue est construit par l'interviewer et non le verbatim intégral. Cela entraîne une mise en forme de l'oral de départ.

met l'accent sur le développement de la sociologie clinique comme telle et sa contribution, tant au Québec qu'à l'international. Enfin, nous terminons par ses réflexions critiques sur les possibilités de développement actuelles et futures dans le contexte de nos sociétés en profonde transformation.

1. Une sociologie clinique 'implicite' dans la formation et la pratique de Robert Sévigny

JR.² Monsieur Sévigny, comment en êtes-vous venu à la sociologie? Par quels chemins de formation et d'expérience?

RS. S'il est vrai que notre période d'enfance et d'adolescence est déjà porteuse de nos projets de carrière et de nos idéaux, je pourrais remonter jusqu'à mon expérience familiale et mes études premières dans une ville régionale au Québec, Sherbrooke. Un certain nombre de dimensions sociales et d'expériences, que je ne fais qu'évoquer ici, m'ont marqué.

D'abord mes origines familiales. Né en 1930, je viens d'un milieu que je pourrais qualifier de classe moyenne, mon père étant un petit entrepreneur commercial, puis agent d'assurances. Pas si loin par ailleurs du milieu ouvrier, mes parents ayant d'abord connu ce travail salarié. Je suis l'aîné de trois enfants. Nous avons une vie familiale où travail, étude et échanges d'idées étaient valorisés. Très tôt j'ai bien saisi des dimensions sociales majeures : l'influence prédominante de la religion catholique durant toutes ces années jusqu'aux années soixante dans le milieu scolaire en particulier; la diversité culturelle dans cette ville où se rencontraient anglophones et francophones dans la vie quotidienne; mon expérience active dans des mouvements de jeunes à l'école et ailleurs; la diversité des classes sociales, surtout manifeste dans l'école privée suivie dans mon adolescence; plus largement dans la répartition des populations économiquement très différentes dans les divers quartiers de la ville.

Je souligne aussi qu'il y a eu l'influence des engagements de mon père touchant les relations de travail, son intérêt actif pour l'action syndicale en plein développement, la liberté d'expression religieuse

2 Nous indiquerons par leur initiales l'interviewer et le répondant.

qu'il incarnait qui vont soutenir mon projet d'études universitaires, celui d'étudier les relations industrielles et les sciences sociales.

Il y avait mon engagement personnel dans des associations d'étudiants, le travail dans un journal étudiant et autres engagements qui vont aussi influencer mon intérêt pour l'action sociale. Étudier en sciences sociales pouvait permettre, selon moi, d'agir socialement : les savoirs théoriques devaient correspondre à des visées d'action.

JR. C'étaient déjà les prémisses de votre sociologie implicite, en quelque sorte!

RS. En effet. C'est à travers mon expérience vécue durant cette période, à partir entre autres de l'écoute des discours dans la vie familiale, avec les voisins, les amis que se précisaient pour moi ces influences sociales que j'apprenais à nommer.

Cela me permet de préciser tout de suite cette notion *d'implicite*. La sociologie, et plus largement les savoirs implicites désignent pour moi la richesse des savoirs d'expériences des gens qui s'expriment dans un langage ordinaire. C'est la base de ce qu'un sociologue du Québec, Fernand Dumont, qui fut un mentor pour moi, appelait la culture ordinaire, par opposition à la culture savante qui se spécialise dans un grand nombre de disciplines en adoptant un langage plus formel, plus général et abstrait (Dumont, 1968). Or accéder au langage ordinaire des gens, leur cadre conceptuel issu d'une expérience personnelle et sociale toujours en développement est une source majeure de connaissance pour la compréhension de la dynamique sociale.

JR. C'est une orientation centrale. Nous pourrions y revenir. Et quel a été votre parcours de formation universitaire?

RS. À 21 ans, je quitte ma ville natale pour étudier à l'Université Laval, ville de Québec, dans la faculté des sciences sociales, d'abord en Relations industrielles. Mais, des cours en sociologie reliés à ce programme vont fortement m'intéresser tout comme des sociologues qui les donnent. Je serai ainsi initié d'abord aux grands auteurs classiques, en particulier ceux de la sociologie américaine. Les travaux de l'école de Chicago occupaient une place centrale pour moi, avec ce souci de relier constamment la

théorie et une exploration concrète du terrain, des populations étudiées dans leur contexte de vie, des personnes à qui on donnait la parole en utilisant des méthodes qualitatives.

Durant les années 1951 à 1958, j'ai fait un baccalauréat et une maîtrise en sociologie, pour entreprendre peu après un doctorat en sociologie. Ce n'est pas un hasard si mon travail principal de recherche a porté sur la question religieuse qui avait tant marqué mon enfance mais qui connaissait alors, au Québec, des transformations majeures qui allaient aboutir à ce qu'il a été convenu d'appeler la *Révolution tranquille* au Québec, soit une laïcisation progressive des institutions publiques, dont l'éducation. C'est ce que mon sujet de thèse explorait au début des années 60 : *L'expérience religieuse des jeunes au Québec*.

JR. Mais vous avez aussi par la suite suivi d'autres formations et débuté une expérience professionnelle d'intervention?

RS. En effet, je vais entreprendre des études complémentaires en psychologie sociale, à l'Université de Montréal, tout en débutant mes premiers enseignements en sociologie. Déjà en sociologie, j'avais découvert des travaux importants comme ceux de Kurt Lewin (1972), psychologue social, sur la dynamique des groupes et sa conception de la recherche-action. Ce sera mon premier centre d'intérêt durant cette formation complémentaire.

Dans le cursus de cette formation (1958-1961), comme participant au Centre de Recherche en Relations Humaines³, il était prévu de participer à deux stages, d'un mois chacun, offerts à Bethel, ville du Maine, par le *National Training Laboratory*, fondé par les successeurs de Kurt Lewin. Cette formation était complétée par mon animation au Québec de ces *T-groups*.⁴ De plus, en 1964, j'ai participé à une autre formation à Bethel à l'animation de la dynamique de groupe. Il s'agit alors de groupes plus restreints de doctorants (2 groupes de 9 personnes) qui avaient déjà suivi les premiers stages de Bethel.

