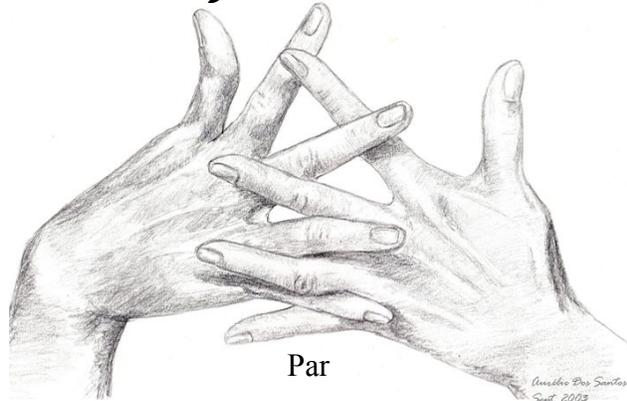


Université de Montréal

*Biomédecine et médecines alternatives : alliance
possible ou scission inévitable ?
Le cas des acupuncteurs à Montréal*



Par
Duvivier, Jessica

Département d'anthropologie
Faculté des Arts et des Sciences de l'Université de Montréal

Mémoire présenté à la Faculté des Arts et des Sciences
en vue de l'obtention du grade de Maîtrise
en Anthropologie

11 juin 2012

© Jessica Duvivier, 2012

Université de Montréal
Faculté des études supérieures et postdoctorales

Ce mémoire intitulé :

Biomédecine et médecines alternatives : alliance possible ou scission inévitable ?
Le cas des acupuncteurs à Montréal

Présentée par :
Jessica Duvivier

A été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Président-Rapporteur : Gilles Bibeau
Membre du Jury (Directrice de Recherche) : Karine Bates
Membre du Jury: Jean-Michel Vidal

Résumé

Si l'alternative est de nos jours et dans nos sociétés occidentales un concept de plus en plus en vogue, son caractère lui, en demeure pas moins ambigu. En effet, et alors même que nombre de pratiques dites alternatives émergent de part et d'autre de la société, en faire allusion dans certains domaines équivaut à s'affliger soi-même d'une étiquette sur laquelle serait inscrite « New-Age » en caractère gras. Pourtant, son caractère loin d'évoquer cette seule dimension, semble par ailleurs être consécutive d'un déséquilibre de plus en plus prégnant au sein même des prérogatives de l'État. Ce mémoire tente donc de rendre compte de ce phénomène tout en investiguant les répercussions de cette asymétrie sur l'intégration de pratiques médicales alternatives au Québec. Ceci dans l'intention non seulement d'explorer davantage la nature de la relation entre médecine alternative et biomédecine, mais aussi afin de poser un nouveau regard sur son expansion. Un regard, lequel permettrait potentiellement de poser les jalons nécessaires à un espace de conciliation entre les médecines, lequel découlerait alors d'un nouvel équilibre au cœur des prérogatives mêmes de l'État.

Mots-clés : Intégration, Représentation, Alternative, Biomédecine, État de droit, État Social, Intervention, Pratique professionnelle, Acupuncture

Abstract

If the alternative is to our days and in our western societies a concept more and more in vogue, its character remains ambiguous. In effect, and even that number of practices called “alternatives” emerge on both sides of the society, in referring to in some areas is equivalent to plague itself-even a label on which would be marked “New-Age” in bold. Yet, its character far from referring to this single dimension, seems also be consistent to a more and more significant unbalance within the prerogatives of the State. This dissertation therefore attempts to account for this phenomenon while inquiry into the repercussions of this asymmetry on the integration of alternative medical practices in Quebec. This with the intention not only to further explore the nature of the relationship between alternative medicine and biomedicine, but also in order to install a new look on its expansion. A look, which would potentially lay the groundwork necessary to a space of conciliation between the medicines and which would lead to a new balance in the heart of the prerogatives of the State.

Keywords: Integration, Representation, Alternative, Biomedicine, State of Law, Social State, Intervention, Professional Practice, Acupuncture.

Table des matières

<i>Introduction</i>	1
 <i>Chapitre 1</i>	
Évolution et représentation de la médecine moderne au cours des siècles : un parcours historique, social et culturel occidental	14
INTRODUCTION	14
1.1 Les grandes lignes de la naissance de la médecine en Occident	15
1.1.1 Le 18 ^{ième} siècle : un contexte social et culturel spécifique.....	15
1.1.2 Évolution de la pensée sociale et transformation de la vision médicale.....	17
1.1.3 Assises de la biomédecine et du biopouvoir	20
1.2 Historique de l'organisation du système de santé au Québec	23
1.2.1 Les prémices du système de santé québécois.....	23
1.2.2 Sécularisation et bouleversement des représentations, expansion du système médical et Premières Réformes	25
1.2.3 Interdépendance des structures et difficultés d'intégrer la nouveauté dans un système étatique.....	26
1.3 Conséquences de la mondialisation sur le système de valeur et de représentation illustré dans le domaine médical	28
1.3.1 Le phénomène d'immigration au Québec : de nouvelles portes ouvertes sur le monde	28
1.3.2 Le phénomène d'immigration : une conscientisation sociale, un danger pour le système ?	31
1.3.3 D'un État providence à l'instauration d'un État de Droit : Un nouvel équilibre à trouver au coeur des représentations québécoises.....	33
CONCLUSION	37

Chapitre 2

Relation entre le système alternatif et le système conventionnel : un semblant

d'ouverture	39
INTRODUCTION	39
2.1 Système alternatif et système conventionnel : une dissimulation de ses enjeux	40
2.1.1 Développement croissant du système alternatif au Québec : un face à face représentationnel	40
2.1.2 Entre différenciation et uniformisation : la culture et le pouvoir (D. White)	43
2.1.3 Représentation dominante et appropriation des techniques alternatives	45
2.2 Système alternatif et système conventionnel : des interprétations qui renforcent le mécanisme de reproduction	49
2.2.1 Les méthodes alternatives influentes dans le système juridique	49
2.2.2 Première interprétation de l'alternative : une flexibilité technique (C. Nélisse)	50
2.2.3 Seconde interprétation : un pluralisme juridique faible (C. Nélisse)	52
2.3 Discussion sur les apports conceptuels des auteurs en regard de la problématique de l'intégration de l'alternative	55
2.3.1 Lien entre nature de la relation et nature des conceptions	55
2.3.2 Solutions et conclusions apportées par les auteurs	58
2.3.3 Comment donc appréhender l'intégration des médecines alternatives ?	60
CONCLUSION	62

Chapitre 3

Enjeux professionnels et sociaux liés à l'intégration des médecines «alternatives» au sein du système biomédical : « une possible histoire de la norme »

INTRODUCTION	63
3.1 La professionnalisation de la société : un tournant à considérer dans la formation d'un nouveau rapport État/santé	65
3.1.1 Idéologie positiviste et « naissance du professionnalisme »	65

3.1.2	L'expansion du pouvoir de la profession médicale : d'une baisse de la qualité de la relation thérapeutique aux prémices d'une pratique intervenante	67
3.1.3	L'intervention professionnelle : une « nouvelle autorité moderne » masquée sous un semblant de professionnalisme	73
3.2	Les représentations sociales : un moyen de faire perdurer un rapport État-Santé de plus en plus normatif	77
3.2.1	L'individualisation : une valeur sociale inestimable au sein du système.....	77
3.2.2	La définition de la santé de l'OMS : un préambule fortuit à l'élaboration d'un système clos	79
3.2.3	De la société du risque à l'élaboration de stratégies sanitaires : une intériorisation de la norme	82
3.3	Des représentations sociales pour la conceptualisation de ce nouvel espace : une transformation nécessaire du rapport État-Santé.....	85
3.3.1	De l'instrumentalisation des valeurs sociales à sa « désinstrumentalisation » : la possibilité de créer une nouvelle dynamique	85
3.3.2	Les représentations sociales instigatrices d'un nouveau rapport État-Santé.....	87
3.3.3	De la théorie à la pratique : le cas des acupuncteurs et l'intégration de leur pratique ..	90
	CONCLUSION	91

Chapitre 4

Le cas de l'intégration de l'acupuncture au sein du système de santé québécois : témoin de son étanchéité	93	
INTRODUCTION	93	
4.1 L'acupuncture : un cas pratique écho du double phénomène ouverture-résistance de l'État québécois	94	
4.1.1	Ce que miroite le cas de l'intégration de l'acupuncture en résumé.....	94
4.1.2	L'acupuncture : quelques orientations d'ordre théoriques.....	96
4.1.3	L'acupuncture : passage d'une médecine dite superstitieuse à celui d'une technique scientifique.....	100

4.2 L'acupuncture : un cas pratique écho du caractère indéfini de la relation entre alternative et conventionnel.....	103
4.2.1 La conventionnalisation de l'acupuncture au Québec : une ouverture de l'État à la diversité des représentations ou une illusion de diversité ?.....	103
4.2.2 L'acupuncture au Québec : une pratique « alternative-conventionnelle » vouée à « l'assimilation-reproduction »	107
4.2.3 Un projet universitaire : une histoire sans fin et un laps de temps de reproduction certain	111
4.3 L'acupuncture : un cas pratique écho d'un pluralisme faible. Des solutions à envisager... ..	115
4.3.1 Un taux de pluralisme faible : conséquence de l'immixtion d'un système « intervenant ».....	115
4.3.2 Des résultats pratiques de l'intériorisation d'un « système intervenant »	118
4.3.3 Des risques aux conséquences d'un rapport État-santé de plus en plus normatif : un long chemin vers l'intégration	121
CONCLUSION	127

Chapitre 5

Médecines alternatives et médecines conventionnelles : alliance possible ou scission inévitable ?

Quelques éléments de réflexions pour un nouvel espace de conciliation	129
INTRODUCTION	129
5.1 La conceptualisation d'un espace capable d'accueillir la diversité : « une réforme par l'intégration »	131
5.1.1 L'édification d'un « système de soins sans murs » : un résultat exemplaire d'un réinvestissement dans les pouvoirs sociaux	131
5.1.2 Repenser les logiques de régulation du système de soins : un prélude jugé nécessaire à la conception d'un nouvel espace	135

5.1.3 « Une réforme par l'intégration » : une définition qui met fin à la subordination des acteurs	141
5.2 L'interdisciplinarité pratique : des avantages et des inconvénients à sa mise en pratique	146
5.2.1 La Trousse Médico-Légale appréhendée par Nélisse : une véritable « technologie sociale »	146
5.2.2 La TML : un protocole nécessaire à une concertation préalable à l'intervention	150
5.2.3 De la Trousse Médico-Légale à l'édification d'un système de soins sans murs : quelques limites à envisager	154
5.3 Médecines alternatives et biomédecine : Alliance possible ou scission inévitable ? ...	158
5.3.1 Au delà des limites de la TML : un besoin de renouveau au sein des perspectives sociales.....	158
5.3.2 La « dualité du structurel » de Giddens : une conception du social et du structurel mieux à même de créer la nouveauté	161
5.3.3 User d'un autre type de conscience : un état d'être proactif.....	166
CONCLUSION	170
<i>Conclusion</i>	172
<i>Bibliographie</i>	i
[ANNEXE] Questionnaire de recherche.....	vi

*À tous mes auteurs, professeurs et ami(e)s de
cœur qui ont su rendre la rédaction de ce
mémoire plus passionnante encore...*

Remerciements

Je tiens à remercier ici-même toutes personnes ayant contribué d'une manière ou d'une autre à l'élaboration de ce mémoire. Et comme il me semble impossible ici de répondre à cette ambition tant il y a de personnes qui m'ont inspiré jusqu'à présent, mes remerciements devront se limiter à ceux et celles qui m'ont accompagné et m'accompagneront probablement encore tout au long de cette aventure, laquelle j'espère ne fait que commencer...

Aussi, et pour débiter je souhaite remercier Laurent Roussel, mon conjoint, qui m'a non seulement encouragé et soutenu tout au long de cette initiative, mais qui plus encore m'a vivement fait profiter de ses qualités d'écoute et de présence afin de mener à bien ce projet. J'en profite également pour transmettre mes remerciements à mes parents, Éric et Michelle Duvivier, pour leurs nombreux encouragements.

Karine Bates, ma directrice de mémoire, est indéniablement une personne à qui je dois beaucoup et que je tiens à remercier non seulement pour tous ses conseils judicieux, mais également pour sa disponibilité, sa patience et sa bonne humeur qui m'ont accompagnée durant ces deux-trois dernières années.

Je tiens également à remercier Jean-Michel Vidal qui a su, il y a quelques années déjà, suscité en moi cette vague de passion pour l'anthropologie médicale et qui, probablement sans le vouloir, m'a enseigné la discipline ainsi que l'assiduité à la recherche...

Un grand merci aussi à José Carlos Herrera pour sa passion dans le domaine et pour nos grandes discussions qui n'ont fait qu'alimenter le cours de cette réflexion.

J'en profite également pour remercier la coordinatrice, Sara Deslile, de cette école d'été portant sur le thème « Santé, spiritualité et thérapie » où il m'a été permis de rencontrer nombres de chercheurs dans le domaine, dont Ilario Rossi, anthropologue médical, lequel à sans aucun doute pour beaucoup contribué dans l'écriture de ce mémoire.

Violaine Lemay et son passionnant séminaire sur l'intervention auquel j'ai eu la chance de participer ont considérablement étayé le contenu de ce mémoire. Sa passion pour son enseignement et le choix de ses auteurs n'ont fait qu'animer plus encore mon intérêt pour le sujet de l'alternative. Un grand merci à Violaine et à la qualité de ses réflexions.

Je désire également remercier Damien Contandriopoulos qui, sans le vouloir c'est évident, à renforcer plus encore ma détermination à évoluer dans le champs des sciences humaines et sociales. Le thème de mon mémoire devenue depuis une recherche d'envergure doctorale.

Enfin, je remercie de tout cœur tous mes auteurs qui n'ont fait qu'agrémenter le contenu de cette réflexion... Gille Bibeau, Claude Nélisse, Karim Benyekhlef, Ilario Rossi, André-Pierre Contandriopoulos, Deena White, Anthony Giddens et bien d'autres encore que vous retrouverez tout au long de cette étude.

Introduction

S'il est vrai que le concept de l'alternative semble prendre aujourd'hui de plus en plus d'ampleur au sein des sociétés occidentales, son utilisation toujours plus accrue a semble-t-il fini par rendre difficile son appréhension. Car en effet, utilisée à tort et à travers afin le plus souvent de justifier un tracé non conventionnel¹, l'alternative devient un moyen de se positionner face à une norme instituée, à défaut de bénéficier d'un consensus, lequel lui permettrait une intégration plus à même de prendre en compte les représentations sur lesquelles elle s'appuie. Aussi, et afin de rendre plus clair ce premier énoncé, nous souhaitons mettre en contexte ici même les éléments de notre problématique.

