



## Hommage à Robert Sévigny

---

Jacques Rhéaume 

Université du Québec à Montréal   
Montréal, Canada

**Received:** 4 August 2025

**Revised:** 24 September 2025

**Approved:** 24 September 2025

### Résumé

C'est avec beaucoup de tristesse que nous vous annonçons le décès de Monsieur Robert Sévigny survenu à Montréal le 13 mai 2025 à l'âge de 94 ans. Il était l'époux de feu Thérèse Paquet-Sévigny, et le père d'Odile, sa fille et de feu Éric, son fils. Professeur émérite à l'Université de Montréal, Robert Sévigny (PhD sociologie, Université Laval) a joué un rôle central dans le développement d'une approche clinique de la sociologie. En 1966-1967, il fut chercheur invité à l'Association pour la recherche et l'intervention psychosociologique (ARIP) à Paris puis au Centre Carl Rogers, à La Jolla, Californie en 1980-1981. Il a su constamment relier les apports de la France et des États-Unis pour développer ses recherches et ses pratiques d'intervention au Québec. En 1991, il fut à l'origine, avec Jan Fritz, Eugène Enriquez et Vincent de Gaulejac, du Comité de recherche en sociologie clinique (RC 46) au sein de l'Association internationale de sociologie (AIS) et du Comité de recherche en sociologie clinique (CR 19) au sein de l'Association internationale des Sociologues de Langue Française, dont il fut le premier Président. Cela achevait une démarche qui avait débuté dès 1982, lors d'un précédent congrès de l'AIS.

Nous soulignons quatre idées centrales de la pensée de M. Sévigny: la dimension de l'approche clinique en sociologie et sciences sociales; la notion de sociologie implicite; la perspective interdisciplinaire et

l'avenir de l'approche clinique en sociologie et sciences sociales dans le contexte social actuel.<sup>1</sup>

## Mots clés

Sociologie clinique, sociologie implicite, pouvoir d'agir, révolution numérique

### 1. Approche clinique en sociologie et sciences sociales

Dans un article publié dans la revue *International Sociology* en 1997, M. Sévigny développe les caractéristiques majeures d'une approche clinique du social.<sup>2</sup> Le terme « clinique », signifiant « être près du lit d'un patient » est certes une image issue du monde médical, mais elle réfère essentiellement à cette idée d'une pratique centrée sur des cas individuels, et plus spécifiquement, des cas-problèmes qui doivent être résolus. Et cela s'applique à des individus, mais aussi à des groupes, des organisations ou d'autres situations sociales. Par ailleurs, l'inspiration première en sociologie d'une telle approche se retrouve dans les travaux de l'École de Chicago, mais aussi, en psychologie (en France, Daniel Lagache , 1983; et aux É.U., Carl Rogers, 1968), et en psychologie sociale, dont la dynamique des groupes (Kurt Lewin, 1972).

Le choix du titre 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 davantage que sur le cadre disciplinaire constitué.

Une première dimension d'une approche clinique est qu'elle doit être une pratique orientée vers l'action. Cela implique la mobilisation des personnes dans leur engagement à agir sur leur contexte social de vie. La relation individu et société est à comprendre comme

---

1 Nous invitons le lecteur ou la lectrice à prendre connaissance de l'entretien fait avec M. Robert Sévigny dans la présente revue, ce qui permet de voir davantage l'ampleur de ses recherches et pratiques d'intervention. Volume 19, no.2 en 2024, pp. 1-25.

2 Nous suivons de près ici le texte de cet article, avec notre traduction de l'anglais pour certains passages.

une unité inséparable, un « fait social total », pour reprendre l'expression de Marcel Mauss (1923-24). Ces propositions reflètent la signification donnée à la notion de clinique : intervenir auprès d'individus en situation sociale qui demandent de résoudre une difficulté, d'apporter du changement.

Une autre dimension est importante : le processus de la connaissance ou de la production de données l'emporte sur le seul constat de faits *déjà-là*. La théorie est essentielle à la pratique, mais les ressources théoriques de départ doivent être pertinentes au cas étudié et laisser place à des théories émergeant de la pratique. La démarche clinique suppose un autre rapport à la science. Elle repose non seulement sur l'interdisciplinarité nécessaire pour éclairer la complexité du rapport individu et société, mais sur l'échange des savoirs entre les partenaires différents engagés dans le processus. Les connaissances théoriques existantes sont dépendantes de la situation sociale, d'une pratique vécue qu'il faut comprendre et analyser.