3 Rattaché au département de psychologie, Université de Montréal, ville de Montréal.

4 Training groups ou groupes de formation.

Il convient de souligner les apports spécifiques de ce dispositif de travail en groupe qui peut opérer, suivant les termes de Lewin, un changement culturel chez les participants, leur mode de pensée, leur attitude, leur motivation...

Nous pouvons résumer ainsi ces caractéristiques de la Dynamique des groupes.

C'est d'abord l'implication des personnes participantes dans le groupe, non seulement pour exprimer leur expérience et vivre des interactions, mais en faire aussi l'auto-analyse, avec le soutien d'un animateur ou animatrice. Cet aspect de la formation rejoignait les préoccupations de Lewin touchant le changement produit chez les individus en interaction. Cela permettait de développer ainsi des attitudes et des représentations mentales ouvrant sur des façons nouvelles d'agir socialement dans leur milieu. Ce deuxième point est crucial : le travail en groupe vise à éclairer une situation sociale problématique où les personnes participantes sont impliquées directement, à divers titres : éducateurs et éducatrices, intervenants et intervenantes, ou simplement, membres d'une communauté ou d'une organisation. Une meilleure compréhension de la situation peut permettre d'agir autrement et opérer des changements. Ensuite, ce qui sous-tend la vision générale de l'animation de ces groupes est, à l'époque, fondée sur ce qu'il est convenu d'appeler un style démocratique, qui soutient une participation active de tous les membres du groupe. Dans le cas, elle combine activités pratiques et interactions spontanées (discuter, analyser, élaborer des voies d'actions).

Pour ma part, je vais particulièrement développer ce que j'appelle une animation non-directive qui donne toute sa place à l'expression des personnes participantes et au récit de la leur expérience vécue.

C'est ainsi que mon expérience professionnelle d'intervention, extérieure à mon travail universitaire d'enseignant, s'est réalisée sur plusieurs années, entre autres comme membre d'un organisme professionnel de formation : le *Centre d'Étude des Communications*⁵. Nous offrons alors des services de formation et d'animation avec

5 Une association professionnelle autonome de praticiens et praticiennes, interdisciplinaire, axée surtout sur la pratique de la dynamique de groupe.

l'approche de la Dynamique des groupes à l'intention principalement de personnes provenant de diverses disciplines : éducation, santé, gestion... Cela m'a permis de faire une observation importante: l'expression des individus en interaction est inséparable de leur contexte social qui traverse constamment leur récit, leur témoignage.

Mais il y a une autre formation, durant cette période, qui m'a introduit à une autre dimension de l'intervention : la psychologie humaniste et en particulier, l'approche non-directive de Carl Rogers (1970). Je vais être formé à la psychologie clinique et intervenir en particulier auprès d'enfants, sous la supervision de psychologues cliniciens, dont Dollard Cormier. Je vais par la suite introduire cette perspective humaniste dans l'animation en dynamique des groupes. J'ai eu l'occasion de participer à une formation intensive à cet effet avec Carl Rogers et son équipe à La Jolla, en Californie.

Cette approche humaniste donne une importance centrale au concept d'expérience, dans le prolongement des principes issus de la philosophie phénoménologique existentielle de Merleau-Ponty (1964) ou de Michel Henry (2000), à titre d'exemples. Or si le focus est d'abord mis sur l'individu et son expérience subjective, c'est toujours dans son rapport essentiel à l'autre, aux autres, au social dans toutes ses dimensions. En ce sens nous avons là une source certaine d'une sociologie de l'individu. Mais aussi de la sociologie implicite et de la posture clinique : seule une interaction avec les personnes et une écoute attentive de leur expérience nous donne accès à la construction sociale de leur réalité et son contexte. C'est aussi sur cette base que ma posture de chercheur et de praticien en sociologie est celle de relier constamment recherche, formation et intervention dans mes divers secteurs d'expérience.

JR. Et vous êtes intervenu aussi beaucoup en utilisant ces pratiques en groupes restreints dans les organisations, plus directement...

RS. En effet. Plusieurs demandes m'ont été faites, particulièrement dans la période 1965-1980, par des institutions d'enseignement, des milieux de santé, des organisations industrielles pour travailler avec différentes catégories de personnels, pour améliorer le climat, faciliter des changements difficiles ou complexes dans l'organisation. Le travail en groupe restreint était vu alors comme un lieu privilégié pour approfondir

l'expérience individuelle et collective au travail et dans l'organisation, ce qui pouvait faciliter des changements significatifs. Dans plusieurs cas, cela rejoignait une approche bien présente au Québec dans les années 70, celle du *Changement planifié et du développement des organisations* (Tessier et Tellier, 1973), reprenant ce qu'aux États-Unis on a appelé le Développement Organisationnel, dans les années 60 (French et Bell, 1984).

Par ailleurs, mon travail m'a aussi, durant cette période, mis en contact avec des collègues français, avec d'autres approches, dans divers travaux réalisés au Québec : le sociologue Eugène Enriquez, les psychologues sociaux André Lévy et Max Pagès en particulier, professeurs et consultants au sein de *l'Association pour la Recherche et l'Intervention Psychosociologique* (ARIP), à Paris.

Les pratiques de la dynamique des groupes et celles du D.O constituaient la base de ce qui a été le Mouvement des Relations Humaines et devenu par après la psychosociologie jusqu'aux années 80. Cela se passait dans un contexte social plus large, celui des années d'après-guerre (1939-45), où la nécessité d'une participation collective et sociale, démocratique, appelait une formation et une l'intervention visant à favoriser des changements suivant une telle orientation dans tous les secteurs d'action sociale.