De plus en plus en Occident de véritables bouleversements s'opèrent au sein des structures sociétales de par une multiplicité d'éléments qu'engendre le phénomène de globalisation (Rossi, 2007). Que ces chambardements soient en effet la cause d'éléments tels que celui d'un flux migratoire continu, de l'avancée technologique, de la hausse des moyens d'informations et de communications (Rossi, 2007) ou encore de l'expansion d'une idéologie néolibérale capitaliste (Bibeau, 2008) à travers le monde, il n'en reste pas moins que toutes sociétés sont à présent à la merci des transformations et des remises en question tributaires de ce phénomène. Le Québec ne constitue pas une exception à la règle, au contraire, il s'est considérablement ouvert à l'internationale au cours de ces trois dernières décennies (Rossi, 2003; Fortin, 2004), son taux d'immigrants ayant de nos jours atteints des proportions sans pareil, notamment dans la ville de Montréal (Fortin, 2004). Il va sans dire qu'une telle ouverture sur le monde nécessite quelques modifications de l'environnement, tout du moins quelques adaptations nécessaires afin de répondre du mieux possible aux nouveaux besoins engendrés par ce phénomène. Or, ce à quoi nous assistons de plus en plus, se trouve justement à être dans le fait que plus ce phénomène tant à s'accroître, plus le système semble s'éloigner des besoins de la population (Rossi, 2007).

Il en va de même concernant l'organisation du système de soins et de santé au Québec qui ne cesse de se mouvoir entre les modalités structurelles qui assurent son maintien et la diversification de la clientèle, de ses besoins et de ses attentes (Contandriopoulos, 2006). En effet, toujours plus encouragé par les politiques en cours à modifier quelques-unes de ses composantes structurelles afin d'accueillir de nouvelles réalités culturelles et sociales en offrant une accessibilité et une efficacité qui soient à l'image non seulement de sa politique démocratique, mais qui plus est de son ouverture sans pareil sur le monde, le système de soins et de santé semble plus que jamais être sujet à de tensions considérables. Cette tension, nous dit Contandriopoulos, « se manifeste par le désarroi de plus en plus manifeste de la population à l'égard de la santé et elle oblige à repenser des notions fondamentales comme le droit à la santé, la sécurité et la justice » (2006 : 1). Et en effet, il n'y a qu'à, pour s'en rendre compte, prendre connaissance des médias quotidiens et des débats du moment pour comprendre toutes sortes d'impasses dans lequel se trouve à être le système médical actuel. Du vieillissement de la population, aux salles d'attente surchargées, à « la déshumanisation » des soins, en passant par les contraintes budgétaires jusqu'aux débats sans fin sur la privatisation, il va sans dire que le système de soins est la proie d'une réorganisation constante dans le but de pouvoir répondre aux besoins de tout un chacun, professionnels et patients compris. Sans plus de résultat pourtant, il y a tout lieu de penser, tel qu'en fait mention André-Pierre Contandriopoulos que sa trajectoire est déterminée « beaucoup plus par l'interaction du développement des connaissances, du progrès technologique du vieillissement de la population et de la mondialisation que par les politiques gouvernementales. » (2006 : 8).

Et en effet, étant donné la place considérable qu'a pris le système de soins et de santé au cours des dernières décennies jusqu'à aujourd'hui, il semble que la modification de ses composantes ne soit pas aussi aisée qu'elle pourrait le paraître au premier abord (Le Blanc, 2002). Nul ne peut ignorer les difficultés qu'éprouvent les différents gouvernements à mettre en forme les nouvelles réformes adressées au système de soins (Contandriopoulos,

2006). Cette complexité semble notamment s'inscrire à travers les liens d'interdépendances de ce système avec l'ensemble des sphères de la société (Bungener et Bazsanger, 2002). En d'autres termes, et compte tenu de la place considérable qu'a pris la « biomédecine »² durant ces quarante dernières années et de son étatisation – phénomène sur lequel nous reviendrons plus en détail dans ce mémoire –, son expansion tant dans le domaine du social, de l'économique que du politique a semble-t-il largement contribué à cette complexité (Le Blanc, 2002). Car si cette expansion a participé à élargir le champ de compétence de la médecine en cherchant sans doute à répondre à de plus amples besoins, elle semble avoir paradoxalement rendu plus difficile encore la prise en compte d'aspirations sociales – lesquelles nécessiteront plus souvent qu'autrement un changement de nature organisationnelle. En d'autres termes, nous soutenons ici que l'expansion du système biomédical a certes participé à rendre plus complexe l'étendue de ses rapports, mais bien plus essentiel encore, nous verrons que la nature même de ces nouveaux liens est semble-t-il ce qui participe à contraindre toutes modifications, lesquelles exigeraient une remise en question plus conséquente.

Néanmoins, et depuis quelques années, suite aux transformations culturelles et sociales qui ont eu cours eu égard à la mondialisation, le système de soins et de santé québécois témoigne de bouleversements structurels qui se manifestent notamment par une plus grande diversité de pratiques médicales à l'intérieur comme à l'extérieur du système conventionnel (Rossi, 2007). La pluralité des pratiques, plus connu sous le terme de « pluralisme médical », laquelle manifeste une pluralité de la demande et de l'offre en matière de soins (Rossi, 2007), prend de multiples visages (Bujold, 2008 : 19). En effet,

² La « biomédecine » est décrite par Jean-François Picard, historien (voir bibliographie) dans les termes suivants : « *La biomédecine est un aboutissement. C'est la rencontre de deux disciplines : la médecine qui est une application des sciences au maintien de la santé humaine et la biologie qui est, au sens moderne du terme, une science dont la demande est d'expliquer le fonctionnement de la vie au niveau cellulaire.* » (1996 : 97)

que ce soit en milieu clinique par l'instauration de nouvelles approches³ (Levenstein et al., 1986 : 24-30) qui vont au delà-même d'une conception quelque fois réduite, si ce n'est unidimensionnelle, de la maladie et de ses motivations ou encore par l'établissement d'une diversité de médecines dites « alternatives », le Québec offre aujourd'hui en matière de soins un éventail de choix auxquels il convient désormais davantage de prêter d'attention. Ceci non seulement dans la mesure où le système de soins et de santé actuel semble éprouver certaines difficultés à introduire de nouvelles approches – aussi fondées soient-elles – mais aussi, et peut-être surtout en raison des nouveaux besoins sociaux auxquels semblent répondre cette pluralité d'approche médicale. Ces nouveaux besoins, s'ils ne seront détaillés davantage dans cette étude tant ils peuvent découler de réalités multiples, une citation de Jean-Claude Moisdon nous a semblé par ailleurs pertinente. Large, mais concis, ces nouveaux besoins seront ainsi compris dans le sens de ces termes :

« L'inévitable démythification de la biomédecine ultra-technicienne les conduit en outre à attendre des professionnels autre chose qu'une approche purement scientifique. » (Moisdon, 2002 : 47)

Si l'instauration de nouvelles approches médicales à l'intérieur du système de soins conventionnel – lesquels nous développerons lors du premier chapitre de ce mémoire – semblent prendre un temps parfois considérable avant de se mettre en forme, sans parler ici de l'expansion de ces nouveaux modèles, il en va tout autrement pour le développement des médecines dites « alternatives ». En effet, l'utilisation des médecines alternatives en milieu cosmopolite montréalais n'a cessé de s'accroître d'année en année jusqu'à se développer en un véritable système parallèle au système conventionnel (Saillant et coll. : 1997). D'ailleurs, l'alternative qu'elle soit de nature médicale, juridique, politique ou autre connaît une expansion sans précédent à Montréal (Nélisse, 1992; White, 1990) comme dans le reste du Québec.

³ Trois modèles sont retenus par nos auteurs : le modèle social, le modèle culturaliste, le modèle centré sur le patient.

Toutefois et malgré son expansion, l'intégration de ce système ne semble pas aussi aisée que le laisse prétendre son succès crescendo. Et, si les uns disent facilement que le Québec est un pays ouvert à l'alternative en tout genre; d'autres plus au cœur du sujet clameront sans nul doute que cette ouverture est à « prendre avec des pincettes », que « l'alternative n'est pas plus intégrée qu'ailleurs » et que sa situation peut s'avérer être « délicate ». Aussi, et en raison de ce double discours, lequel nous paraissait alors d'un côté rendre compte d'une diversité intégrée et de l'autre d'une intégration « de surface », notre intérêt pour la question n'a eu de cesse d'évoluer jusqu'à ce que l'alternative nous paraisse être le résultat de la difficulté qu'éprouve le système tel qu'agencé actuellement à intégrer en son sein la nouveauté. Qui plus est, lorsque celle-ci fait référence à de nouvelles représentations.

Ainsi, s'il convient ici de relever les enjeux structurels qui affectent les pratiques biomédicales, qui favorisent donc le développement et l'utilisation des pratiques médicales alternatives et qui participent par la même aux enjeux d'intégration de ces médecines, il convient tout autant de penser une intégration laquelle soit plus à même d'outrepasser ces divers enjeux. Car si une chose demeure bel et bien, quel que soit le niveau d'intégration de l'alternative, c'est son seul terme qui à lui seul évoque une alternative face à une « normalité » instituée par les approches biomédicales. Sous une perspective sociologique la notion de conventionnalité met en exergue son illégitimité structurelle à savoir celle non conforme aux règles, aux lois et aux normes, lesquelles sont préconisées par les institutions « dominantes » (White, 1990). L'intérêt d'une telle attention portée sur la situation de l'alternative est de permettre aux patients qui en font l'utilisation de bénéficier d'un plus grand espace de liberté thérapeutique (Le Blanc, 2002) et d'ainsi participer à la réduction de l'écart qui se crée toujours davantage entre besoins et attentes de la population et réponses apportées par la société (Contandriopoulos, 2006). Décalage que nous considérons de plus en plus prégnant entre humanité et scientificité.

Cette étude tente alors de rendre compte des enjeux que revêtent les structures organisationnelles du système de santé dans l'intégration des médecines dites « alternatives » à Montréal. Plus profondément encore ce mémoire offre aux lecteurs une façon nouvelle d'appréhender l'intégration d'une alternative au système sociétal tel qu'il se conçoit actuellement. Dès lors, et afin d'illustrer plus amplement les propos défendus lors de ce mémoire quant aux enjeux retenus à l'intégration de l'alternative, le cas de la pratique de l'acupuncture à Montréal viendra sans nul doute corroborer une grande partie de la théorie présentée. Et en effet, c'est avec l'aide d'entretiens établis avec des acupuncteurs montréalais que nous aurons le loisir de mettre en perspective leurs discours et leur expériences pratiques sur les enjeux à l'intégration de leur exercice au sein du système.

La réflexion centrale de ce mémoire repose alors sur les enjeux structurels d'abord, mais aussi représentationnels qui à la fois empêchent l'intégration de ces médecines et qui tout à la fois contribue à leur développement. L'intention est ici de rendre compte de ces enjeux et de saisir les différents mécanismes qui font obstacle à une collaboration efficiente des médecines afin d'appréhender un nouvel espace où puisse se conjuguer différentes approches et représentations médicales. Autrement dit, nous souhaitons pénétrer au cœur de la complexité sociale et structurelle dans laquelle se meut la médecine contemporaine – ceci de manière à conceptualiser un espace intermédiaire médical susceptible de dépasser certains enjeux contraignants à la réalisation d'une complémentarité optimale entre médecine conventionnelle et médecines alternatives. Dès lors, une série de questions vient agrémenter notre problématique de départ et contribuent ainsi à mettre en forme cette étude : Comment à travers cette complexité rendre légitime les pratiques médicales alternatives sans qu'elles ne soient assimilées par l'institution dominante ? Ainsi, comment créer une réelle complémentarité des médecines sans pour autant aboutir aux mêmes inconvénients structurels auxquels se confronte la biomédecine dans son dispositif actuel ? Comment donc intégrer ces médecines d'une façon complémentaire au système dominant

sans pour autant reproduire les mêmes structures sociétales qui posent, en partie, le problème du pourquoi des médecines alternatives et de leur développement ? Finalement comment réaliser un espace intermédiaire où la rencontre des deux médecines pourra avoir lieu sur un nouveau terrain où il sera possible de les penser, non plus en disjonction, mais bien plus en conjonction ?

La thématique de l'intégration de l'alternative n'est pas nouvelle dans l'histoire des sciences humaines et sociales. Toutefois, il convient de définir ici chacun des concepts avancés afin que le lecteur ne puisse être porté à confusion dans la suite de sa lecture.

D'abord, il s'agit dans ce contexte de penser la notion d'intégration selon la conception d'Anthony Giddens, soit comme une « réciprocité de pratiques entre des acteurs ou des collectivités liés par des relations d'autonomie et de dépendance » (Alcouffe : 6). Aussi, et proche de la définition de Giddens, celle d'André-Pierre Contandriopoulos :

« L'intégration est le processus qui consiste à créer et à maintenir, au cours du temps, une gouvernance commune entre des acteurs (et des organisations) autonomes dans le but de coordonner leurs interdépendances pour leur permettre de coopérer à la réalisation d'un projet collectif. » (Contandriopoulos, 2001 : 4)

Cette dernière définition a ici l'avantage d'intégrer des éléments tels qu'« interdépendance » et « coopération », lesquels vont s'avérer être essentiels à la réalisation d'une éventuelle alliance entre les médecines. L'intégration telle que nous l'envisageons, et nous y reviendrons évidemment, n'a donc rien avoir ici avec le concept d'assimilation, il s'en éloigne même de par sa définition.