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 » pré-établi de variables explicatives. C'est une différence radicale avec l'approche scientifique comme l'illustre la méthode expérimentale en laboratoire. La relation clinique entre le chercheur et les acteurs sociaux repose plutôt sur l'implication réciproque des partenaires dans un travail réflexif semblable à un processus de transfert et de contre-transfert. Cette implication du chercheur suppose une « non-neutralité » du chercheur dans la situation : il est lui-même « acteur social », mais conservant une posture critique nécessaire. En contrepartie, cela conduit à donner toute son importance au savoir des autres acteurs. En bref, la relation entre un chercheur et intervenant et ses interlocuteurs en est une d'implication critique réciproque, d'échange, de dialogue et non celle « d'expert » qui impose une vision théorique ou technique.

## **2. La sociologie implicite**

C'est dans ses principaux travaux de recherche et ses implications dans l'intervention que va se construire le cadre conceptuel de ce

qui deviendra un concept central dans la pensée de M. Sévigny (Sévigny, 2019), son apport original, la sociologie implicite. Ce fut d'abord sa recherche sur « l'aliénation dans la vie quotidienne de Montréalais » à travers des témoignages de familles vivant dans des quartiers urbains à Montréal (Sévigny, 1969). Puis surtout, ce furent ses recherches sur la santé mentale au Québec analysant, sur une dizaine d'années, les différentes formes de thérapies en à partir d'entretiens en profondeurs avec grande diversité de praticiens (Sévigny, 1986, 1993a). Il est intervenu aussi en Chine et à Singapour pendant les années 1987-2018, Sévigny, 2009(a)(b), ce qui a permis de mieux cerner la dimension pluriculturelle de la pratique clinique.

Cette aventure de la « sociologie implicite » se retrouve bien dans le développement d'une « sociologie clinique » au sens où nous l'avons exprimé conjointement dans un texte récent, « *Changement social à l'aune de la sociologie clinique. Quand l'action devient connaissance* » (Rhéaume, Sévigny, 2018).<sup>3</sup>Après avoir montré que la sociologie clinique s'enracine dans toute une tradition psychosociologique de recherche-action, de la dynamique des groupes au changement planifié, nous retenons deux éléments qui viennent spécifier une sociologie clinique : une posture clinique d'ouverture sur « toute » l'expérience et la théorisation propre des interlocuteurs impliqués dans une recherche et son articulation avec la grille conceptuelle herméneutique du chercheur que fut le développement de la sociologie implicite. Ces deux pôles sont à relier étroitement : la posture clinique de la recherche sur le monde social est indissociable de la référence conceptuelle ou théorique du chercheur. De façon dialectique, l'un vient modifier l'autre : l'approche clinique est alors spécifiée par un schéma conceptuel et celui-ci doit demeurer ouvert à l'expérience effective de l'autre, par exemple celle d'un intervenant ou intervenante, ou de tout acteur social qui est l'objet de la recherche visée. D'où également ce rapport à l'action : ce sont les individus et acteurs sociaux qui sont impliqués dans cette démarche de réflexion afin de mieux agir sur leur situation problématique.

---

3 Nous suivons de près ici également les textes de 2019 et 2018.

Une autre caractéristique de la posture clinique est la dimension langagière d'une sociologie de l'implicite. C'est dans la prise de parole des intervenants en interaction avec le chercheur que se dégage progressivement l'implicite, le « non élaboré » explicitement dans le discours, mais contenu déjà dans celui-ci. L'implicite est parfois le « tacite » qui reste dans l'esprit de l'interlocuteur, le « retenu » du discours qui finalement s'exprime. C'est aussi le travail créatif d'élaboration, d'interprétation du chercheur, qui, partagé avec l'autre, permet de dépasser les seules références explicites du discours de la personne et d'ouvrir sur de nouvelles pistes de connaissance. Notons en ce sens, que les chercheurs eux-mêmes sont porteurs de savoirs implicites qui appellent à être explicités.

### **3. L'interdisciplinarité en sociologie clinique**

Parler de sociologie clinique c'est soulever aussi la question de l'appartenance à un champ disciplinaire. Sommes-nous en présence d'une nouvelle discipline ou plutôt d'un autre rapport aux disciplines? Mais alors, sur quelle base théorique?