2. Recherche et intervention : une sociologie implicite chez les praticiens et praticiennes

JR. Dans les années 1980, tout en poursuivant vos interventions et votre enseignement en sociologie, vous allez accentuer vos recherches portant précisément sur les dimensions individuelles et sociales de la pratique, axée sur ce que vous avez plus formellement alors qualifié de sociologie implicite de la pratique. Comment cela se développe-t-il?

RS. Oui, il est important de bien dire *plus formellement*, car, et je l'ai déjà souligné à quelques reprises dans ce que j'ai évoqué jusqu'ici, c'est d'abord dans toute mon expérience personnelle et professionnelle que s'enracine cette conception d'une sociologie implicite chez les gens.

Mais effectivement, cela va occuper la partie principale de mes recherches⁶ après le doctorat. Deux recherches subventionnées, des années 1980 à 1988, sont à la base de publications sur la thématique de la santé mentale. Trois livres ont été produits pour exposer les fondements d'une telle sociologie implicite. Ce sont : *L'intervention en santé mentale. Premiers éléments pour une analyse sociologique* (Sévigny, 1983); *Sociologie implicite des intervenants en santé mentale. I. Les pratiques alternatives : du groupe d'entraide au groupe spirituel* » et « II. La pratique psychothérapeutique : de la croissance à la guérison (Rhéaume et Sévigny, 1988).

J'ai également réalisé une recherche collaborative en Chine, en santé mentale, avec des psychiatres chinois, inspirée du même modèle et qui a fait l'objet de plusieurs articles (Sévigny, 1999 et 2008; Tang, Y,K, Sévigny *et al.*, 2006). Cette recherche intervention s'est réalisée dans deux hôpitaux psychiatriques de Beijing sur une période de plus de 10 ans (1988–2000) et va inclure une formation auprès d'intervenants et intervenantes les initiant à la dynamique de groupes, en l'adaptant au contexte chinois.

Enfin, j'ai réalisé une autre recherche sur les pratiques d'interventions en santé et services sociaux dans des Centres Locaux de Services Communautaires. Cela touchait plusieurs disciplines et secteurs d'intervention dans des quartiers urbains très diversifiés, dont l'un était caractérisé par une forte immigration.

JR. Et comment était abordé ce genre de recherche? Avec quel cadre conceptuel et quelle approche méthodologique?

RS. Avec l'expérience accumulée, j'en étais arrivé à dégager ce que j'ai appelé des catégories conceptuelles ouvertes pour comprendre la pratique d'intervention. Elle s'appuyait sur une approche systémique du social, marquée par la complexité, une vision non déterministe ou hiérarchique du système social, pour citer Edgar Morin (1999). En effet, selon cet auteur, le système social se déploie dans différents sous-systèmes, de l'individu aux relations interpersonnelles, au groupe, aux organisations, aux institutions et plus globalement aux systèmes de gouvernement.

6 Ces recherches menées par M. Sévigny impliquent toute une équipe de collaborateurs et collaboratrices de recherche que nous ne détaillons pas ici.

Mais chaque sous-système possède son autonomie propre, relative sans doute mais non déterminée par les autres sous-systèmes. C'est cette dynamique de rapports complexes qui caractérisent l'action sociale. Ce cadre conceptuel est ouvert, ce qui permettait de faire place aux catégories et contenus propres exprimés dans le récit d'expérience des praticiens et praticiennes eux-mêmes suivant leur rapport singulier aux différents cadres de référence de la pratique. Cela permettait l'accès à leur sociologie implicite, à des savoirs sociaux développés dans le langage ordinaire de la vie quotidienne et celui de leur pratique.

Voici les éléments essentiels de cette grille conceptuelle telle que nous l'avons développée d'abord pour l'étude en santé mentale mais qui peut s'adapter à tout autre secteur de pratique sociale.

Les deux premières thématiques sont reliées à la pratique plus immédiate de l'intervention : A. son objet et la population visée, B. le modèle d'action choisi auprès des individus ou de collectifs. A) *La conception de la santé ou maladie mentale*. Tout intervenant ou intervenante ne peut éviter de développer une *représentation* de la santé mentale, une voie explicative de la santé ou maladie mentale en lien avec les contextes sociaux relatifs à ces explications et leur conséquences pratiques. B. C'est ensuite *leur conception de l'intervention*. Ceci réfère à une dimension pragmatique : modèle théorique de référence, processus, stratégies et outils d'interventions, résultats et évaluations, mode de participation, milieu de pratique.

Les thèmes C et D sont relatifs au contexte social examiné à partir d'une vision systémique complexe, allant du microsystème individuel au macrosystème social. C. *L'encadrement organisationnel et professionnel de l'intervention*. Cela vise à cerner plus directement le contexte de pratique professionnelle: formation et statut des personnes intervenantes, organisations de référence ou d'appartenance, règles et normes de la pratique, orientations et contexte économique... D. *Les systèmes sociaux d'appartenance*. Ceux-ci désignent le contexte d'insertion macrosocial aussi bien des personnes intervenantes que des personnes aidées : les groupes d'âges, les genres, les groupes primaires (familles, amis); les grandes institutions et les politiques

sociales en santé, éducation, travail; les systèmes politique, juridique, économique; les églises, les appartenances ethnoculturelles

Le cinquième thème, E, est transversal et s'enracine dans la visée interpersonnelle du changement en lien avec les autres dimensions du système social. Enfin, le dernier thème, F, est aussi transversal, centré sur le parcours de vie, l'expérience de l'intervenant ou de l'intervenante. E. *La mise en rapport de l'intervention avec la société globale*. Cela concerne des liens entre l'intervention comme *pratique de changement* et les changements ou mouvements sociaux plus larges, comme le féminisme, la laïcité, la lutte contre les inégalités sociales, l'engagement politique, syndical, et, en santé mentale, la défense des droits des *psychiatrisés* ou les luttes contre d'autres formes de discriminations...F. *L'identité personnelle*. Cette dimension inclut les diverses références spécifiques au *parcours de vie* des personnes intervenantes, leurs valeurs, les expériences de vie qui ont pu influencer leur engagement professionnel ou autre, leurs projets futurs, leurs positions personnelles à l'égard du système social plus global.