Aussi, pour ce qui de la notion de « médecine alternative », il semble pertinent ici de vous faire part de ce que nous entendons considérer tout au long de cette étude. À cet effet, nous prétendons que la progression des médecines dites « alternatives » ou « non

conventionnelles » – nonobstant les compétences médicales qu’elles mettent de l’avant – met inmanquablement en exergue un déséquilibre présent au sein du système biomédical. Autrement dit, nous soutenons l’hypothèse selon laquelle la recrudescence des médecines alternatives à Montréal vient directement pallier aux limites de la biomédecine, non pas dans ses compétences, mais bien plus dans la façon dont elle est agencée actuellement. En ce sens, les médecines alternatives proposent d’autres visions de la maladie et du corps humain que celles prêtées communément par la biomédecine. Aussi, nous avons retenu ici la définition adoptée par Francine Saillant quant aux pratiques alternatives :

« Ensemble des pratiques de promotion de la santé, préventives ou thérapeutiques, adoptées par des professionnels et des non professionnels oeuvrant à l’intérieur ou à l’extérieurs des institutions de santé, et dont l’action tend à rejoindre au niveau de l’approche, les caractéristiques et principes holistiques suivants⁴, seuls ou en association. » (Saillant et al., 1987 : 23)

Dès lors, c’est principalement, et voir strictement, dans le sens de cette représentation prônant une approche « holistique » et non compartimentée de la personne que nous employons ici les termes de médecines alternatives, à moins que nous ne fassions directement référence à l’acupuncture, auquel cas elle sera définie tant dans son approche que dans ses représentations. Par holistique, nous entendons ici et à la manière de Saillant une approche désireuse « de réunir les dimensions de la personne et de l’intervention que l’on considère le plus souvent abordées de manière morcelée et réductrice par les tenants du modèle biomédical de la santé » (Saillant et al., 1997 : 21). Conscient que les médecines alternatives ne constituent pas un tout uniforme, mais qu’au contraire, ses pratiques et conceptions sont tout aussi hétérogènes qu’il y a de spécialités, de branches et de perceptions en biomédecine, il semble important de clarifier ici que nous retenons ce qui leur est généralement commune, à savoir un ensemble de pratiques qui reposent sur « un

⁴ Se référer à l’annexe, où un tableau effectué par Francine Saillant et ses collaborateurs, permettra de mieux appréhender encore les caractéristiques de l’approche holistique versus celles de l’approche biomédicale.

paradigme holistique et non biomédical du fonctionnement du corps humain » (White, 1990 : 153). Et, même si dans son ensemble cette étude ne se confine pas à l'intégration d'un cas unique et isolé de médecine dite « alternative » – mais bien plus à l'intégration de l'alternative dans ce qu'elle représente quant au système « dominant » – la situation de l'acupuncture et de quelques praticiens rencontrés à Montréal vient par ailleurs enrichir et supporter la réflexion de ce mémoire. Davantage appréhendés dans une perspective macroscopique, les enjeux liés à l'intégration de l'alternative au sein du système vont ici pouvoir jouir d'une réalité vécue se situant à un niveau micro, soit à travers une étude de terrain réalisée auprès d'acupuncteurs à Montréal.

D'ailleurs, si notre choix s'est arrêté sur le cas de l'acupuncture à Montréal et plus largement au Québec, c'est qu'il semble être particulièrement pertinent pour notre sujet de recherche étant donné que cette médecine se situe à une conjoncture particulièrement intéressante de son développement. Assurément détentrice d'un statut de conventionnalité supporté à un niveau légal, l'acupuncture ne semble, malgré elle, pouvoir se satisfaire de ce statut comme d'un laissez-passer attestant par la même son intégration, et continue quotidiennement de se démenier pour se faire reconnaître et acquérir une place au sein des institutions publiques de soins et de santé. En bref, et avant d'y revenir plus amplement, l'acupuncture jouissant d'un statut particulier, elle demeure néanmoins une alternative pour le système tel qu'il se manifeste actuellement et il semble pertinent ici d'analyser et de comprendre ce paradoxe à un niveau théorique d'abord et à un niveau pratique ensuite. Aussi, et afin de témoigner au mieux de ce dessein, nous avons analysé nos données en nous appuyant sur une méthode qualitative, laquelle permet dans ce contexte de rester au plus près des réalités décrites par nos acupuncteurs. Trois informateurs montréalais ont été ici retenus pour les besoins de cette étude, préférant de loin orienter nos résultats d'analyse sur la qualité des discours partagés plutôt que sur sa quantité. Trois entretiens d'une durée d'une heure trente approximativement ont donc été réalisés au cours du printemps 2011.

Aussi, et avant de résumer brièvement le contenu des cinq chapitres constituant ce mémoire, nous souhaitons rendre compte de l'élaboration de notre théorie. Car en effet, appuyé par un nombre d'auteurs appréciables tant au niveau de leur potentiel théorique et conceptuel qu'au niveau du caractère de leur réflexion, le thème de ce mémoire semble avoir été amplement alimenté. Ceci dit, quelques auteurs, pour la plupart professeurs, tel qu'Ilario Rossi, Claude Nélisse, Gilles Bibeau, André-Pierre Contandriopoulos, Anthony Giddens, Deena White, Karim Benyecklef, Guillaume Leblanc et d'autres encore ont constitué la toile de fond de cette étude tant au niveau du potentiel intellectuel qu'ils ont su délivrer qu'au niveau de l'inspiration qu'ils ont suscitée en nous dans la motivation à la rédaction de ce mémoire.

Un premier chapitre sera consacré à la mise en contexte historique et social du système de soins et de santé conventionnel. Son évolution à travers les siècles permettra de mieux pressentir le caractère insécable entre l'évolution de la pensée sociale et celle de la transformation dans les façons de faire de la médecine. Tandis que les assises de la « biomédecine » seront ici posées, l'évolution de l'organisation du système de santé au Québec sera partiellement balayé afin d'avoir un panoramique de la situation assez conséquent pour entrevoir la difficulté qu'il y a d'intégrer la nouveauté au sein des pratiques. Enfin, ce premier chapitre posera les premiers jalons de ce mémoire lorsqu'il abordera les répercussions propres au phénomène de la mondialisation sur le système de valeur et de représentations et par conséquent donc sur le domaine médical conventionnel d'une part, alternatif de l'autre.

Le deuxième chapitre de ce mémoire rendra compte de la relation actuelle entretenue entre le système alternatif et le système conventionnel laquelle sera amplement étayée par les apports conceptuels de Deena White d'une part et de Claude Nélisse d'autre part. En effet, et partant de l'idée de l'engouement soudain de l'État pour l'alternative, ce chapitre s'évertuera de démontrer la puissance du mécanisme de reproduction des

représentations dites « dominantes » sur l'alternative qu'elle soit médicale ou juridique. Ainsi, si l'engouement de l'État pour l'intégration de l'alternative peut-être en effet visible aujourd'hui, son assimilation semble par ailleurs l'être beaucoup moins. D'un « illusoire » engouement au démantèlement de ce mécanisme de reproduction Néglise nous permettra de mettre en exergue le pouvoir des représentations sociales sur le maintien de ce mécanisme.

Un troisième chapitre se concentrera davantage sur le cas de l'alternative dans le domaine de la santé. Plus spécifiquement d'ailleurs, il portera une attention particulière sur les représentations dominantes actuelles ayant cours et dans la sphère des professionnels oeuvrant dans le domaine des soins, et dans celle de la population eu égard à la notion de santé. Ces représentations professionnelles et sociales constituent somme toute un enjeu considérable quant à l'intégration d'autres façons de voir, de penser et d'agir face à la santé et à la maladie. Aussi, l'intention de ce chapitre est multiple. Toutefois, l'idée principale est de démontrer par A + B que le rapport de l'État à la santé devenu de plus en plus normatif et s'éloignant ainsi toujours plus des réalités sociales, constitue un obstacle à la réalisation d'un espace intermédiaire désireux de concilier diverses représentations médicales en son sein. Aussi, son défi est de tenter de démanteler progressivement le mécanisme de reproduction des représentations dominantes en cours afin que celui-ci devienne davantage perceptible à la vue de tous; ceci dans le but que la population recouvre un certain pouvoir nécessaire au contrôle de la conduite de l'État et du devenir de la société.

Le quatrième chapitre quant à lui fera état non seulement d'une brève évolution historique de l'acupuncture dans le monde d'abord, au Québec ensuite, suivi d'une présentation théorique quelque peu abrégée – en raison de l'important système de croyance et de représentations sous jacent à cette médecine séculaire. Mais plus encore, il fera état des résultats de notre travail de terrain passé auprès de trois acupuncteurs montréalais. Si ce chapitre caractérise assurément la traditionnelle enquête de terrain que se doit de mener tout anthropologue respectueux de retranscrire le plus fidèlement possible les représentations

des uns et des autres, il va sans dire que celui-ci constitue sans nul doute le pilier de ce mémoire. Car en effet, de la théorie à la pratique, chacun de nos acupuncteurs vient à sa manière faire miroiter l'un ou l'autre des enjeux d'intégration explicité jusqu'ici de façon tout à fait théorique quand bien même bénéficiaire de visions différentes quant aux enjeux auxquels se confronte leur pratique. Ce terrain corrobore ainsi amplement l'existence ainsi que la puissance du mécanisme de reproduction à l'œuvre au sein des institutions dominantes.

Enfin, et non des moindres, le cinquième et dernier chapitre de ce mémoire proposera une réflexion approfondie sur la possibilité même d'instaurer un espace intermédiaire lequel serait plus à même de répondre à un plus large ensemble de besoins et d'attentes; un espace susceptible de concilier scientificité et humanité, Science et Spiritualité. À cet effet donc, trois auteurs viendront ici largement participer à cette réflexion. Et en effet, lorsque deux d'entre eux suggéreront des pistes afin de réorganiser le système médical tel qu'il se conçoit actuellement, notre troisième auteur s'appropriera les limites et enjeux de cette réorganisation en mettant à disposition une théorie, laquelle servira amplement à outrepasser ces dernières contraintes. C'est donc, à travers les apports d'André-Pierre Contandriopoulos qui, de la conceptualisation d'un « système de soins sans murs » à celle d'une véritable « Réforme par l'intégration » mènera à penser ceux de Nélisse qui, de par l'usage d'un outil tel que la Trousse Médico-Légale, nous mènera au cœur d'une technologie sociale à même de décloisonner les rapports entre professionnels venus de divers horizons. Considérant les limites de cette interdisciplinarité pratique, la seconde et dernière partie de ce chapitre s'attachera à mettre à profit la théorie de la dualité structurelle de Giddens dans l'intention d'habiliter les acteurs du système à de nouvelles manières de voir, de penser et d'agir. Ce cinquième et dernier chapitre, dans l'optique de considérer une alliance possible entre les médecines en regard d'une scission qui s'avère quasi-inévitable.

Si nous pensons ici, et à travers ce mémoire, la nécessité d’user d’une approche anthropologique c’est parce que nous sommes certains d’avoir ainsi l’opportunité de mieux appréhender la nature des enjeux sous-jacents à l’intégration de l’alternative. Car en effet, et bien que ces enjeux se perçoivent très concrètement à un niveau structurel et organisationnel, nous ne pouvons faire fi dans ce mémoire de ce que ces enjeux témoignent à un tout autre niveau – ou du moins ce que nous percevons occidental comme étant d’un « tout autre niveau » – soit celui des représentations. Nous considérons par conséquent qu’une perspective anthropologique dans l’élaboration de cette étude est indispensable afin non seulement de saisir la nature profondément scindée de la relation entre l’alternative et le conventionnel. Mais, peut-être plus essentiel encore à ce mémoire, cette perspective alliant le domaine des représentations à son objet d’étude nous permettra de penser ensemble de nouvelles voies pour la réalisation d’une alliance entre nos deux domaines conceptuels.

Chapitre 1

Évolution et représentation de la médecine moderne au cours des siècles : un parcours historique, social et culturel occidental

INTRODUCTION

Si nous avons soutenu dès l'introduction de ce mémoire que l'alternative était en fait le reflet d'un déséquilibre présent au sein du système tel que conçu aujourd'hui, nous allons, à travers ce premier chapitre, étayer davantage cette hypothèse afin de pouvoir poursuivre en bonne et due forme notre raisonnement quant aux enjeux relatifs à l'intégration de l'alternative.

Ainsi, et dans un premier temps, les grandes lignes de la naissance de la médecine en Occident souligneront la progression de la médecine moderne et de ses représentations. Cette évolution, somme toute très brièvement rapportée, permettra de mettre en perspective non seulement ce comment la médecine a évolué au travers le temps et au travers les représentations sociales, mais plus encore ce comment elle est devenue peu à peu ce que Foucault qualifie de « biomédecine ». Ensuite, nous ne pouvons faire ici l'impasse sur l'évolution de la médecine au Québec. Aussi minime soit-elle, cette recontextualisation sera nécessaire afin de mieux se situer face à notre présent sujet sur l'intégration de l'alternative. La situation structurelle, mais aussi représentationnelle dans laquelle baigne la médecine québécoise d'aujourd'hui ne peut qu'être bénéfique à une meilleure appréhension de la place de l'alternative médicale dans le système d'aujourd'hui. Enfin, les conséquences de la mondialisation sur le système de valeurs et de représentations québécois viendront non seulement expliciter nombre de chambardements sociaux et structurels lesquels ont eu un

impact sur l'organisation du système de soins et de santé; mais plus nettement encore ces répercussions démontreront un double phénomène d'ouverture et de fermeture de l'État quant à l'intégration de nouvelles représentations. Ce double phénomène nous conduira ainsi à poser les prémices de notre réflexion, l'alternative étant non seulement résultat de la résistance de l'État au changement, mais plus profondément peut-être de celui de l'asymétrie présente au cœur même des prérogatives de l'État.

1.1 Les grandes lignes de la naissance de la médecine en Occident

1.1.1 Le 18^{ième} siècle : un contexte social et culturel spécifique

La médecine telle que représentée aujourd'hui dans la société Occidentale prend essentiellement forme durant la période du 18^{ième} siècle en Europe. Non pas que la médecine n'existait pas avant cette période, ce serait un leurre de penser que celle-ci apparaît telle quelle, évinçant alors toutes autres formes de soins. Elle est plutôt le fruit d'une longue évolution à la fois historique et sociale (Rossi, 2003) dont nous souhaitons retracer ici quelques lignes directrices afin de rendre compte des représentations principales sur lesquelles repose la médecine d'aujourd'hui.

Le 18^{ième} siècle, communément appelé "Siècle des Lumières", est une période réputée charnière dans l'histoire de l'Homme moderne car elle est en quelque sorte la concrétisation d'un nouveau courant social où la Raison devient dorénavant le principe d'action par excellence (Le Breton, 2008). Les "Lumières" attribuées à ce siècle renvoient à de multiples transformations qui ont marqué l'issue d'une période et l'avènement d'une autre. En effet, se dessine peu à peu de nouvelles représentations lesquels contribueront progressivement à scinder les connaissances et leur représentation.

« Le savoir du corps devient l'apanage plus ou moins officiel d'un groupe de spécialistes. La culture savante qui se met en place autour du 17^{ième} siècle touche une minorité active de la population européenne. Elle transforme peu à peu les cadres sociaux et culturels. Les traditions populaires du guérissage maintiennent leur influence contre vents et marées et préservent des savoirs sur l'homme et le corps puisant à d'autres sources, aux antipodes du savoir anatomique et physiologique. » (Le Breton, 2008 : 79)

Ainsi, l'hégémonie dont bénéficiait l'Église, l'autorité dont jouissaient monarques et clergés ainsi que le système hiérarchique auquel tout un chacun se soumettait au nom de la communauté des siècles durant, furent revendiqués au nom de la liberté individuelle et collective. Liberté qui se qualifiait néanmoins par la Raison comme seul et unique moyen d'émancipation de l'Homme. Dès lors, les institutions religieuses et monarchiques, parties intégrantes de la société d'antan, se sont vues modifier – sur une période plus ou moins longue selon les pays – à la lueur de revendications visant à construire une société fondée sur de nouvelles valeurs telles que la Raison, la science, le progrès et l'individu.