Dans un texte, publié dans le Dictionnaire de sociologie clinique (Sévigny, 2019), est abordé directement cet enjeu, *l'interdisciplinarité*. Une discipline désigne « l'obéissance à une règle de conduite et une branche de la connaissance ». C'est une façon bien structurée de produire de la connaissance sur un objet donné. La physique s'appuie sur une méthode empirique rigoureuse, de type expérimental, une théorisation formalisée par l'outil mathématique, et étudie l'ensemble des phénomènes dits physiques, « naturels ». Et ainsi de suite pour tout un ensemble de sciences que l'on retrouve dans les universités et les centres de recherche. Les sciences humaines ou sociales vont se démarquer par des règles de méthode différentes et leurs objets, l'action humaine ou l'action sociale. Généralement, les nouvelles disciplines se font sur la base de disciplines déjà existantes suivant des exigences liées à un objet différent et d'autres contraintes méthodologiques. Cela est vrai pour la sociologie.

L'interdisciplinarité serait alors, dans ce premier sens, le croisement avec des savoirs déjà « disciplinés » en empruntant régulièrement aux acquis des disciplines ainsi reliées. Mais la place

que va occuper une nouvelle discipline s'inscrit dans des rapports de pouvoir entre les disciplines, dans le champ institutionnel, en particulier à l'université, et cela à travers une longue histoire où se sont établis des liens hiérarchisés suivant les normes scientifiques dominantes.

C'est dans ce contexte qu'il serait question, pour la sociologie clinique, de multidisciplinarité, d'interdisciplinarité, voire « d'indisciplinarité ». Le lien avec l'intervention et l'action sociale oblige à recourir davantage à divers apports disciplinaires : anthropologie, sciences politiques, économie, philosophie, ce qui rend peu probable l'émergence d'une nouvelle discipline « autonome ». C'est en ce sens que M.Sévigny parle plutôt « d'approche clinique dans les sciences humaines » dans un chapitre d'un livre collectif (Enriquez et al.,1993b). Il faut porter, selon lui, un regard réflexif et remettre régulièrement en question le sens d'une recherche, le sens d'une institution, le sens et les frontières d'une situation sociale. L'objet étudié et le terrain de recherche ou d'intervention guident alors le choix des concepts, des théories, des méthodes par le « sociologue » qui est amené d'autant à interroger et à analyser sa propre implication. Cela est élaboré dans cet autre texte « Changement social à l'aune de la sociologie clinique » (Rhéaume et Sévigny) publié dans un autre ouvrage collectif (Fortier et al., 2018).

Se dégager d'une discipline de référence est la condition pour pouvoir établir une véritable « interdisciplinarité », par l'ouverture qu'elle nécessite quand sont abordés les rapports humains mis en situation sur l'ensemble des disciplines pertinentes. Mais cela permet aussi d'ouvrir sur d'autres formes de savoirs mis en cause dans la recherche-intervention, des formes de savoirs « non-scientifiques ». Cela ouvre sur une perspective épistémologique plus radicale. Le savoir scientifique n'est qu'une forme de savoir impliquée dans une recherche et une intervention cliniques.

L'approche clinique donne toute son importance au savoir dit « ordinaire », d'expérience. De plus, la notion même d'implicite nous plonge dans la complexité du langage, des différentes strates de signification qu'il implique. Par exemple, l'univers artistique est un autre monde d'expression qui intervient, au moins minimalement,

dans plusieurs des pratiques d'intervention, par le théâtre, par l'utilisation des jeux de rôle, avec l'usage de dessins, de schémas, de photos, mais aussi par des références aux diverses expériences ou références artistiques (peinture, cinéma, architecture, littérature...) qui font partie de l'expérience culturelle de chaque personne. Nous pouvons ajouter une autre forme de savoir : le savoir spirituel, qui exprime une quête fondamentale sur les grandes questions existentielles de l'origine, du sens de vie, de la mort...C'est le cas de références à des religions constituées, mais plus largement aussi, à des types de savoirs philosophiques.