JR. Et par quelle méthodologie de recherche se développaient ces recherches dans des milieux fort variés?

RS. Les trois recherches menées au Québec reposaient sur des entretiens individuels que l'on peut qualifier de semi-dirigés, dans la mesure où il s'agissait d'une démarche de recherche centrée sur la pratique en milieu de santé et de services sociaux. Même si le questionnement demeurerait très ouvert, favorisant l'expression des praticiens et praticiennes à partir de leur expérience, certaines questions, inspirées de notre cadre conceptuel, accompagnaient leur récit avec ce souci de favoriser l'explicitation de la vision personnelle et sociale de leur pratique. C'est cette vision même qui constituait pour nous leur sociologie implicite.

Par ailleurs, la recherche en Chine, auprès de patients psychiatriques, apportait une innovation. Nous avons pu interviewer directement des patients, mais aussi leur réseau social proche : des membres de la famille, des représentants de leur Unité de travail, des intervenants professionnels. Et cela prenait en compte le contexte culturel spécifique en Chine. Par exemple, le patient demeure lié à son Unité

de travail d'appartenance même s'il n'est plus au travail. Ainsi, notre recherche prenait l'allure, à travers les entretiens individuels, d'une démarche collective.

JR. À l'exception du cas chinois, comment les seuls entretiens individuels ouvrent-ils, dans une approche clinique, à mener à des changements dans les pratiques sociales concernées?

RS. Ce premier temps clinique, plus individuel, permettait au praticien ou à la praticienne une expression élaborée sur sa pratique et pouvait déjà amener des changements individuels : comprendre autrement sa pratique ouvre sur des intentions de changements... Mais il y a aussi le cadre même de ces recherches qui favorisait une participation plus large des acteurs participants, au Québec comme en Chine.

En amont, ces recherches se font en partenariat entre chercheurs, responsables organisationnels et praticiens. Il y avait au départ une offre de recherche et une demande du milieu (service public, organisme communautaire, support institutionnel gouvernemental). La recherche prend alors l'allure d'une intervention contractuelle autour d'un projet partagé. En aval, les résultats de la recherche, au-delà de productions scientifiques classiques (rapports, articles de revue, livres), sont présentés et discutés à l'occasion de diverses activités collectives. Des colloques, des séminaires, des suivis avec des responsables de programmes permettent d'échanger sur les caractéristiques des pratiques d'interventions, d'en dégager des éléments critiques et des pistes de changement.

JR. Cela rejoint la perspective d'intervention que nous avons relevée plus haut concernant en particulier le passage des formations à la dynamique des groupes à leurs inscriptions dans des milieux organisés.

RS. Oui certes. Mais il ne faut pas non plus minimiser l'importance des changements individuels produits déjà dans des interactions entre individus dans un entretien et dans des interactions en groupes restreints. C'est le premier pas d'une approche clinique du social.

3. De la sociologie implicite à la sociologie clinique.

JR. À la suite de cette longue expérience d'intervention et de recherche, aboutissant à cette exploration des sociologies implicites chez nombre d'intervenants, de participants, comment se fait le passage vers la sociologie clinique?⁷

RS. Dans mon texte, *A Clinical Approach in the Social Sciences*, publié dans la revue *International Sociology* (Vol. 2, no 12, 1997) de l'Association internationale de sociologie (AIS), je trace à grands traits cette émergence de la sociologie clinique au Québec et ailleurs. On y retrouve également des textes d'autres sociologues pionniers : Gilles Houle, Eugène Enriquez, Vincent de Gaulejac et Jean-Philippe Bouilloud.⁸

Dans mon texte, nous retrouvons, condensés, les principaux éléments de ce que nous avons développé jusqu'ici. Je donne toute son importance au terme *clinique*, signifiant à partir du grec, *être près du lit d'un patient*. C'est une image médicale, mais qui réfère essentiellement à cette idée d'une pratique centrée sur des cas individuels, et plus spécifiquement, de cas-problèmes qui doivent être résolus. Et cela s'applique à des individus, mais une approche clinique est pertinente aussi pour des groupes, des organisations ou d'autres institutions sociales en demande d'aide et de changement.

Le choix du titre de cet article est aussi indicatif : il est bien question d'une approche clinique dans les sciences sociales. Nous pourrions dire aussi, une approche clinique en sociologie, plutôt que sociologie clinique, ce qui met l'accent alors sur le processus, la démarche même de la production des connaissances sur le social. Certaines caractéristiques viennent préciser cette notion : une approche clinique doit être une pratique orientée vers l'action;

7 Nous évoquons dans cette section les noms de nombre d'Associations et de textes sans développer. Ils sont facilement accessibles via Internet. Nous voulions simplement indiquer l'importance du réseau institutionnel relatif à la sociologie clinique.

8 Gilles Houle fut un collègue sociologue de M. Sévigny. Eugène Enriquez et Vincent de Gaulejac sont des sociologues qui furent rattachés au même département universitaire à Paris-Cité, France. Jean-Philippe Bouilloud est sociologue à l'École Supérieure de Commerce de Paris.

la relation individu et société est à comprendre comme une unité inséparable.

Ces propositions précisent ainsi la signification donnée à la notion de clinique : intervenir auprès d'individus et de collectifs qui demandent de résoudre une difficulté, d'apporter du changement.

La démarche clinique suppose alors un autre rapport à la science et à la discipline scientifique. L'usage de connaissances théoriques existantes en sociologie sont dépendantes de la situation sociale, d'une pratique vécue par les personnes, à comprendre et analyser de façon spécifique en lien avec leur sociologie implicite et autres cadres de références.