Aussi, si ces mouvements contestataires sont parvenus à triompher et à modifier le cours de la société et de ses principales représentations institutionnelles, ce n'est pas sans compter une lente progression de nouvelles représentations sociales qui tire ses prémises des siècles auparavant. Par exemple, la notion d'individu ne remplace pas celle de communauté du jour au lendemain, mais prend racine au cours du Moyen-âge pour commencer progressivement à se déployer au cours de la Renaissance (Le Breton, 2008). Notion qui aujourd'hui, au 21^{ième} siècle, prend une ampleur telle qu'elle est revendiquée par l'ensemble de nos institutions sociétales comme une valeur profondément ancrée dans la société Occidentale (Le Breton, 2008). C'est dire le long cheminement qui se traduit à travers l'évolution historique d'une pensée sociale particulière avant de véritablement prendre forme dans l'action et ainsi de se manifester dans la matière, soit au sein de la société.

Il en est de même pour ce qui est de l'avènement de la médecine moderne. Fondée essentiellement sur les nouvelles représentations attisées durant le Siècle des Lumières, elle n'en est pas moins le résultat d'une longue évolution précédant cette période. En effet, de nombreuses pratiques médicales ont été recensées depuis lors et reposaient, entre autre, sur les enseignements d'Hippocrate (-500 ans av. J.C) et plus tard ceux d'Avicenne (10^{ième} siècle) ainsi que sur de nombreuses thérapeutiques locales ou régionales qui eurent toutes, à des degrés divers, une influence sur la médecine occidentale telle que pratiquée aujourd'hui. Or, si le 18^{ième} siècle ne participe pas aux fondations et aux construits pratiques de la médecine, elle s'avère pourtant être dépositaire des représentations sur lesquelles elle repose actuellement. En témoigne les conceptions médicales qui reposent sur une vision scientifique du corps malade où données empiriques, rationnelles et objectives ne cessent depuis lors d'être considérées comme seul moyen garant d'une médecine scientifique et performante. Ainsi, toutes institutions traditionnelles de l'époque ne reposant pas sur les nouveaux principes prônés se voient ainsi relégués au domaine de la superstition (Rossi, 2007) en admettant qu'elles ne peuvent se soumettre à ces nouvelles prémices.

1.1.2 Évolution de la pensée sociale et transformation de la vision médicale

Si le Siècle des Lumières a contribué à des mutations importantes dans la façon de penser la maladie et d'ainsi créer une nouvelle organisation des soins de santé en conformité avec cette nouvelle conception, il en va de même pour toutes les structures de l'époque, que ce soit dans les sphères politiques, sociales, économiques autant que dans la sphère culturelle. D'une société fondée essentiellement sur des dogmes religieux et sur un déterminisme reposant sur une volonté divine, elle est dorénavant dominée par l'exercice de la sphère mentale nourrie par l'accumulation du savoir et de la connaissance. Ainsi,

toutes structures se voient modifier et réadapter en fonction de cette nouvelle réalité qui s'est inscrite profondément dans la pensée sociale de l'époque.

En témoigne les principaux bouleversements qui ont eu cours dans le domaine de la médecine. En effet, la maladie perçue jusqu'ici comme issue d'un déséquilibre résultant de l'environnement social, des habitudes de vie de la personne, mais aussi d'influences métaphysiques tout à fait en conformité avec les croyances religieuses de l'époque, est désormais appréhendée comme consécutive d'un dysfonctionnement organique objectif et quantifiable (Rossi, 2007). Il va s'en dire que cette vision n'est pas sans répercussion aucune sur la médecine d'aujourd'hui puisqu'elle en constitue le socle représentationnel. Néanmoins, cette conception n'émerge pas d'un coup, d'un seul, mais prend racine dans la lente progression de la pensée sociale soit, entre autre, de par le processus d'évolution de la vision des corps. À cet égard, Rossi en témoigne de la manière suivante :

« Si pendant longtemps la vision corporelle a entremêlé en elle toutes les influences et a semblé traversée par toutes les forces du monde, notamment cosmologiques, à la Renaissance une révolution des mentalités s'opère : le corps se singularise, révélant des fonctionnements expliqués par son propre « ressort » et par lui seul. De fait, son appréhension se radicalise : jusque-là microcosme de l'expression divine, il est désormais perçu comme corps-objet, au terme d'une séparation entre l'être humain et son enveloppe charnelle. Cette transformation dans le regard n'est pas sans incidence sur les esprits : le corps comme miroir divin n'est plus qu'une métaphore, l'homme n'est plus relié à l'univers de la création, il se sait désormais de chair, d'os et de sang. » (Rossi, 2007 : 15)

Quoi que fussent les raisons influentes sur ce glissement de paradigme, il est dans son évolution au cours des siècles suivant le 18^{ième}, probablement promoteur non seulement d'une scientificisation du corps médical dans son ensemble, mais plus profondément même d'une idéologie moderne fondée sur des préceptes individualistes (Le Breton, 2008). Aussi, cette vision du « corps individuel » émergente s'intensifie lorsqu'au même moment le corps médical s'éloigne du vivant pour s'intéresser aux corps morts. Désormais, la médecine scientifique est née et ce n'est qu'un début considérant l'ampleur des découvertes

scientifiques médicales qui ont été réalisées depuis lors. Tandis qu'auparavant le médecin observait le malade dans son ensemble et lui prescrivait plantes et remèdes appropriés, la maladie prend une toute autre dimension où il convient dorénavant de la neutraliser par la compréhension seule de son mécanisme interne. « La médecine scientifique a expulsé toute référence religieuse de son univers conceptuel, s'affirmant intégralement laïque » nous dit Rossi avant de poursuivre plus avant :

« Face aux tourments humains, la cohabitation entre religions, spiritualités et médecines plaide en faveur de la nécessité d'accorder la confiance autant à l'humanité qu'à la science. » (Rossi, 2007: 25).

Dès lors, et face à l'importance des transfigurations structurelles et sociales, il est relativement aisé de concevoir que les différentes thérapeutiques qui jusqu'ici s'appuyaient principalement sur des connaissances externes au corps humain en tant que tel ont battu en retraite devant l'illégitimité nouvelle conférée à leur savoirs, aussi séculaires pouvaient-ils être. Ainsi, c'est au cours du 19^{ième} et du 20^{ième} siècle que l'écart va se creuser entre ces différentes thérapeutiques et la nouvelle médecine pour se revendiquer par la suite comme antithétique tant dans leur pratique que dans leur représentation. Pour ce faire, la médecine scientifique va se démarquer sans cesse des savoirs « occultes » et traditionnels d'autrefois par l'accumulation de nouvelles connaissances propres au corps humain et à son anatomie, médecine laquelle est qualifiée aujourd'hui de « science biomédicale ».

1.1.3 Assises de la biomédecine et du biopouvoir

Si le 18^{ième} siècle est une période phare concernant la mise en place d'une nouvelle vision de la santé, le 19^{ième} et le 20^{ième} siècle ont largement participé à consolider ces prémices afin de faire de la médecine scientifique, la médecine Occidentale par excellence. À vrai dire le choix d'une autre voie médicale n'était pas d'actualité puisqu'autant dire que les représentations rationnelles, objectives et pragmatiques de la nouvelle vision humaine se révélaient être comme un véritable baume au cœur des aléas de la subjectivité, des croyances et des superstitions humaines de l'époque.

« La médecine représente aussi la source d'immenses espoirs, elle devient synonyme de progrès. Elle semble au milieu du 20^{ième} siècle en mesure de faire oublier les horreurs des guerres. On commence à croire que l'utopie de l'OMS « la santé pour tous en l'an 2000 » est réalisable. »
(Contandriopoulos, 2006)

Autrement dit, la médecine scientifique marquait non seulement le progrès de l'Homme, mais plus profondément son approche singulière du corps humain devenait une source d'espoir inépuisable. La maladie constituant dorénavant une entité distincte de la personne et de son environnement, les possibilités de l'évincer semblaient d'ores et déjà infinies (Rossi, 2007).

Néanmoins, son engouement, aussi naturel soit-il, semble très vite, au cours des siècles suivants, prendre une trajectoire spécifique contribuant toujours davantage à distancier la population de ses connaissances d'une part et de son mécanisme au sein du système d'autre part. En effet, ce décalage se traduit d'abord dans la mesure où le savoir et les connaissances accumulés deviennent de plus en plus spécifiques, de moins en moins accessibles et donc où le diagnostic médical fourni au patient, lui est pour le moins compréhensible. « Dans ce contexte, la médecine prend une place considérable. Elle

devient « *un savoir-pouvoir qui porte à la fois sur le corps biologique et la population* » (Contandriopoulos, 2006). C'est ce que Foucault nomme le « biopouvoir », notion qu'il définit dans les termes suivants : « l'entrée des phénomènes propres à la vie de l'espèce humaine dans l'ordre du savoir et du pouvoir – dans le champs des techniques politiques. » (Foucault, 1994 : 189). En effet, pour l'auteur, l'organisation des pouvoirs sur la vie se dessine selon deux pôles : celui des *disciplines du corps* et celui des *régulations de la population*. Aussi, dans cette réflexion critique Foucault définit l'institution judiciaire comme un moyen efficace de régulation de la société qui œuvre selon « l'importance croissante du jeu de la norme ». Dans ce même ordre de pensée, Burgelin décrit la judiciarisation comme telle : « La société se caractérise par un appel au juge comme un recours nécessaire à la régulation des rapports humains. »⁵.

« Ainsi, si depuis cinq siècles la science a construit progressivement un savoir positif et institué sur le corps de l'être humain et sur la condition humaine, ce n'est qu'au cours du dernier siècle que la médecine et les médecins se sont révélés comme les dépositaires des savoirs de santé, légitimant par là – d'un point de vue scientifique, politique et juridique – leur pouvoir pour s'opposer à ces autres pouvoirs que sont la souffrance, la maladie et la mort. » (Rossi, 2007 : 16)

Qui plus est, cette distanciation entre *savoir* et *pouvoir* semble être consolidé de par la complexité contemporaine dans laquelle s'anime l'ensemble des structures disposants de ces connaissances. En témoigne la multiplication des connaissances, sa classification et sa hiérarchisation au sein d'institutions toujours plus spécifiques à leurs attributs, toujours plus particularisées. C'est ainsi qu'aujourd'hui, nous en sommes venus à légitimer tout savoir institutionnel sans considérer ou bien même reconsidérer la source de ces savoirs (Nélisse, 1993). Émerge alors la notion de pouvoir attribuée aux instances détentrices de ces connaissances. Légitimé, ce pouvoir semble au fil des siècles s'éloigner lui aussi des principaux besoins de la population et constitue de la sorte un enjeu captivant quant à

5 Burgelin, J-F, « La judiciarisation de la médecine », Paris, 10 mars 2003 (lien internet dans bibliographie)

l'écart de plus en plus prégnant entre scientificité et humanité. Selon Foucault, il rend compte : « de la multiplicité des rapports de force qui sont immanents au domaine où il s'exerce, et sont constitutifs de leur organisation. » (1976 : 186). Ainsi, l'auteur développe, au cours de ses écrits, cette étroite relation entre les types de savoir et les stratégies de pouvoir mises en place. Pour Foucault, il ne fait aucun doute que le siècle des Lumières est précurseur de la « biomédecine », soit d'une médecine orientée strictement sur la biologie humaine, ainsi que de ce qu'il nomme le « biopouvoir ». Parallèle intéressant, l'auteur ne manque pas de spécifier le lien entre le pouvoir ecclésiastique d'autrefois et celui dont jouit les institutions contemporaines. Deux auteurs expliquent ce lien de manière très explicite :

« Dans ses travaux à partir de 1978, ces « autres » rapports de pouvoir naissent du développement, globalisant et quantitatif, d'un souci *politique* pour la population. Il l'interprète comme le pendant du renforcement de l'administration du « pouvoir pastoral ». L'État occidental moderne aurait intégré une technique ancienne de relation de pouvoir instaurée par les institutions chrétiennes. Ce pouvoir orienté vers le « salut » de l'individu s'est étendu, avec l'affaiblissement de l'institutionnalisation ecclésiastique, à l'État dans sa forme moderne. Le salut spirituel prend alors une forme terrestre avec les objectifs de santé ou de bien-être ici-bas. Une tactique individualisante s'est déployée, caractéristique de pouvoirs aussi divers que la famille, la médecine ou encore une administration spécialisée comme la police. » (Laborier et Lascoume, 2004)

Pouvoir qui néanmoins, et nous le verrons au cours de ce mémoire, semble prendre forme de manière bien plus masqué aujourd'hui qu'il ne l'était sous l'emprunte de l'Église.

Quelques grandes lignes de l'évolution de la médecine Occidentale ont été tracées dans ce cadre afin de recontextualiser cette étude dans une perspective historique plus large. Perspective essentielle dans ce mémoire, car elle nous permet de mettre en lumière les liens d'interdépendances manifestes entre l'évolution de la pensée sociale et sa mise en œuvre au sein de la société. De la sorte, cette interdépendance nous habilite à penser les notions de médecines, de représentations, de structures, de pouvoir, de besoins de la population et de

pensée sociale comme interdépendantes les unes des autres. Aussi, et afin de cibler davantage le contexte social et culturel dans lequel baigne le présent sujet de l'intégration des médecines alternatives dans le système biomédical, une brève présentation de l'organisation du système de soins et de santé au Québec sera nécessaire pour mener une réflexion approfondie sur ses enjeux.

1.2 Historique de l'organisation du système de santé au Québec

1.2.1 Les prémices du système de santé québécois

Au Québec, l'organisation du système de soins a connu de véritables bouleversements au cours des dernières décennies et plus encore au cours du dernier siècle. Toutefois, et afin de comprendre et d'apprécier la teneur actuelle de ces chambardements, penchons nous dans un premier temps sur ce qu'était la médecine au Québec avant même l'institutionnalisation de la médecine scientifique. Car en effet, d'une médecine axée sur le principe de charité qui révèle alors du domaine du privé et qui s'appuie essentiellement sur l'idéologie religieuse du 18^{ième} et 19^{ième} siècle, la santé devient peu à peu au cours du 20^{ième} siècle un « fait social total » pleinement institutionnalisé (Le Blanc, 2002 : 72), prise en charge par l'État et laïcisée (Lacourse, 2006).