Peuvent être ainsi distinguées cinq types de savoirs, dont trois au moins sont directement impliqués dans toute recherche-intervention dans les groupes et les organisations, voire dans les relations interpersonnelles. En effet, un chercheur fonde sa légitimité sur sa référence au savoir scientifique, les participants les plus fréquemment sollicités sont des professionnels ou des travailleurs dont la référence première est un savoir-faire spécialisé. Mais tous les participants font également appel à un autre type de savoir, le savoir d'expérience de vie, le savoir ordinaire, de sens commun. Deux autres types de savoirs peuvent aussi intervenir, soit le savoir esthétique, de création artistique et le savoir spirituel, de quête de sens par rapport aux grandes questions existentielles de vie et de mort.

La posture clinique, ouverte, « non-directive », centrée sur la parole ou l'expression d'autrui était pour lui une voie d'entrée par excellence, face à cette complexité des savoirs.

#### **4. L'approche clinique en sociologie confrontée aux changements sociétaux**

M. Sévigny donnait beaucoup d'importance au contexte sociétal macro-social, comme étant source de possibilités et de contraintes dans les pratiques de recherche et d'intervention sociales cliniques. Il souligne que depuis les dernières décennies, il est question du développement d'une nouvelle modernité liée à la mondialisation de l'économie, ou d'hypermodernité quand l'accent est mis sur une technologie avancée, une idéologie néo-libérale axée sur la

performance, la forte valorisation de l'individu dit « autonome », un accent sur le temps présent, etc.

Jusqu'à la fin de sa vie, il prenait connaissance d'ouvrages récents sur les changements sociaux. Sa lecture de Yuval Noah Harari (2018)<sup>4</sup>, qui montrait comment nous étions confrontés aujourd'hui à une révolution numérique comme forme sociale dominante, l'interpellait. Tout cela entraîne de nouvelles contraintes, mais aussi de nouvelles possibilités dans tout ce qui affecte les interventions qui visent à accroître le pouvoir d'agir des individus sur leur situation sociale de vie, au travail comme dans leur vie quotidienne, pouvoir d'agir qui est au cœur de l'intervention liée à la sociologie clinique.

Pour le pire, cela constituerait une nouvelle source d'aliénation sociale, d'un sujet qui a de moins en moins de prise sur le contexte de sa vie et qui est soumis à des contacts humains éphémères et peu approfondis, qui exigeraient au contraire plus de temps, de la durée et de l'espace, davantage d'enracinement dans des lieux significatifs avec les autres. Pour le mieux, les nouvelles technologies, quand elles sont maîtrisées, peuvent accompagner la constitution de liens sociaux de qualité pouvant contribuer à redéfinir des institutions favorables à un pouvoir d'agir accru.

Par exemple, dans les années soixante, les interventions en dynamique de groupe ou dans le développement organisationnel étaient bienvenues. Il était possible de prendre le temps d'un travail collectif en groupe, de créer des espaces de parole, de planifier une plus grande participation dans les organisations. Il s'agissait alors d'une modernité participative où se combinaient les valeurs démocratiques et l'expression individuelle et ce, au cœur de l'entreprise. C'est nettement plus difficile aujourd'hui dans nos organisations dites « performantes » et nos relations « virtuelles » multiples.

Est-ce pour autant la fin d'une approche clinique en sociologie ou en sciences sociales? De nos pratiques et d'une posture inspirées par la dynamique des groupes et la non-directivité? En reprenant plus spécifiquement la question du changement, pour les individus et les collectifs, de leur pouvoir d'agir dans le cadre plus large des

---

4 Nous résumons ici les idées centrales du texte.

grands changements sociaux, la question de la participation, dans les milieux dits intermédiaires (groupes, organisations) demeure un enjeu toujours présent, peut-être plus encore de nos jours. Selon M. Sévigny, il faut se méfier des lectures critiques qui isolent en quelque sorte le cadre macrosocial de toute la complexité des interactions sociales au risque d'introduire un mode d'explication de forces dominantes, sans appel.

Sa conviction profonde, c'est qu'une approche clinique est une intervention qui part des individus-sujets en situation de travail, dans la pratique, dans leur milieu de vie, qui permettait et permet encore d'ouvrir sur une grande variété de changements et d'actions possibles en rapport au niveau institutionnel plus global. Cela doit s'inscrire comme autant de formes de résistance ou de changement dans le champ académique, universitaire, ou professionnel. Là aussi les orientations éducatives reflètent les tendances socio-économiques et politiques dominantes de la société, avec les accents mis sur « l'utilité » des formations, la technologie, l'excellence.

Il demeure d'autant plus 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, une condition importante du maintien à plus long terme d'une vision humaniste et critique de la pratique sociale.