La question du contrôle ou du pouvoir du chercheur-intervenant est centrale. La posture clinique est une ouverture à la singularité et la complexité spécifique de la situation qui échappe au « contrôle » de variables explicatives. C'est une différence radicale avec l'approche expérimentale en laboratoire ou à des interprétations qui imposent des cadres préétablis. La relation entre le chercheur et les acteurs sociaux est alors une condition de base et l'implication réciproque suppose un travail réflexif semblable à un processus de transfert et de contre-transfert comme on le verrait en psychanalyse, mais appliqué au social.

En contrepartie, cela conduit à donner toute son importance au savoir des autres personnes participantes, praticiennes, au savoir d'expérience ou de sens commun.

Ces propositions ouvrent tout le champ d'un échange des savoirs, entre savoir d'expérience et savoir scientifique, et d'autres formes de savoir. Il y a tout un travail de traduction partagée entre les acteurs d'une démarche clinique, d'une dynamique dialogale.

JR. Et comment a émergé cette appellation de sociologie clinique, et dans quels contextes cette approche s'est-elle affirmée?

RS. Les origines de cette notion de sociologie clinique, pour moi, remonte à une rencontre impliquant Gilles Houle, Jan Fritz et moi, lors d'un congrès de l'*Association internationale de sociologie à Mexico (AIS)*, en 1982 où va se mettre en place un *Groupe de recherche sur la Sociologie clinique*, sous ma direction. Or, il existait déjà aux USA une association

d'orientation plutôt professionnelle, la *Clinical Sociology Association* dont Jan Fritz était la présidente. Cela s'inscrivait alors dans la tradition qui m'avait fortement influencé en sociologie, l'école de Chicago. C'est Louis Wirth en 1931 qui a été le premier à produire un texte en utilisant ce vocable en 1931. Je note aussi qu'au Québec le terme est utilisé par le sociologue Fernand Dumont, dès 1963, et en France, par Jacques et Marie Van Bockstaele, socioanalystes, aussi en 1963. Mais ce sont des contributions plus ponctuelles.

Pour revenir à l' AIS, des collègues français vont ensuite rejoindre ce comité de travail lors d'un autre congrès de l' AIS en 1986 à New Delhi. Finalement, en 1990, va se mettre en place le Comité de recherche CR 46, *Sociologie clinique*, qui existe toujours, avec une centaine de membres. Une telle démarche va se produire aussi au sein de l' Association Internationale des Sociologues de Langue Française (AISLF), avec la création du Comité de recherche CR19, *Sociologie clinique*, à Lyons, en 1992 puis dans le cadre de l' Association Française de Sociologie (AFS) en 2003.

Mes travaux et mes interventions en lien avec la sociologie implicite sont pour moi le fondement de mon approche clinique en sociologie. C'est à partir des expériences individuelles, du récit des gens que peuvent être dégagées les références multiples aux différents ensembles sociaux et diverses institutions qui font parties de leur contexte de vie sociale. La dimension culturelle (Dumont, 1968) liée à l'histoire des groupes, des institutions, des pays, voire des continents est particulièrement à prendre en compte pour voir les possibilités de changement ou de résistance dans l' action sociale.

JR. Effectivement, n'y a-t-il pas une forte différence entre le développement de la sociologie clinique telle quelle s'est développée en France, par exemple, avec Vincent de Gaulejac, et la tradition nord-américaine?

RS. Oui, sans doute. Il est vrai que la tradition française met souvent l'accent sur la référence à la psychanalyse et à une sociologie critique post marxiste. Il est clair pour ma part que je n'intègre pas comme telle une lecture psychanalytique dans mes travaux, même si j'ai étudié et enseigné plusieurs éléments de cette approche. Je m'inspire plutôt de la

psychologie humaniste et plus spécifiquement, de la posture d'inspiration rogérianne, centrée sur la personne. De même, et en cela l'expérience québécoise est particulière, la référence à une sociologie critique a été fort présente en sociologie au Québec. Il est vrai que pour moi, la sociologie interactionniste ou d'orientation plus ethnographique issues en particulier de l'école de Chicago m'a marqué davantage dans l'élaboration de ma vision de la sociologie clinique. Les développements provenant d'une philosophie plus pragmatique de l'intervention qu'on retrouve plus fortement aux États-Unis m'ont également influencé.

JR. Je note ainsi que le développement de la sociologie clinique au Québec été marqué au départ par toute la tradition nord-américaine aussi bien que française de la psychosociologie. Il s'agissait alors d'une véritable combinaison interdisciplinaire, psychologique et sociologique, mais aussi anthropologique (importance de la culture), de la communication (linguistique, sémiologie) et d'autres référents disciplinaires, dont la psychanalyse.

RS. Tout à fait. Dans divers événements au Québec, dont ce colloque tenu en 1990 et le livre qui en est issu *L'analyse clinique dans les sciences humaines* (Enriquez et al, 1993), on mettait l'accent sur une approche compréhensive d'une analyse clinique au sein de l'interaction entre les personnes, d'une intervention de proximité entre chercheur ou formateur et participants dans divers contextes institutionnels et sociaux. Et cela impliquait une ouverture interdisciplinaire et interculturelle.

J'ai repris ce qui constitue ma vision de la sociologie clinique dans un ouvrage collectif (2018) suivant cette perspective. À noter que le sous-titre de l'ouvrage référait à la double préoccupation, en approche clinique, de dégager le sens, les significations données par les personnes au sujet de leur situation de vie et de susciter des pratiques nouvelles ou alternatives.

Il est intéressant de noter que des associations d'orientation professionnelle existent aussi : aux USA, c'est le cas de *l'Association of Applied and Clinical Sociology (AACS)*; en France, du *Réseau International de Sociologie Clinique (RISC)*; au Brésil, du réseau *Dialogos em Sociologia Clinica*, en Uruguay, Chili, Argentine, Colombie, celui du *Nodo Sur* d'Amérique latine.