Représentation certes différentes, le Québec d'alors offre une image très pieuse du système médical qu'il semble intéressant ici de rappeler compte tenu de l'accoutumance de tout un chacun à un système de soins et de santé au Québec qui n'a pourtant pas toujours été tel. En effet, de la naissance de la colonie de la Nouvelle-France jusqu'au 19^{ième} siècle, la médecine repose principalement sur le principe de charité et requiert la participation de la communauté dans tout traitement et soins consacrés à un malade (Lacourse, 2006). Communautés familiales, paroissiales ou villageoises, elles étaient toutes dotées de la responsabilité envers leur prochain. Cette responsabilité de source religieuse et morale

semblait aller de soi à une époque où la communauté et les valeurs chrétiennes primaient sur l'individualité. Ainsi, il était coutume, selon le rapport du gouvernement du Québec de 1963, de relever la présence d'un être démuné, infirme, malade, orphelin ou vieillard dans différents foyers dans lesquels ils avaient élu domicile, et ceci même jusqu'au milieu du 20^{ième} siècle dans les milieux ruraux au Québec (Lacourse, 2006). En ce qui concerne les médecins tel que nous les percevons aujourd'hui, soit dotés d'une formation universitaire leur conférant un statut social particulier, ils n'étaient pas nombreux jusqu'au 19^{ième} siècle et réservaient le plus souvent leur savoir-faire à la bourgeoisie et la noblesse (Lacourse, 2006). Par ailleurs, Lacourse rapporte que les chirurgiens-Barbiers dispensaient d'une grande quantité de soins et occupaient une place enviable à partir du milieu du 18^{ième} siècle, période où du statut de gens de métier ils passent à un statut plus émérite car « contraints » de passer un examen devant le médecin du roi. Aussi, tout du long de cette période intermédiaire où la médecine scientifique devait faire ses preuves, l'auteure témoigne de la concurrence qui s'établit alors entre les dons des ramancheurs et guérisseurs d'antan et le savoir des chirurgiens-barbiers et médecins de formation universitaire. Quant aux hôpitaux, Lacourse atteste de leur existence depuis le 17^{ième} siècle, dispensant ainsi leurs services dans le cas où familles et paroisses seraient dans l'incapacité d'aider les personnes dans le besoin; plus spécifiquement donc en raison de crise économique, sociale ou encore épidémique (Lacourse, 2006).

C'est souligner ici l'importance octroyée à la notion de communauté et de tradition dans le Québec de l'époque. En effet, dans ces conditions parfois précaires, le tissu social et communautaire constituait alors des valeurs sur lesquels reposait la constitution de la société québécoise. Aussi, jusqu'au 19^{ième} siècle – « moment où la profession médicale obtient le monopole de soins et de santé » (Saliba, 1994) – la population recourt à plusieurs catégories de soignants et de thérapeutique pourvu que celle-ci puisse bénéficier de ce soutien communautaire qui s'avère essentiel dans la cohésion sociale (Lacourse, 2006). À

ce propos du reste David Le Breton, anthropologue et sociologue, ne manque pas d'établir un lien entre la perte de cette notion de communauté avec celui du corps collectif :

« Le divorce avec le corps au sein du monde occidental renvoie historiquement à la scission entre la culture savante et la poussière des cultures populaires, de type communautaire. L'effacement ritualisé du corps, si typique de la modernité, trouve là ses sources. » (Le Breton, 2008 : 79)

Toujours est-il, et quoique fusse le degré d'emphase porté sur la cohésion et l'entraide sociale avant qu'elles ne perdent de leur valeur, la santé de la population d'alors n'est pas enviable et souffre de multiples maux, notamment de nature épidémique, qui ne trouvent d'issue jusqu'à la fin du 19^{ième} siècle, notamment lors de l'avènement du « mouvement hygiéniste » (Lacourse, 2006).

1.2.2 Sécularisation et bouleversement des représentations, expansion du système médical et Premières Réformes

Ce n'est véritablement qu'au cours de la période suivant la Seconde Guerre Mondiale, dans un contexte de croissance économique et de changements sociaux et culturels considérables, que la santé des populations ne cesse de s'améliorer et que les structures médicales et hospitalières prennent de plus en plus d'ampleur.

« Ce succès, dans les sociétés occidentales, se manifeste par une amélioration extraordinaire des conditions de vie de la population ainsi que par la présence de plus en plus lourde des technologies dans tous les aspects de la vie. Son corollaire immédiat fut l'augmentation sans précédent de l'espérance de vie dans les pays occidentaux [...]. » (Contandriopoulos, 2006)

C'est aussi au cours de cette même période que l'État va peu à peu se couper de l'influence religieuse. Et bien que l'État intervienne de manière plus régulière dans les

enjeux de l'organisation du système de santé, celui-ci repose encore en grande partie sur des principes religieux.

Néanmoins, la sécularisation devient de plus en plus pressante et la volonté d'instaurer une modernisation de la société québécoise va sans contredire dans une période où tout changement social est synonyme d'un monde meilleur. C'est donc à partir des années 60, durant la Révolution tranquille, que les services de santé au Québec deviennent publics et sont dès lors tributaires d'un contrôle étatique (Lacourse, 2006). En une décennie seulement suivant cette Révolution sociale, et sous la première réforme du système médical « Castonguay-Nepveu » (Lacourse, 2006 : 183), le réseau public de la santé et des services sociaux est investi par la plupart des institutions qui le composent aujourd'hui. Vient ensuite plusieurs réformes, évaluations et rapports pour la réorganisation du système de santé (Lacourse, 2006; Contandriopoulos, 2006). Ceci afin d'effectuer des changements et modifications dans les potentiels enjeux auxquels ce dernier se confronte dans son développement. Ainsi, toutes les structures qui gravitent aujourd'hui autour du système médical québécois se sont mises en place au cours de cette courte période.

C'est donc dire que le système de santé a connu une véritable expansion en dépassant les structures strictement biomédicales pour s'investir et élargir son influence sur l'ensemble des structures sociétales (Le Blanc, 2002).

1.2.3 Interdépendance des structures et difficultés d'intégrer la nouveauté dans un système étatique.

Évidemment, ces structures politiques, économiques, juridiques et sociales ne sont pas exemptes de toute influence, elles s'investissent de toute part dans l'organisation du système de santé et ne sont pas sans contraintes lorsqu'il s'agit de le réformer ou d'en changer quelques modalités (Le Blanc, 2002).

Par exemple, dans les années 2000, le concept des « réseaux de services intégrés » est conceptualisé et proposé afin d'atteindre différents objectifs (Lacourse, 2006) dont celui de : « recentrer les services autour du client par le décloisonnement des établissements et des professionnels et améliorer pour celui-ci l'accès des services ». Ce concept est ainsi réfléchi afin de faciliter la continuité des soins avec un système de liaison, de mettre en valeur les interrelations entre les équipes soignantes, de favoriser le partage d'information et d'ainsi assurer une « complémentarité interprofessionnelle et inter organisationnelle » (Langlois et coll., 2003) au profit du patient comme du professionnel. Cependant, aussi novateur et profitable puisse-t-il être, l'intégration de ce concept n'est certainement pas plus libre des interdépendances au sein du système qui traduisent obstacles et difficultés quant à l'insertion de nouveaux modèles. En effet, les différentes structures, parties intégrantes de l'organisation du système de santé, semblent rendre délicates l'adaptation du concept de « réseaux de services intégrés » puisqu'il suppose 1. La remise en question et peut-être même le démantèlement de certaines modalités telles que la perte d'autonomie des établissements et des professionnelles, 2. La mise en branle des rapports hiérarchiques à l'intérieur de chaque établissement et 3. Il requiert un investissement économique pour de nouvelles ressources dans un contexte budgétaire limité.

Ceci n'est qu'un exemple afin de démontrer la complexité du milieu organisationnel dans lequel s'inscrit le système de santé contemporain, mais il est en définitive à l'image de la difficulté à intégrer des changements au sein des pratiques et institutions conventionnelles, qu'elles soient biomédicales ou non.

Ainsi, les structures organisationnelles qui composent aujourd'hui le système de soins et de santé au Québec se sont développées à travers les initiatives de modernisation de la province soit, de par la volonté de se dégager de l'emprise ecclésiastique sur la population, de créer un État-providence et, de par le phénomène successif à l'idéologie

religieuse, de mettre en œuvre une idéologie davantage rationnelle, soit dénuée de toute connotation qui soit de l'ordre des croyances et du domaine des superstitions.

Ce nouvel ordre étatique, s'il ne prétend se fonder sur des valeurs religieuses, n'en est pas moins colporteur de représentations. Et en effet, la biomédecine se forme, non seulement sur une idéologie institutionnelle (Le Blanc, 2002 : 72), mais plus largement sur une idéologie libérale capitaliste et résulte tout autant que les autres systèmes médicaux existants d'un construit culturel porteur de croyances et de praxis (Gaines et Davis-Floyd, 2003). En témoigne, la course au développement et au progrès technique, la segmentation des savoirs, la création d'une panoplie de spécialités médicales, et toute autre disposition fondée sur des valeurs particulières qui investissent de part et d'autre le système biomédical. Nous reviendrons sur ces phénomènes spécifiques au domaine de la santé dans les chapitres suivants lorsque dotés de quelques éléments constitutifs des représentations dominantes circulant au sein de la société occidentale. Pour cela, il est tout d'abord quasi-indispensable de témoigner de quelques bouleversements engendrés par le phénomène de mondialisation tant ils constituent un poids considérable dans les tensions actuelles entre scientificité et humanité.

1.3 Conséquences de la mondialisation sur le système de valeur et de représentation illustré dans le domaine médical.

1.3.1 Le phénomène d'immigration au Québec : de nouvelles portes ouvertes sur le monde

Une des conséquences les plus connues du fait de la mondialisation est sans aucun doute le phénomène lié à l'immigration. En effet, du 20^{ième} siècle jusqu'à nos jours les flux migratoires ont prit des proportions telles dans certains pays d'accueil qu'ils ont largement

participé à remettre en question l'organisation sociale et structurelle de la société (Rossi, 2003). Un des rapports de Statistique Canada⁶ témoigne de la situation en ces termes :

« Au cours des 100 dernières années, plus de 13 millions d'immigrants sont arrivés au Canada pour s'y bâtir une nouvelle vie, faisant de notre pays l'un des plus diversifiés sur le plan ethnique au monde »

Au Québec par exemple, le taux d'immigrants n'a cessé de se multiplier depuis les trente dernières années, la ville de Montréal illustrant de loin le berceau de cette pluralité ethnique (Fortin, 2004). En effet, au cours de l'année 2007, l'île de Montréal accueille 32 600 immigrants sans compter ceux et celles qui partent demeurer dans les environs directs de l'île. Ainsi, entre 1987 et 2007 le Québec accueille au total 750 000 nouveaux venus, dont 83 % qui élisent domicile à Montréal. Alors que dans l'année 2006, le Québec accueille 31 800 immigrants, l'année 2011 reçoit quant à elle 38 315 de ces nouveaux venus⁷. Autant dire que ces statistiques justifient amplement l'étiquette de « ville multiculturelle » attribuée le plus souvent à Montréal tout comme le fait qu'il est indéniable que son visage s'est vu largement transformé par ses nouveaux occupants issus des quatre coins du monde (Fortin, 2004).

Et en effet, les chambardements conséquents de ce nouveau phénomène semblent s'être manifestés de deux manières différentes au Québec. Il s'agit, d'une part, d'un bouleversement d'ordre structurel, lequel semble s'être opéré très vite dans la mesure où nombres d'institutions ont dû faire preuve d'ouverture quant à l'introduction des immigrants. D'autre part, il s'avère que cette même ouverture établie en retour à un niveau social se dessine de façon telle qu'elle engendre certaines résistances de la part de l'État. Résistances de ses institutions sur lesquelles nous reviendrons d'ailleurs plus avant suite à

⁶ Statistique Canada : http://www41.statcan.gc.ca/2007/30000/ceb30000_000-fra.htm

⁷ Montréal en statistique :

http://ville.montreal.qc.ca/portal/page?_pageid=6897,67885704&_dad=portal&_schema=PORTAL

un bref développement sur certains éléments habitants l'insertion des immigrants au sein du pays.

En témoigne les nouvelles politiques mises en œuvre visant à une meilleure intégration de ces derniers et où l'adaptation des institutions à une pluralité ethnique est alors considérée suivant les principes de reconnaissance et de tolérance sous-jacents à la logique démocratique en cours. Référant ici aux politiques d'immigration et d'intégration du Québec, disponibles en ligne⁸. Cette ouverture nécessaire à l'insertion des nouveaux venus ainsi que les efforts fournis afin de leur offrir un accueil satisfaisant rendent compte en premier lieu d'un Québec soucieux de son environnement social. Et, effectivement Montréal présente dorénavant « un visage hétérogène auquel les institutions publiques doivent faire écho, notamment dans le domaine de l'enseignement, des services sociaux et de santé. » (Fortin, 2004 : 92). Dès lors, ces adaptations supposent l'ouverture du système à la prise en considération de représentations culturelles, sociales et politiques différentes des représentations québécoises occidentales.

« Le contexte mondial tend à se modifier, et ce avec rapidité. Les transformations sociales et culturelles dont il fait l'objet induisent un renouvellement du rôle et du statut des professionnels de la santé. En ce sens les compétences médicales et soignantes, caractérisées par la rigueur du travail relationnel et clinique, s'élargissent progressivement afin d'intégrer les dynamiques de mutations sociales. » (Rossi, 2003 : 2039)

Dans le domaine médical, nous pensons ici par exemple à des pratiques d'ajustements qui ont eu lieu au cours de ces vingt dernières années au Québec et qui résultent en grande partie de ces nouvelles exigences culturelles et sociales, soit de par la conceptualisation de nouveaux modèles d'intervention médical⁹. Modèles qui cependant ne

⁸ L'encyclopédie canadienne :

<http://www.thecanadianencyclopedia.com/index.cfm?PgNm=TCE&Params=F1SEC860919>

⁹ Le modèle culturaliste, le modèle social et le modèle centré sur le patient sont trois modèles conceptualisés à l'issue de transformations sociales et culturelles afin d'être appliqués dans un ensemble d'institution de santé.

semblent pas avoir bénéficié d'un espace suffisant à une plus large expansion de sa mise en pratique dans la sphère médicale – en dépit de la prise en considération de facteurs multiples influant sur le mal-être individuel et collectif. Enjeu somme toute récurrent au cœur du système structurel, nous y reviendrons plus en détail dans la partie suivante grâce à l'exposition du second bouleversement conséquent de la pluralité ethnique, lequel joue un rôle central dans la résistance allouée aux adaptations et pratiques conceptualisées.

1.3.2 Le phénomène d'immigration : une conscientisation sociale, un danger pour le système ?

En effet et quoique fût la teneur des dispositifs mis en place pour son intégration, l'immigrant constitue certes un élément d'ouverture considérable, mais il est tout aussi et sans conteste, dans ce qu'il représente – directement ou indirectement – une source de perturbation plus ou moins importante au sein de l'organisation du système québécois.

Porteur de représentation et système de valeur autre, le nouvel arrivé de par l'implication même de sa présence – soit de par les relations sociales qu'il va développer avec son environnement, mais aussi de par ses besoins, ses attentes, ses demandes, etc. – va inévitablement partager sa vision de la réalité à travers son quotidien. Autrement dit, même si le désir premier de l'immigrant est de s'intégrer au sein du système de valeur et de représentation propre à son pays d'accueil, sa propre conception va nécessairement influencer en retour sur le cours de la pensée sociale locale. Plus profondément encore les codes culturels, le système de valeur ainsi que les *habitus* de l'immigrant viennent à mettre en exergue les représentations sur lesquelles se fonde sa société d'accueil. Ainsi donc les représentations culturelles et sociales québécoises, sans l'apport d'autres conceptions du monde et de la société, n'auraient certainement pas le loisir d'être aujourd'hui réfléchies par sa population. Si cette conscientisation est partagée à des degrés très divers au sein de la société québécoise, elle offre par ailleurs l'avantage de pouvoir reconsidérer nos façons

d'être, de penser et d'agir avec un certain recul afin d'éventuellement concourir à des modifications si nécessaires et/ou à des adaptations au besoin.