### **Des hommages importants**

Lors de ses funérailles, le 23 août 2025, tout près de 80 personnes ont été réunies autour de plusieurs témoignages de collègues universitaires, d'anciens étudiants et étudiantes, de membres de la famille, de responsables de milieux communautaires ou de pratique. Tout cela pour souligner l'influence majeure qu'il a exercé au Québec, mais aussi dans divers pays : France, USA, Chine en particulier. Et témoigner aussi de cet homme ouvert, chaleureux, modeste, créateur de liens personnels et sociaux. C'était un père et un conjoint exceptionnel de l'avis de membres de sa famille.

## Références

- Harari, Y.-N. (2028). *21 leçons pour le XXI<sup>e</sup> siècle*. Paris, Albin-Michel.
- Lagache, D. (1983). *L'unité de la psychologie expérimentale et psychologie clinique*. Paris : PUF
- Lewin, K. (1972). *Psychologie dynamique. Les relations humaines*. Paris : Presses Universitaires de France
- Mauss, M. (1923-24). Essai sur le don. Forme et raison de l'échange dans les sociétés primitives. Dans : *L'Année sociologique*, tome 1.
- Rhéaume, J.; Sévigny, R. (2018). Changement social à l'aune de la sociologie clinique. Quand l'action devient connaissance. Dans : Isabelle Fortier, Sophie Hamisultane, Isabelle Ruelland, Jacques Rhéaume et Salim Beghdadi (dir.) *Cliniques en sciences sociales. Sens et pratiques alternative*. Québec : PUQ, p. 23-36. <https://doi.org/10.1515/9782760550360-005>
- Rogers, C. (1968). *Le développement de la personne*. Paris: Dunod.
- Sévigny, R. (1969). Pour une théorie psycho-sociologique de l'aliénation. *Sociologie et sociétés*, 1(2), 193-220. <https://doi.org/10.7202/001692ar>
- Sévigny, R. (1986). La construction sociale du champ de la santé mentale. *Santé mentale au Québec*, 11(2), 13-20. <https://doi.org/10.7202/030337ar>
- Sévigny, R. (1993a). Pratiques alternatives en santé mentale et gestion du social. *Sociologie et sociétés*, 25(1), 111-123. <https://doi.org/10.7202/001698ar>
- Sévigny, R. (1993b). L'approche clinique dans les sciences humaines. Dans : Enriquez, E., Houle, G., Rhéaume, J., Sévigny, R. (sous la direction de ) *L'analyse clinique dans les sciences humaines*. Montréal : Éditions Saint-Martin. p. 13-28.
- 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. (2009a). Sociologie clinique et schizophrénie en Chine post-maoïste: l'expérience de Lu Lu. *Sociologie et sociétés*, 41(1), 125-158. <https://doi.org/10.7202/037910ar>
- Sévigny, R. (2009b). Communauté et Santé Mentale à Singapour: Une Autre Vision Du «Communautaire». *Canadian Journal of Community Mental Health*, 10(1), 29-48. <https://doi.org/10.7870/cjcmh-1991-0002>

- 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. (2019). Sociologie des savoirs implicites. Dans : Agnès Vandeveldé-Rougale, Pascal Fugier et Vincent de Gaulejac (collaborateur) : *Dictionnaire de sociologie clinique*. Toulouse : Érès. p. 610-613. <https://doi.org/10.3917/eres.vande.2019.01.0610>
- Sévigny, R.; Vandeveldé-Rougale, A. (2019). Interdisciplinarité. Dans : Agnès Vandeveldé-Rougale, Pascal Fugier et Vincent de Gaulejac (collaborateur) : *Dictionnaire de sociologie clinique*. Toulouse : Érès. (p. 377-380.) <https://doi.org/10.3917/eres.vande.2019.01.0377>

## À propos de l'auteur

**Jacques Rhéaume** est sociologue et professeur émérite à l'Université du Québec à Montréal. Il participe aux 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 (Brésil). Son champ d'intérêt est celui des pratiques d'interventions dans les groupes et les organisations, 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 créditer l'Œuvre, intégrer un lien vers la licence et indiquer si des modifications ont été effectuées à l'Œuvre. Vous devez indiquer ces informations par tous les moyens raisonnables, sans toutefois suggérer que l'Offrant vous soutient ou soutient la façon dont vous avez utilisé son Œuvre.