Paradoxalement, au Québec, il n'y pas de groupe formel de sociologie clinique ni de formation universitaire en sociologie clinique. Cependant, nous avons réalisé deux grands colloques tenus à Montréal en 1990 et 1993 et plusieurs autres événements collectifs sur la pratique des histoires de vie, l'action communautaire, la gestion innovante. J'ai pu constater alors qu'il existe toujours un réseau informel de collègues qui s'identifient à une approche clinique en sciences humaines ou sociales, partageant en grande partie les orientations épistémologiques et méthodologiques indiquées plus haut, en sociologie clinique. Plusieurs de ces chercheurs, praticiens et praticiennes se retrouvent aussi dans les groupes de recherche en sociologie clinique de l'AIS, de l'AISLF, de l'AFS, voire du RISC. Beaucoup se relie aussi à des groupes qui pratiquent les histoires de vie dans une perspective clinique et sociale (Mercier et Rhéaume, 2007), comme le *Réseau Québécois des Histoires de Vie en formation* (RQPHV) ou, à l'international, *l'Association Internationale pour les Histoires de Vie en Formation et recherche* (ASIHIVIF).

4. L'approche clinique du social aujourd'hui et demain : les défis

JR. Comment évolue, aujourd'hui, le champ de pratiques que vous avez occupé toutes ces années, avec ses phases de transitions qui reflétaient en grande partie les changements sociaux qui ont eu cours au Québec, au Canada, en Amérique du Nord et partout dans le monde? Comment entrevoir l'avenir de pratiques fondées sur une approche clinique de la sociologie et des sciences sociales, des changements organisationnels, de la dynamique des groupes?

RS. Il faut dans un premier temps évoquer une perspective macrosociale, souligner certaines caractéristiques que j'avais pu repérer dans les diverses expériences de recherche et d'interventions que je nommais, dans ma grille de la sociologie implicite les « grands ensembles sociaux ». Situés dans le temps, cela prend la forme de grandes transitions d'époques *civilisationnelles*, de la pré-modernité aux diverses figures de la modernité actuelle, comme plusieurs les ont développées : la post-modernité, l'hypermodernité ...

Au Québec, et ce depuis la Révolution tranquille des années 60, nous parlons de *nouvelle modernité* et dans les années récentes, avec la mondialisation de l'économie, d'une modernité avancée ou d'hypermodernité celle-ci mettant l'accent sur une technologie avancée, une idéologie néo-libérale axée sur la performance, la grande valorisation d'un individu autonome, l'accent mis sur le temps présent etc.

JR. Et comment cela vient-il affecter des pratiques sociales cliniques?

RS. J'ai pu constater, dans mes interventions durant les années 2000, en santé et services sociaux plus précisément, quand j'exerçais comme directeur scientifique dans un établissement de Santé et Services sociaux, certains effets dits *hypermodernes*. Les praticiens et praticiennes subissaient une pression forte vers la performance et la productivité des personnes, constataient l'affaiblissement de la dimension collective au travail et la responsabilité accrue des individus au travail. Cela se combinait avec des initiatives aux effets paradoxaux : un accent était sur la performance et l'autonomie, certes, mais dans un contexte de restructuration fortement bureaucratique et centralisée.

Cela contraste fortement avec ma pratique des années 1970-90 où il était possible alors de prendre le temps nécessaire pour effectuer un travail collectif en groupe, de créer des espaces de parole, de planifier une plus grande participation des différents acteurs sociaux dans les organisations. Il s'agissait davantage alors d'un contexte de modernité participative où se combinait les valeurs démocratiques et l'expression individuelle et ce, au cœur de l'entreprise.

JR. Est-ce pour autant la fin d'une approche clinique en sociologie ou en sciences sociales? De pratiques et d'une posture inspirée par la dynamique des groupes et la non-directivité?

RS. Pour revenir à mon schéma conceptuel de sociologie implicite, il convient de souligner que la question du changement, pour les individus et les collectifs, leur pouvoir d'agir dans le cadre plus large des grands changements sociaux, se développe surtout dans les milieux dits intermédiaires, dans les groupes, les organisations. La capacité créatrice fondamentale qui est au cœur de la visée d'une pratique clinique de

l'intervention sociale y demeure un enjeu toujours présent, et peut-être plus encore de nos jours.

Plusieurs ouvrages des années 2000 en sociologie et dans des disciplines connexes nous le rappellent, soulignant les grandes transformations de nos sociétés. Je pense aux travaux de Danilo Martucelli (2006, 2010), de Jean-Claude Kaufmann (2004), de François Dubet (2009), ou ceux d'Eugène Enriquez (1992) et de Vincent de Gaulejac et al. (2013). Ces ouvrages font état d'une crise profonde, marquée par le déclin des institutions, de la démocratie, de l'individualisme croissant. Mais on y souligne aussi la force toujours agissante des rapports individu-société, le travail d'individualisation qui demeure une ouverture créatrice de nouveaux liens sociaux par les individus.

Je partage plutôt la vision des auteurs que je viens de citer quand ils réintroduisent les possibilités des individus à recréer du lien social et des possibilités d'action. Ma conviction profonde, c'est qu'une approche clinique sociale d'intervention, de recherche ou de formation qui s'appuie sur la participation des individus-sujets en situation de travail, dans la pratique, dans leur milieu de vie, permet encore une grande variété de changements et d'actions possibles en rapport aux institutions actuelles en crise, ce qui est déjà une forme d'action politique.

JR. Mais n'y a-t-il pas un nouvel élément qui vient ajouter des contraintes supplémentaires à une telle approche aujourd'hui? Je pense ici à la révolution numérique qui prend l'allure d'une force dominante.