Cependant, et malgré les multiples avantages propres à cette nouvelle prise de conscience consécutive de l'internationalisation des rapports sociaux, celle-ci semble autrement plus complexe dans sa gestion étatique que ne l'est la simple adaptation à de nouvelles politiques d'intégration en vigueur au sein des institutions. Autrement dit, ce bouleversement manifeste au niveau des consciences individuelles et collectives s'il semble se propager au Québec sans résistance majeure à un niveau social, il semble en aller tout autrement lorsqu'il s'agit d'incarner ces nouvelles réalisations au sein de la structure, soit dans la matière. Et c'est ce que nous souhaitons mettre en exergue dans ce mémoire.

Témoin pratique de cette résistance au changement dans la sphère médicale, l'instauration de ces nouveaux modèles évoqués rapidement ci dessus et répondant aux nouveaux besoins résultant de ces prises de consciences. En effet, ces nouvelles approches médicales ont été conceptualisées afin d'être intégrées dans les prérogatives du professionnel de santé envers son patient. Connues sous des appellations telles que le modèle centré sur le patient, le modèle culturaliste ou encore le modèle social et familial (Levenstein, 1986), ils sont en vigueur depuis une vingtaine d'années au Québec et se sont implantées depuis dans certains hôpitaux ou CSSS, notamment au sein du service pédiatrique de l'hôpital Ste-Justine¹⁰ à Montréal. Ces approches résultent, en grande partie, d'investigation et de résultats de recherches menées en sciences humaines et sociales sur les défis et enjeux auxquels se confronte le système de soins et de santé. Modèles novateurs au sein du système biomédical ils ont l'avantage d'ouvrir les frontières séparant le biologique du social pour réinvestir la personne et sa maladie au sein d'un modèle non plus unidimensionnel, mais multidimensionnel. Ces différentes approches – si elles ne sont

¹⁰ Voir le département de pédiatrie et d'anthropologie de l'Université de Montréal, lequel s'évertue d'appliquer des modèles d'intervention, lesquels tentent de mieux répondre aux réalités auxquelles médecins et intervenants se confrontent.

détaillées davantage dans le cadre de cette étude – ont pour attributs de réintégrer une dimension relationnelle qui jusqu’ici semblait se substituer à de nouveaux impératifs que nous aborderons directement dans la partie suivante ainsi que tout au long de cette étude.

Toutefois, et nous l’avons insinué plus avant, ces nouvelles dimensions – bien que répondant à un besoin tangible au sein de la population – n’intègrent pas l’ensemble des hôpitaux, ni moins encore l’ensemble des services médicaux et leurs mises en pratique demeurent encore fragiles. Alors même que ces modèles prouvent que la prise en considération du patient, de son environnement social et culturel tout autant que celui de son mal-être est indissociable à l’optimisation d’une alliance thérapeutique.

Il est certain que face à une telle contradiction entre les besoins populationnels, la mise en œuvre d’une pratique y répondant et le faible espace envisagé par l’État pour y répondre, la question se pose inévitablement : D’où survient cette forme de résistance à l’intégration de pratique qui font davantage écho aux besoins du patient si ce n’est de la population elle-même ? Par conséquent, et dans une société démocratique de surcroît, qu’est-ce qui fait obstacle à l’intégration de nouvelles pratiques alors même que le Québec possède une ouverture sans précédent dans ses politiques d’intégration ?

1.3.3 D’un État providence à l’instauration d’un État de Droit : Un nouvel équilibre à trouver au cœur des représentations québécoises

De répondre à ces questions suppose d’aborder ce double phénomène – ouverture de l’État québécois d’une part et résistance de l’autre – moins dans l’incohérence dont il fait preuve que dans le reflet d’une contradiction plus profonde qui siège au sein même des prérogatives de l’État. En effet, nous constatons ici que cette dualité n’est pas propre au

phénomène d'intégration en tant que tel sinon qu'elle est à l'image des contradictions les plus manifestes et des déséquilibres les plus probants au sein de l'État.

Gilles Bibeau, anthropologue médical et auteur de nombreux écrits relatifs, entre autres sujets, à la souffrance sociale dans les sociétés de type néolibérale, témoigne à cet effet de l'écart qui se dessine toujours plus clairement entre l'État de Droit et l'État social (Bibeau, 2008) et que nous considérons clef dans la manifestation de cette dualité relative à l'intégration de nouveaux modèles et de nouvelles pratiques. Ainsi, l'auteur rend compte explicitement que l'État de Droit prend à bien des égards le dessus sur l'État social (Bibeau, 2008). Plus explicitement encore, n'ayant pas de véritable existence dans l'État, la question sociale et la défense de ses valeurs se voient le plus souvent reléguée aux différents organismes caritatifs (Bibeau, 2008).

« La nouvelle politique d'activation des exclus se donne, tout en coûtant moins cher à l'État, des airs humains grâce aux interventions compassionnelles de ces nouveaux ordres mendiants que sont les organisations communautaires et les ONG » (Bibeau, 2008)

Tandis que l'État de Droit, assurant les protections civiles avant même de se préoccuper des répercussions sociales, légitime sa prédominance par les valeurs néolibérales sur lesquelles il appuie ses interventions (Benyeklhef, 2008). Il va sans dire que cet état de fait participe non seulement à la création du double phénomène – ouverture-fermeture du système – mais plus encore à la création de nouveaux mouvements sociaux venus pallier à cette insuffisance significative dans le pouvoir octroyé au niveau social.

« Les États néo-libéraux se trouvent aujourd'hui pris entre deux feux : d'une part, ils doivent se mettre au service du projet néolibéral, et pour cela réduire les impôts des plus riches et les coûts salariaux des entreprises, afin de favoriser leur compétitivité sur les marchés mondiaux; d'autre part, ils doivent contrôler les effets néfastes de ce modèle afin qu'ils ne rendent pas la vie commune impossible et qu'ils ne détruisent pas complètement les plus faibles de la société. » (Bibeau, 2008)

En effet, nous comprenons en regard de ce déséquilibre que la conception et l'intégration d'une nouvelle pratique dont l'intention première est de répondre directement aux besoins sociaux ne bénéficie pas de la même influence qu'une intervention répondant en premier lieu aux prérogatives de l'État de Droit. Sans vouloir porter préjudice à ces dernières prérogatives qui – pensons nous – ont des avantages comme des inconvénients, notre souhait est de souligner ici cette disparité troublante entre ces deux forces. Disparité d'autant plus marquée que les besoins individuels prônés par l'État de Droit répondent à une logique néolibérale mondiale (Benyeklhef, 2008) à laquelle chaque État occidental doit se soumettre.

« Dans tous les cas de figure, la structure et le mode de fonctionnement de l'État sont de plus en plus sous l'influence de règles et d'institutions internationales, ce qui limite considérablement leur souveraineté ». (Benyeklhef, 2008).

En regard de ces nouveaux impératifs mondiaux Karim Benyeklhef, professeur et directeur du Centre de Recherche en Droit Public (CRDP) à l'Université de Montréal, rend compte du peu de marge de manœuvre des États dans la résolution des problèmes et revendications sociales se déclarant à l'interne (Benyeklhef, 2008). Plus encore l'auteur tend à remettre en question les valeurs et intentions qui guident le socle idéologique sur lequel repose ce nouvel État Mondial.

« Il convient néanmoins de s'interroger sur l'étendue des prétentions idéologiques véhiculées par ces nouveaux concepts globaux afférents au développement du droit international des droits de la personne. » (Benyeklhef, 2008)

Il apparaît donc encore plus clairement à travers cette nouvelle dépendance, conséquente du phénomène de mondialisation, que l'introduction d'éléments qui ne peut servir en premier lieu les intérêts sous jacent à cet État mondial n'est pas sans obstacle aucun quand bien même son intention est approuvée par la collectivité. Ainsi, et afin que la nouvelle conception puisse bénéficier d'une existence quelle qu'elle soit, son ou ses

concepteurs se doivent de considérer des moyens d'intégration répondant à ces nouvelles obligations, si ce n'est envisager une existence inscrite dans une réalité sociétale moins « orthodoxe », soit dans la non conventionnalité de sa mise en œuvre, plus couramment connue comme « système alternatif ».

Assurément tirillé entre ce que Benyekhlef nomme « la socialisation mondiale », soit l'internationalisation de « normes capables d'encadrer et de règlementer » les nouvelles relations en cours et la volonté de créer un espace qui répondent aux besoins de tout un chacun, l'État québécois se trouve donc être à un interstice particulièrement intéressant de son développement. Conséquence directe de cette dualité présente au cœur des représentations québécoises nombreux semblent être les mouvements alternatifs à vouloir supplanter cette résistance contraignante à l'intégration d'autres savoir-faire et modes de pensées. Venus en quelque sorte pallier à certains déséquilibres probants au sein du système pensons nous, ces différents mouvements, parfois même “excessifs” dans l'alternative revendiquée, semblent toutefois constituer une réponse face au système conventionnel, lequel semble rester quasi-imperméable à la mise en œuvre de changement qui pourrait de près comme de loin remettre en cause les représentations inhérente à ses fondations.

« Les médecines complémentaires, en valorisant la portée du sujet répondent, chacune avec ses spécificités, aux changements et aux mutations en cours sur notre planète. Elles mettent en relief les dissonances cognitives et existentielles qui touchent le pouvoir des sciences, notamment biomédicales, les valeurs et les normes sociales, le sens des trajectoires quotidiennes, des qualités éducatives et professionnelles que notre société impose de plus en plus massivement aux individus qui la composent. » (Rossi, 1994)

Par conséquent, nous comprenons bien ici l'ampleur que peut prendre ce phénomène sur notre réflexion quand aux enjeux relatifs à l'intégration des médecines dites « alternatives ». Car en effet, si l'intégration d'une pratique médicale conceptualisée par le biais des sciences humaines et sociales – soit de par une instance légitimée en tout point par

l'État – se heurte à cette résistance, que penser alors de l'intégration de pratiques se référant à des représentations autres ?

Aussi, bien que cette troisième partie ne touche pas directement aux enjeux d'intégration de l'alternative au sein du système, ce détour n'en est pas moins essentiel puisqu'il met en contexte le pourquoi du développement de l'alternative et annonce par là même la nécessité, mais aussi la complexité qu'il y a de créer un espace intermédiaire. Espace où puisse se concilier différentes valeurs et représentations sans que les unes ne soient affligées du trop grand pouvoir dont bénéficie les autres et puisse ainsi réduire ce grand écart créé entre besoins et attentes de la population et réponses apportés par l'État.

CONCLUSION

Après avoir esquissé dans les deux premières parties de ce chapitre un portrait assez global de l'évolution de la médecine contemporaine du 18^{ième} jusqu'à nos jours en passant par le cas du Québec, nous avons tenté d'illustrer dans sa dernière partie et du mieux possible les conséquences du phénomène de mondialisation sur l'intégration de nouvelles approches médicales. Aussi, et s'il apparaît plutôt clairement que le système médicale conventionnel a des difficultés à intégrer d'autres approches médicales tout aussi conventionnelles, il va sans dire que l'intégration de l'alternative en son sein est difficilement envisageable. Aussi, et en regard de ce double phénomène ouverture-fermeture du système nous en sommes peu à peu venus à établir un lien entre l'État de droit et l'État social. Le rôle de l'État étant quelque peu partagé entre ses récentes prérogatives internationales – lesquelles semblent-être défendues à travers l'État de droit (Benyeklhef, 2008) – et ses devoirs sociaux – lesquels relèvent davantage d'un État social (Bibeau, 2008) – nous avons en effet insinué que l'asymétrie de ses pouvoirs était probablement à l'origine de ce double phénomène. L'État social ayant ainsi moins d'ascendant que l'État de droit (Bibeau, 2008) l'alternative serait donc et par conséquent, ce mouvement social, résultat de

ce déséquilibre, lequel intègre en son sein des valeurs et représentations qui ne peuvent avoir libre cours dans le domaine conventionnel tel que conçu actuellement. Autrement dit, l'alternative médicale se présente ici comme un moyen de pallier aux manquements présents dans la structure biomédicale.

Dès lors, et dans le but d'étayer plus encore ces derniers propos, le chapitre suivant portera son attention sur la relation entretenue actuellement entre le système conventionnel et le système dit « alternatif ».

Chapitre 2

Relation entre le système alternatif et le système conventionnel : un semblant d'ouverture

INTRODUCTION

Au Québec, une série de mouvements sociaux venus se constituer en réponse au trop grand pouvoir accordé aux institutions de l'État n'a cessé de se développer depuis les années 60 (Olivier, 1990). En effet, et si l'émergence de ces mouvements dits « alternatifs » coïncide de très près avec l'avènement de la Révolution tranquille, cela ne relève pas du simple hasard, si ce n'est de l'intention d'abord de crier gare devant le pouvoir collectif et individuel de plus en plus mandaté par les institutions ecclésiastiques de l'époque. Depuis lors, ces différents mouvements n'ont eu de cesse d'évoluer constatant par la suite les dessous de l'État providence. Dissimulant en effet ce même pouvoir – autrefois monopolisé par l'Église – c'est au tour des instances et de la professionnalisation d'être décriées par ces différents mouvements contestataires, marquant ainsi le 21^{ème} siècle d'une dualité représentationnelle manifeste de par un face à face entre un double système. L'un conventionnel, c'est à dire conforme aux usages établis entre deux ou plusieurs partis¹¹. L'autre alternatif et le plus souvent non conforme aux règles et aux normes professionnelles prônées par l'État (White, 1990). Tandis que l'un – et nous le verrons tout du long de ce mémoire – semble faire davantage écho aux impératifs instaurés par l'État de droit; l'autre semble manifestement tenter de répondre à des prérogatives d'ordre social. Le fait demeure pourtant que cette scission semble continuer de creuser l'écart entre besoins et attentes de la population et réponses apportées par le l'État.

¹¹ Selon la définition du Centre National de Ressources textuelles et Lexicales [en ligne]
<http://www.cnrtl.fr/lexicographie/conventionnel>

En regard de ce constat, et sans vouloir porter de jugement sur l'un ou l'autre de ces systèmes tant ils détiennent selon nous un potentiel complémentaire, ce chapitre portera sur la nature de la relation entre l'alternatif et le conventionnel. Nous verrons à cet effet à quels enjeux exactement se mesure l'intégration de l'alternative. De ces enjeux de pouvoir, nous constaterons plus profondément l'instauration d'un mécanisme de reproduction des représentations dominantes. Qui plus est, ce mécanisme supporté et maintenu par les représentations sociales, il deviendra dès lors nécessaire de repenser nos propres représentations pourvu que notre optique est celle de conceptualiser un espace de conciliation entre ces deux systèmes à défaut de cette scission dans laquelle il se trouve à manœuvrer actuellement.