RS. En effet, et je me réfère par exemple à la vision historique que dégage dans ses travaux, Yuval Noah Harari (2018). Il montre en particulier comment le nouveau monde numérique transforme les rapports humains en les médiatisant de plus en plus par des technologies comme l'ordinateur, Internet, les Réseaux sociaux et l'Intelligence Artificielle. Et cela à travers des schématisations, des algorithmes de traitement de Big data (ou *Deep data*), des procédures techniques qui anticipent et orientent les conduites et les choix humains.

La généralisation des plateformes numériques et internet permet certes une certaine démocratisation d'accès et d'expression des gens mais tout en augmentant leur dépendance aux algorithmes de plus en plus sophistiqués qui contraignent l'usage individuel de la connaissance. En même temps, il faut reconnaître que certains développements technologiques et numériques ont des effets très positifs, dans le traitement médical par exemple, dans l'enseignement à distance, dans l'analyse complexe de données scientifiques...

Il demeure cependant un risque d'une nouvelle forme d'aliénation sociale, pour reprendre un vieux schéma des rapports de domination, mais je continue à penser que les individus et les collectifs peuvent apprendre à contrer ces effets pervers. Je pense ici aux travaux d'Hartmut Rosa (2018) qui fait une critique similaire des tendances aliénantes d'un hyper productivisme et d'une technologie numérique envahissante. Mais il montre aussi comment les individus peuvent œuvrer dans des institutions renouvelées, au travail, dans les rapports intimes, en politique, ouvrant sur des réalisations de nombreux « possibles ». Et les nouvelles technologies, bien maîtrisées, peuvent alors accompagner cette recréation d'institutions porteuses de liens sociaux de qualité.

JR. Je vois que vous demeurez bien fidèle à cet enracinement humaniste et clinique pouvant guider un renouveau de la pratique sociale clinique. Mais qu'en est-il des pratiques telles que vous les avez connues? Dynamique des groupes, approche non-directive, changement organisationnel? Sont-elles encore présentes dans la formation universitaire, dans les pratiques des sociologues ou autres professions reliées, dans des institutions?

RS. Comme j'ai pu le constater dans ces dernières années, la sociologie clinique comme telle et les diverses pratiques qu'on peut y associer est peu présente à l'Université, au Québec tout au moins. Mais elle l'est autrement dans diverses disciplines et dans diverses professions sous d'autres appellations et d'autres formes. En prenant en compte la complexité du social et de l'individu et des grandes transformations que j'ai évoquées, une réflexion critique est nécessaire pour penser à de nouvelles formes d'actions possibles pour opérer des changements. Il est important de les situer toujours en regard d'une revalorisation de la capacité d'agir de

l'individu, des interactions humaines, de l'implication collective comme conditions nécessaires au changement des situations de vie.

Si je tente de me résumer, quitte à me répéter un peu, je dirais que la perspective que nous avons développée en sociologie implicite et dans l'approche d'une sociologie clinique de l'intervention nous apparaît encore très valable et une source possible d'une action sociale innovante. Une telle approche s'appuie d'abord sur la nécessité d'une lecture de la complexité inhérente à l'action, allant de la créativité individuelle aux rapports interpersonnels, à la dynamique des groupes restreints, au monde de l'organisation et aux appartenances actives dans de grands ensembles sociaux. Il y a là autant de sources possibles de résistances, de réinterprétations, de limitations et de pratiques qui nuancent ou contrecarrent une idéologie néo-productiviste axée sur la seule performance individuelle. Et c'est là, sans doute avec une influence certes relative, le champ d'action privilégié d'une approche clinique de l'intervention en sciences humaines et sociales.

C'est pourquoi il demeure si important de renforcer nos affiliations dans de grandes associations académiques ou des réseaux professionnels où puisse s'exprimer avec force une orientation clinique explicite en sociologie ou en psychosociologie, une condition majeure(au) du maintien à plus long terme de ces développements. Et nous l'avons souligné, un tel réseau est toujours bien actif dans plusieurs pays, dans des Associations internationales dynamiques, y compris sous des formes plus informelles. Et cela peut s'inspirer d'une longue tradition d'analyse et de pratique en sociologie clinique.

JR. Je vous remercie de votre témoignage, celui d'un pionnier d'une approche clinique de la sociologie et des sciences sociales et une carrière centrée sur le souci de toujours relier le changement individuel et social, la recherche, la formation, l'intervention.

Conclusion

Nous pouvons retracer, dans cet entretien qui reprend les moments principaux d'un parcours de vie personnel et professionnel de M. Robert Sévigny, les sources d'influence majeures qui ont conduit

vers la sociologie clinique. Ses premières formes d'intervention, de formation, de recherche s'appuient d'abord sur des références d'auteurs américains, puis français, dans cette approche qui va du courant des relations humaines à la psychosociologie. La dynamique des groupes, le changement planifié désignent des méthodes fortement ancrées dans une approche clinique du social.

C'est ensuite la mise en forme d'un cadre conceptuel d'une sociologie de la pratique, la sociologie implicite, qui va constituer son apport original. Ce cadre conceptuel va s'élaborer à partir des récits de pratiques qui font l'objet ces recherches et cela dans divers contextes culturels et sociaux. L'implicite est alors ce savoir social qui donne du sens à la pratique et qui rejoint des dimensions majeures d'une sociologie dite plus explicite.

Et c'est le passage vers la sociologie clinique qui permet d'unifier cette combinaison d'une connaissance qui fait partie du savoir pratiqué, des cadres d'une sociologie de la complexité sociale, et surtout, qui s'appuie sur une posture clinique du chercheur praticien en sociologie. La recherche s'appuie alors sur les récits d'expérience des gens dans divers contexte d'action : travail en groupe restreint, dans les organisations, dans des institutions. Elle se combine alors à des effets de formation et d'intervention.

La sociologie clinique demeure, sur ces bases, une approche qui peut faire face aux grands changements sociaux actuels et redonnant du pouvoir d'agir aux personnes dans des cadres d'action collective. La mise en place de différents réseaux associatifs nationaux et internationaux établis pour développer la sociologie clinique en font foi. Et Robert Sévigny constitue un témoin privilégié de ce développement.

Références

- Dubet, F. (2009). *Le travail des sociétés*. Paris : Éditions du Seuil.
- Dumont, F. (1968). *Le lieu de l'homme. La culture comme distance et mémoire*. Montréal : Éditions HMH.
- Enriquez, E. (1992). *L'organisation en analyse*. Paris : PUF.

- Enriquez, E., Houle, G., Rhéaume, J., Sévigny, R. (sous la direction de) (1993). *L'analyse clinique dans les sciences humaines*. Montréal : Éditions Saint-Martin
- French, W.L.; Bell, C. H. (1984). *Organization Development. Behavioral Science Interventions for Organization Improvement*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall, Inc.
- de Gaulejac, V.; Giust-Desprairies, F. et Massa, A. (2013). *La recherche clinique en sciences sociales*. Toulouse : Érès. <https://doi.org/10.3917/eres.massa.2013.01.0007>
- Harari, Y.N. (2018). *21 leçons pour le XXI^e siècle*. Paris : Albin Michel.
- Henry, M. (2000). *Incarnation. Une philosophie de la chair*. Paris : Seuil.
- Kaufmann, J.-C (2004). *L'invention de soi. Une théorie de l'identité*. Paris : Armand Colin.
- Lewin, K. (1972). *Psychologie dynamique. Les relations humaines*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Martucelli, D. ((2006). *Forgé par l'épreuve. L'individu dans la France contemporaine*. Paris : Armand-Colin.
- Martucelli, D. (2010). *La société singulariste*. Paris : Armand Colin. <https://doi.org/10.4000/sociologies.3344>
- Mercier, L.; Rhéaume, J. (Sous la direction de). (2007) *Récits de vie et sociologie clinique*. Québec (Lévis) : Les Presses de l'Université Laval, Québec (Lévis).
- Merleau-Ponty, M. (1964). *Le visible et l'invisible*. Paris : Gallimard.
- Morin, E.; Le Moigne, J.-L (1999). *L'intelligence de la complexité*. Paris : L'Harmattan.
- Rhéaume, J. et R. Sévigny (2018). *Changement social à l'aune de la sociologie clinique*. In Fortier, I., Hamisultane, S., Ruelland, I., Rhéaume, J. et S. Beghdadi. *Clinique en sciences sociales. Sens et pratiques alternatives*. Presses de l'Université du Québec. <https://doi.org/10.1515/9782760550360-005>
- Rhéaume, J., Sévigny, R. (1988). *Sociologie implicite des intervenants en santé mentale. Tome I : Les pratiques alternatives : du groupe d'entraide au groupe spirituel. Tome II : La pratique psychothérapeutique : de la croissance à la guérison*. Montréal : Éditions Saint-Martin.
- Rogers, C. (1970). *Carl Rogers on Encounter Groups*. New York: Harper and Row, Publisher.

- Rosa, H. (2018). *Résonance. Une sociologie de la relation au monde*. Paris: Éditions de la découverte.
- Sévigny, R. (sous la direction de) (1983). *L'intervention en santé mentale. Premiers éléments pour une analyse sociologique*. Montréal : Les Cahiers du CIDAR, dépt. de sociologie, Université de Montréal.
- Sévigny, R. (1997) "The Clinical Approach in the Social Sciences." *International Sociology*, Vol.12, No. 2. Juin 1997. p.135-150. <https://doi.org/10.1177/026858097012002002>
- Sévigny, R., Wenying, Y., Peiyan, Z, Marleau, J.D., Zhouyun, Y, Lin, S., Uowan, Li G., Dong, X, Yanling, W., et Haijun, W. (1999). «Attitudes Toward the Mentally Ill in a Sample of Professionals Working in a Psychiatric Hospital in Beijing (China) ». *International Journal of Social Psychiatry*, Vol. 45m no. 1 p.41-55. <https://doi.org/10.1177/002076409904500106>
- Sévigny, R. (2008) « The Patient's Personal Experience od Schizophrenia in China: A Clinical Sociology Approach to Mental Health» In '*International Clinical Sociology*', Jan Marie Fritz, Editor. New York, NY : Springer Science+Business Media LLC. p. 135-152. https://doi.org/10.1007/978-0-387-73827-7_10
- Tang, Y-L., Sévigny, R., Mao, P-X, Jiang, F. et Cai, Z. (2006) « Help-seeking Behaviors of Chinese Patients with Schizophrenia Admitted to a Psychiatric Hospital». *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*. Ed. Springer Science &Business Media Inc. 7 pages. <https://doi.org/10.1007/s10488-006-0084-9>
- Tessier, R.; Tellier, Y. (1973). *Changement planifié et développement des organisations. Théorie et pratique*. Paris : Épi; Montréal : Éditions de l'IFG.

À propos de l'auteur

Jacques Rhéaume est sociologue et professeur émérite à l'Université du Québec à Montréal. Il participe aux activités de différents réseaux de Sociologie Clinique au Québec, aux USA, en France, en Amérique latine. Il est membre de l'AIS (CR 46), de l'AISLF(CR 19) et du réseau Dialogos. Son champ d'intérêt est celui des pratiques d'interventions dans les groupes et les organisations, utilisant principalement des méthodes qualitatives, dont les histoires de vie. Tout cela dans la perspective d'une recherche-action participative fondée sur une approche clinique du social.

Conditions de la licence Creative Commons : Vous devez attribuer le crédit approprié, fournissez un lien vers la licence et indiquez si des modifications ont été apportées. Vous pouvez le faire de toute manière raisonnable, mais pas d'une manière qui suggère que le concédant de licence vous approuve ou approuve votre utilisation. Vous ne pouvez pas utiliser le matériel à des fins commerciales.