2.1 Système alternatif et système conventionnel : une dissimulation de ses enjeux

2.1.1 Développement croissant du système alternatif au Québec : un face à face représentationnel

Avant de pénétrer au cœur de ce face à face représentationnel et d'en saisir les soubassements, revenons au préalable sur les événements marqueurs de ce double phénomène. En effet, depuis la Révolution Tranquille et la mise en œuvre de nouveaux principes issus de l'État-providence, lesquels ont sans aucun doute encouragé la population à être de nouveau acteur de l'évolution de leur environnement, de nombreux mouvements protestataires ont eu cours au Québec, que nous pensions ici au mouvement féministe s'insurgeant contre le patriarcat ou bien au mouvement hippie se constituant en réaction au trop grand pouvoir accordé aux institutions sur le devenir de l'homme (Olivier, 1990). Ces revendications sont autant d'exemples influant sur la mise en œuvre de l'alternative, que celles-ci soient d'ordre médical ou non. Aussi, une autre tendance propre aux années 70

dont l'intention est de rééquilibrer la balance des pouvoirs investis sur l'être humain est assurément celui que nous qualifions communément de mouvement « New-Age » (Ferreux, 2001). En effet, et fort de son influence sur la floraison de tout un éventail d'approches alternatives – notamment dans le domaine de la médecine – ce mouvement se démarque de par la volonté de changement et de transformation de la société, de par « l'émergence d'une société dite alternative et holistique associée à un retour à la nature et à des valeurs de liberté, d'égalité, de démocratie » (Ferreux, 2001). Qui plus est, certaines alternatives se sont développées suite à des courants de contre-culture amorcés alors par quelques activistes. Tel est le cas, par exemple, du développement de certaines médecines alternatives qui revendiquaient alors une trop grande médicalisation de la société (celle des naissances par exemple).

L'alternative prenant ainsi forme dans tous les domaines de la vie en société, que ceux-ci soient politiques, économiques, juridiques, sociaux ou encore médicaux, elle se développe toujours de manière plus ou moins légale parallèlement à sa forme conventionnelle. Dualité omniprésente dans la quasi-totalité des sphères de la société, l'alternative et le conventionnel semblent constituer dorénavant les deux faces d'une même société. Toutefois, malgré la coexistence de ces deux domaines conceptuels cette situation ne semble pas avoir été plus définie au fil du temps, sinon qu'elle semble avoir été maintenue dans une certaine ambivalence, laquelle laisse libre cours à l'interprétation de chacun quant à l'existence de l'alternative au sein du système (Nélisse, 1992). Plus encore, ce « flou constitutionnel » entretenu autour de la coexistence entre l'alternative et le conventionnel semble même laisser planer l'idée répandue selon laquelle l'État québécois s'ouvre toujours davantage à la différence (White, 1990). La non reconnaissance de la nature alternative semble ici même substituée par une prétendue intégration de cette dernière mise en exergue par un engouement de l'État face à ses méthodes (White, 1990; Nélisse, 1992). Ceci en laissant à la fois se développer quelques alternatives à leur forme conventionnelle, et/ou en adoptant, de plus en plus quelques unes de leurs approches et

techniques afin d'en faire usage lorsque nécessaire dans le champ des pratiques conventionnelles (White, 1990).

Par ailleurs, si cette idée répandue selon laquelle l'État québécois s'ouvre toujours davantage à la différence s'appuie sur des faits concrets qui peuvent notamment s'expliquer par l'insertion de méthodes et d'approches alternatives conséquentes de ce nouvel enthousiasme, notre scepticisme lui porte plutôt sur ce soudain engouement (White, 1990; Nélisse, 1992). En effet, et considérant 1. Le double phénomène d'ouverture et de résistance de l'État quant à l'intégration de pratiques et de représentations différentes au sein de ses institutions 2. La nette prédominance d'un État de Droit sur un État social contribuant à ce double phénomène et 3. La pression des nouvelles prérogatives d'ordre international sur les décisions de l'État de Droit – lesquelles doivent-être en conformité avec la logique néolibérale – nous sommes ici en mesure de nous demander quelle est donc ici la portée d'un tel engouement ? Autrement dit, et tenant compte de tous les enjeux précédents qui, nous l'avons déjà mentionné, ont largement contribué au développement de système alternatif, quel est donc ce nouvel intérêt de l'État à vouloir insérer des pratiques ne répondant ni aux mêmes exigences, ni aux mêmes valeurs encouragées par ce que Benyekhlef nomme « la logique néolibérale mondiale » ? Pouvons nous réellement penser qu'il y a effectivement *diversification* et *ouverture* dans les paradigmes de l'État ou bien faut-il voir conspiration ? À cette dernière question nous souhaitons, dans le cadre de cette étude, toujours pondérer notre argumentation par la recherche de concepts et de propos d'auteurs considérant les deux pôles de cette interrogation à savoir, jamais que *diversification* et *ouverture* des paradigmes comme jamais que « conspiration ».

Afin donc de répondre adéquatement à cette série de questionnement, nous ne pouvons faire l'impasse sur les apports conceptuels d'auteurs tel que Deena White et Claude Nélisse, tous deux impliqués dans ce phénomène de pluralité des pratiques. Phénomène semble-t-il tout à fait étonnant en regard des enjeux soulevés ci-dessus, White contribuera à rendre la nature de cette relation plus compréhensible, sinon moins ambiguë,

de par l'exposition de différents mécanismes en jeu dans la relation. Tandis que, dans une seconde partie de ce chapitre, une double conception de l'existence des méthodes alternatives mise en lumière par Nélisse nous fera l'offre d'un discernement plus acerbe quant au pourquoi du maintien de ce « flou constitutionnel ».

2.1.2 Entre différenciation et uniformisation : la culture et le pouvoir (D. White)

Deena White, sociologue, chercheure et professeure titulaire à l'Université de Montréal, écrit en 1990 un article intitulé : « Le Pouvoir de la Culture : les aspects politiques de l'intervention en santé mentale ». Cet article contribue ici à mettre en exergue certains enjeux sous-jacents de l'espace octroyé aux méthodes alternatives dans le champ des interventions en santé mentale. Il rend compte à cet effet des mécanismes de pouvoir et de reproduction dissimulés dans la relation entre le conventionnel et l'alternatif. Relation qui, dans ce contexte, est reflétée à travers l'introduction du modèle « bio-psycho-social » dans le champ des interventions en santé mentale.

Intervention dite alternative, son intégration parmi un ensemble de pratique biomédicale de type psychiatrique semble de toute évidence rendre compte d'un système qui s'ouvre à l'hétérogénéité nouvelle de la société, témoin dorénavant « de la mise en accusation du paradigme biomédical monolithique » (White, 1990 : 149). Cependant, face à cette diversification nouvelle dans le panel des interventions proposées en santé mentale, l'auteure s'interroge aussitôt sur la teneur de cette hétérogénéité et pose sa question principale comme suit : « s'agit-il d'une diversification réelle ou illusoire du champ de l'intervention en santé mentale ? » (White, 1990 : 149).

À cela, White nous démontrera, tout au long de son article, à travers un discours minutieusement argumenté, que cette diversification dans les pratiques par la soi-disant

« intégration » de méthodes alternatives est un phénomène plus complexe qu'il n'y paraît à première vue. Effectivement, partant du principe que « dans une société comme la nôtre, composée de groupes sociaux hétérogènes, la « différence » se heurte continuellement à la tendance vers une « convergence culturelle », vers l'uniformité » (White, 1990 : 149), l'auteure ne peut-être entièrement dupe quant à cette diversité résultante d'une soudaine ouverture dans les représentations de l'État – tout comme nous ne pouvons être crédule compte tenu des enjeux soulevés à la fin du chapitre précédent. Et, si l'auteure ne clame pas explicitement que cette diversification n'est qu'illusion, elle ne manque pas par ailleurs d'en poser la question à plusieurs reprises.

Ce semblant d'ouverture est supporté ici de par la mise en perspective d'une dialectique considérée clé dans la relation entretenue entre le conventionnel et l'alternatif. Dialectique motrice – à plus ou moins long terme – de l'uniformisation de la diversité, elle met en lien deux concepts, soit celui de « culture » et celui du « pouvoir ». La culture y est définie ici comme ce qui permet d'appréhender les différences entre acteurs, soit « les ensembles de croyances, de valeurs et de normes qui structurent leurs façons divergentes de voir, de penser et d'agir. » (White, 1990 : 151). Tandis que le pouvoir est perçu comme ce qui contribue à la dynamique des rapports entre acteurs sociaux et qui les lie « dans une relation de dépendance et d'autonomie relative (Crozier, 1977; Giddens, 1984; Pappas, 1990)» (White, 1990 : 151). Appréhendée alors sous l'égide de la structuration de Giddens (Giddens, 1984), l'interaction immanente entre ces deux ressources participe à ce que White nomme « la reproduction, dans une nouvelle forme, de l'hégémonie ou « consensus culturel », professionnel et médical. » (1990 : 150). Ceci en raison principalement de l'asymétrie relative quant à la répartition et à la disponibilité de ces ressources de pouvoir et de culture.

À cet effet l'auteure ne manque pas de spécifier que l'« on retrouve dans toutes relations sociales des personnes ou des groupes plus autonomes et d'autres plus dépendants» (1990 : 151), contribuant ainsi à la création de culture et de groupes dominants

et d'autres plus dépendants. Cette irrégularité dans la répartition et la disponibilité de ces ressources l'a conduit par conséquent à nous éclairer davantage sur la nature de la relation entre les pratiques conventionnelles et les pratiques alternatives. En effet, meut par la dynamique entre pouvoir et représentations, l'auteure contribue à éclairer son lecteur sur la disparité plus ou moins troublante dans cette co-existence des pratiques. Autrement dit, White tend à mettre en perspective ce qui est largement dissimulé de par la dynamique entre ces deux concepts, à savoir l'asymétrie majeure résidant dans les rapports entre l'alternative et le conventionnel. Asymétrie telle qu'elle ne peut tendre qu'à uniformiser ce qui paraît-être en premier lieu *ouverture et diversité*.

Sont ainsi décelés les rapports de pouvoir sous-jacents à la relation entre le domaine du conventionnel et celui de l'alternative, lesquels ne sont pas sans nous rappeler l'inégalité des ressources impartis à l'État de Droit sur celui de l'État social. Toutefois, le phénomène de hiérarchisation semblant être largement incorporé à notre époque au sein de nos sociétés, la dynamique entre pouvoir et culture mis de l'avant par Deena White semble passer quasi-inaperçu au sens de la population et créer par conséquent une dissimulation des enjeux propres à la relation entre ces deux domaines.

2.1.3 Représentation dominante et appropriation des techniques alternatives

White en vient très vite, suite à l'exposition de cette dialectique « pouvoir-culture », à définir la profession médicale comme non seulement porteuse de croyances, de valeurs et de normes, mais plus encore à placer ses représentations sous un degré d'autonomie relativement, voire considérablement, avantageuse par rapport à l'ensemble des professions dites auxiliaires. Ainsi, et de par le caractère insécable entre culture et pouvoir, il devient alors évident que même à l'intérieur d'une société dite pluraliste, soit composé de différentes représentations, une seule domine, celle là qui possède le plus d'autonomie par

rapport aux autres, le moins de dépendance, celle là même qui bénéficie donc d'une légitimation sans précédent. Dans ce contexte, il ne fait aucun doute que la profession médicale ainsi que l'ensemble de ses interventions dites « biomédicales » dominant le champ de la santé.

Dès lors, en regard de la domination du paradigme biomédical sur tous les autres paradigmes relatifs à la santé, les interventions de type « bio-psycho-social » – pratiques dites alternatives – doivent, pour exister au sein de la palette des pratiques offertes aux patients, se conformer à certaines modalités conventionnelles. Ces modalités renvoient aux représentations dominantes, soit à celles dites professionnelles et scientifiques :

Comme Sévigny et Rhéaume (1987) l'ont souligné, les praticiens alternatifs feront référence aux balises scientifiques de leurs procédés, voire à la dimension « professionnelle » de leur intervention. Les représentations « scientifiques » et « professionnelles » semblent imprégner toutes les pratiques, conférant une légitimité même aux pratiques non scientifiques et non professionnalisées. Elles sont ainsi des valeurs devenues culturellement « génériques ». Comme d'autres représentations de la culture (ou des cultures) dominante, elles font partie d'un réservoir de représentations « légitimes » auquel tout groupe à l'intérieur de cette société tend à faire appel. » (White, 1990 : 153)

Or, si ces pratiques alternatives « représentent des modes de voir, de penser et d'agir différents de ceux reliés à la médecine, et mettent en relief des définitions alternatives de la réalité corporelle ainsi que de la relation entre intervenant et client » (1990 : 153), comment donc les contraindre à adopter les balises scientifiques et professionnelles tout en conservant leurs spécificités ? Car, si elles « se fondent généralement sur un paradigme holistique et non biomédical du fonctionnement du corps humain », les représentations scientifiques et professionnelles se fondent, à l'inverse pourrions-nous dire, sur un paradigme compartimenté et biomédical de son fonctionnement. Ainsi, nous dit l'auteur, le clivage entre les différents intervenants du champ de la santé mentale – biomédicaux et psycho-sociaux – est principalement attribué à l'idéologie et à la formation professionnelle sous jacentes de ces différents modes d'interventions. Par conséquent, nous comprenons

très vite, au travers de son article, que si les pratiques dites alternatives sont intégrées dans l'éventail des possibles, elles ne le sont aucunement grâce à leur reconnaissance en tant que « culture alternative », sinon, dans ce contexte, grâce à l'appropriation de leurs moyens. Leur culture ou leur essence étant reléguée à des alternatives qui se trouvent davantage en marge de la société, leurs techniques et leurs moyens assimilés contribuent par ailleurs grandement à renforcer le pouvoir alloué aux interventions biomédicales.

« Comme on accepte d'utiliser le langage du client sans accepter la contrainte de sa « réalité », on accepte davantage les techniques et les moyens alternatifs que les fins de la pratique alternative. [...]. Une récupération des techniques alternatives par la psychiatrie et par les professionnels aura un impact important sur la pratique hégémonique ainsi élargie, mais elle ne connaîtra pas davantage un respect de la différence. »
(White, 1990 : 163)

Dès lors, et grâce aux apports conceptuels de Deena White nous comprenons à présent plus clairement la nature de la relation entre le système alternatif et le système conventionnel. En effet, l'asymétrie clairement définie dans la répartition et la disponibilité des pouvoirs, ce qui ressemble de prime abord à ce que White nomme « une diversification dans les pratiques », s'avère être en réalité une intégration à inclinaison assimilatrice.

Par ailleurs, et comme en fait mention l'auteure au cours de sa réflexion « nul n'est sans ressource ni carrément sans pouvoir (Giddens, 1984; Crozier, 1977), à moins que l'on y soit contraint, ce qui est – en regard de la politique démocratique au Québec – loin d'être le cas de ses institutions, de ses pratiques et de ses représentations. Or, si nous comprenons davantage le mécanisme de reproduction en branle dans les rapports entretenus entre l'alternatif et le conventionnel ainsi que le pourquoi de la difficulté, voire de l'impossibilité, qu'il y a d'intégrer des représentations alternatives sous le joug de ce mécanisme, nous sommes toutefois moins à même de comprendre ici le comment d'une telle reproduction. Car, il ne suffit pas seulement, selon nous, de mettre en exergue ce qui se dissimule sous les apparences pour en changer la donne, sinon de saisir ce qui est à l'origine du maintien de cette dissimulation.

En effet, le déguisement de cet enjeu de reproduction sous la dynamique de la dialectique entre pouvoir et culture semble être, selon nous, insuffisante dans le maintien de cette reproduction dès lors qu'elle se confine strictement au domaine professionnel, celui de la santé en l'occurrence. En revanche, la dissimulation de l'assimilation de l'alternative par l'illusion de son intégration s'avèrerait beaucoup plus importante si au quotidien, notamment de par la propagation de certaines conceptions, de certains discours ou de certains comportements, celle-ci se trouvait à être renforcée. C'est ainsi donc qu'intervient la réflexion de Nélisse sur une double interprétation circulant au sein de la société quant à l'existence des méthodes alternatives. Interprétations sociales qui, nous le verrons, conforte l'idée selon laquelle l'État s'ouvre de plus en plus à la différence.

Pareillement éloignés des théories conspiratrices qui planent autour d'un État qui serait en tout point hermétique à l'intégration de nouvelles représentations de par l'agencement de ses structures, nous avons à cœur d'adopter ici un point de vue plus nuancé qui rendrait à la population la part de responsabilité conférée dans ce mécanisme de reproduction. Perspective dite « structuraliste » (Giddens, 1984), adoptée par White dans la dialectique entre culture et pouvoir, elle a l'avantage ici de rendre compte d'une interdépendance constante entre structure étatique et acteurs sociaux, laquelle restitue un certain pouvoir à la population quant aux problématiques liés aux inerties et à la marche de l'État. Nélisse nous portera ainsi à appréhender ce mécanisme de reproduction non pas seulement comme seul résultat de l'emprise du pouvoir étatique sur tous les autres, mais aussi et peut-être même davantage encore comme la conséquence de certaines conceptions sociales élargies contribuant au maintien de cette reproduction.

2.2 Système alternatif et système conventionnel : des interprétations qui renforcent le mécanisme de reproduction

2.2.1 Les méthodes alternatives influentes dans le système juridique

Dans un premier temps, et avant d'entrer plus en profondeur dans le contenu des conceptions relatives à l'existence des méthodes alternatives mis en avant par l'auteur, il est important de spécifier ici qu'il fait référence tout au long de son article à l'utilisation de « méthodes alternatives de résolution de conflits » dans le domaine du juridique. En effet, Claude Néllisse, sociologue et chercheur à l'Université de Sherbrooke, écrit en 1992: « Le règlement déjudiciarisé : entre la flexibilité technique et la pluralité juridique » où il est question d'une double conception sur les méthodes alternatives qui semble être largement répandue dans le champs des activités juridiques. L'auteur tend ainsi, de par la mise en perspective de ces conceptions, de par ses commentaires et interrogations, à éclairer davantage le lecteur sur le rôle primordial exercé par la nature même de ces interprétations. Nature dotée d'un « faible taux » de pluralité concourant dès lors à encourager, sinon à maintenir, le mécanisme de reproduction à l'œuvre.

L'alternative ainsi appréhendée par Claude Néllisse n'est certes pas de nature médicale, mais semble toutefois être similaire à notre problématique dans la mesure où il ne s'agit pas d'interprétations découlant de spécificités propres au domaine judiciaire, mais bien plus d'interprétations, lesquelles se rapportent davantage à l'alternative dans ce qu'elle représente communément dans les milieux professionnels.

Aussi, l'auteur débute son article en affirmant que la transformation due à l'utilisation des « méthodes alternatives de résolutions de conflits » au sein du système juridique ne réside pas dans sa nouveauté, mais bien davantage dans l'engouement par l'État ainsi que par les professionnels du droit pour la promotion de ces méthodes. Dans un autre article d'ailleurs l'auteur s'interrogera sur ce qu'évoque le secteur informel, lequel est

de plus en plus sollicité par l'État comme un partenaire (1994). Suite à cette observation, Nélisse nous fait part de son intention de comprendre ce nouveau phénomène non pas seulement dans l'évolution interne de l'institution judiciaire, mais plus encore dans la transformation du rapport entre l'État et le droit. Il prend alors comme élément déclencheur de ce nouveau rapport un principe essentiel manifeste depuis l'avènement de l'État Providence, à savoir que « tous les citoyens sont également situés et unis dans le respect d'un même droit » (1992 : 271). Ce principe démocratique donne lieu, selon lui, à une double conception – qu'il développera tout au long de son article – qui relève du fait que « ce principe de justice lie - et confond pourrait-on dire - deux composantes : l'existence d'une seule Loi pour tous et l'égalité recherchée de chacun face à elle. » (1992 : 272). Ainsi, s'appuyant sur cette noble intention d'uniformiser la Loi et de la rendre accessible à Tous selon la valeur de l'égalité des droits humains, Nélisse témoigne d'une double conception propre à l'existence des « méthodes alternatives de résolution de conflit ». Ces interprétations aujourd'hui répandues dans les milieux professionnels comme sociaux contribuent, selon nous et de par leur contenu, à reproduire le modèle dominant tout en maintenant l'illusion d'une ouverture sur la diversité ambiante.

2.2.2 Première interprétation de l'alternative : une flexibilité technique (C. Nélisse)

La première interprétation se comprend relativement à l'exclusivité et à l'homogénéité accordée au droit établi à travers un droit étatique :

« Le seul droit est le droit officiel, celui que l'État édicte. C'est la Loi. Et l'égalité devant elle passe impérativement par la recherche incessante d'une accessibilité à la justice toujours plus effective. » (Nélisse, 1992 : 272)

Or, cette première conception intégrée, si elle n'est pas forcée d'aller à l'encontre de l'utilisation de méthodes dites alternatives, offre toutefois la stricte possibilité de concevoir

ces méthodes comme « des techniques dont le statut est fondamentalement équivalent aux “techniques plus traditionnelles” » (1992 : 272). Cette perception, laquelle épouse l’alternative comme une technique assurant ainsi une flexibilité nécessaire au système judiciaire, ne serait pas un enjeu dans notre problématique de reproduction si elle était par ailleurs dotée d’un consensus commun quant au pourquoi de son utilisation. Cependant, catégorie floue, dans cette perspective l’auteur constate que les méthodes alternatives sont très souvent utilisées au besoin par le professionnel sans convenir ni de leur efficacité, ni de la place qui leurs sont octroyées, ni même de la distinction entre les types de méthodes alternatives employées. Ce manque de rigueur et de lucidité quant au pourquoi de l’efficacité et de l’usage de techniques alternatives conduit l’auteur à manifester du peu de pouvoir conférée aux méthodes alternatives :

« C'est qu'en fait le débat semble presque entendu : les méthodes de résolutions alternatives des conflits sont intéressantes... si elles sont appliquées graduellement, avec modération et circonspection. Elles peuvent faire partie de la même palette d'outils que les procédures civiles les mieux établies. Mais c'est à l'aune de ces dernières que les premières seront comparées et jugées. » (Nélisse, 1992 : 273)

Plane ainsi sur ces méthodes un doute constant qui, selon l’auteur, n’a de véritable origine que dans la spéculation commune de l’infériorité de leur statut quant à leur forme conventionnelle. Attitude qui est par ailleurs clairement fondée puisqu’appuyée sur le fait que ces méthodes ne bénéficient d’aucun consensus justifiant leur emploi. « Catégorie floue », l’auteur déclare pourtant que « ces “petites techniques” seront estimées bien bonnes... mais pour les “petites causes”, pour la “justice du quotidien” » (1992 : 274). Constatation qui, selon lui, ne fait qu’alimenter le pouvoir du système juridique étatique dans la mesure où les tribunaux ainsi délestés des causes quotidiennes sans grandes envergures, se voient désormais attribuer seulement « les dix ou quinze pour cent des litiges qui mériteraient «vraiment» de se retrouver devant eux » (1992 : 274).

Dès lors, cette première interprétation nous informe plus amplement sur le comment du maintien du mécanisme de reproduction. Effectivement, tant que demeurera cette

incertitude quant au statut et à l'efficacité des méthodes alternatives rien – dans la société telle que conçue actuellement – ni même une technique alternative « miracle », ne pourra ainsi modifier le pouvoir accordé aux institutions juridiques étatiques. Il en va de même pour ce qui est des médecines alternatives, lesquelles semblent implorer de par et d'autre de la société québécoise, tout en restant cependant sujettes du statut et de l'efficacité qui leur est octroyé par le système conventionnel. Ceci, aussi bien en raison du caractère indéfini trônant autour de leur efficacité que du statut de technique leur étant concédé – ce que nous défendrons plus concrètement et à l'aide du cas de l'acupuncture lors du quatrième chapitre.

Pour résumer, cette première perspective appréhende les méthodes alternatives de résolutions de conflits comme étant à l'avantage du droit étatique puisque le maintien du flou planant autour de son statut n'implique aucune remise en question visant les procédures officielles, si ce n'est la délégation de certains litiges pesant sur le système.

2.2.3 Seconde interprétation : un pluralisme juridique faible (C. Nélisse)

Si la première interprétation partagée par Claude Nélisse est comprise en regard de la flexibilité technique que suggère les méthodes alternatives à l'intérieur du système judiciaire, la seconde fait davantage écho à la pluralité des normes et des représentations circulant au sein de la société, lesquelles se manifestent au sein du système juridique. En effet, cette pluralité des normes, des cultures, des politiques, des communautés, etc., est ici prise en considération au sein de ce que l'on nomme communément « le pluralisme juridique ».

Ainsi donc, cette seconde conception déborde de l'appréhension des méthodes alternatives comme de simples techniques répondant à la maximisation des performances du système judiciaire étatique pour restituer ainsi le pouvoir qu'elles ont de répondre aux «

exigences d'accessibilité à la justice et d'égalité devant la Loi. ». Toutefois, comme le spécifie l'auteur, de répondre strictement à ces exigences font de ce pluralisme juridique ce que Norbert Rouland qualifierait de « Pluralisme faible » : « on fait *allusion* à l'existence, au sein d'une société déterminée, de mécanismes juridiques différents s'appliquant à des situations identiques ».

Or, cette vision qui semble à première vue intégrée la pluralité de façon quasi-inhérente au domaine juridique mène logiquement l'auteur à penser que cette dernière implique avant toute chose le raisonnement suivant : « l'État n'aurait pas le monopole de la sanction juridique des conflits et ne serait pas le seul à faire des lois, à les interpréter et à les appliquer. » (1992 : 276). En ce sens, le pouvoir ne serait donc plus l'apanage de l'institution juridique conventionnelle, mais il serait dès lors distribué à toute une série d'institutions qui de concert aurait leur mot à dire sur une situation donnée.

Cependant, cette interprétation du pluralisme juridique, découlant tout droit d'exigences limitées à l'accessibilité et à l'égalité, semble faillir lorsque, devant un éventail de normes et de valeurs impliquées dans un litige, il devient trop complexe d'en tirer toutes les ficelles au sein d'un tribunal. Cette complexité émergente, il devient toutefois encore possible de faciliter la démarche et d'avoir ainsi recours à « la même Loi pour tous ». Ainsi, devant la structure prédéfinie des tribunaux auquel cas la pluralité invoquée est souvent perdue d'avance, le renoncement fait aussitôt place au discours suivant :

« C'est la société qui est pluraliste, moralement, culturellement, politiquement... (et ce serait un fait occidental assez récent, ajoute-t-on quelques fois). Mais il n'y a qu'un seul État pour une société donnée ou sur un territoire donné. Car c'est lui qui en assure la cohésion et en garantit l'unité en posant et en imposant à tous un même droit. C'est ce que nous avons tous également appris, sociologues comme juristes. » (Nélisse, 1992 : 276)

« Pluralisme faible », nous comprenons ici le sens de cette expression puisque même investi d'une certaine ouverture quand aux différences culturelles et normatives

présentes au sein de la société, cette conception du droit reste tout de même l'apanage de l'ordre juridique étatique. Et, même si l'auteur insiste à raison sur la constitution d'un « droit vivant » qui tente de répondre autant que faire se peut aux « nécessités changeantes de la vie sociale et aux besoins des justiciables » (1992 : 277), il n'en demeure pas moins que ce même droit s'instaure sur les prérogatives de l'État et sur ses représentations.

« Le droit y est dit pluraliste parce qu'il respecterait les choix de valeur des personnes ou des groupes, parce qu'il tiendrait compte des bigarrures idéologiques de la société civile, parce qu'il serait soucieux d'en épouser les changements culturels. Mais ce droit - adaptatif, si on peut dire - reste celui de l'ordre juridique étatique. » (Nélisse, 1992 : 277)

Ainsi, quand bien même porteur d'une vision pluraliste de la société où méthodes dites alternatives sont appréhendées par la population non strictement comme outils nécessaires à la flexibilité du conventionnel, mais comme un moyen comme un autre de répondre à des besoins présents au sein de la population, il semble difficile de s'émanciper du pouvoir des structures et des représentations dominantes pour ainsi créer un espace où une vision pluraliste du droit serait indépendante de celle uniformisée par l'État.

Nous ne sommes pas en train de prétendre ici que le droit étatique est en tout point hermétique aux changements sociaux et culturels, preuve en est la sollicitation des méthodes alternatives et de la pluralité juridique. Toutefois, nous constatons grâce au contenu de cette seconde conception, que la reconnaissance de l'alternative comme moyen d'appréhender une réalité juridique est viable en autant et à condition que celle-ci soit conçue et comprise à travers le prisme du système juridique étatique. C'est à dire de par et à travers ses représentations seulement, nous pouvons alors faire usage de ces méthodes dites « alternatives ». Autant dire que le pluralisme juridique devient ici une prolongation du même droit étatique et n'est plus en rien alternatif.

Dès lors et en regard de la nature de la définition de l'alternative dévoilée par ces deux interprétations, nous sommes à même de nous questionner sur la possibilité même de

créer un espace où l'alternative puisse jouir de l'entièreté de ses attributs sans être automatiquement soumis aux mêmes représentations sur lesquelles s'édifient les pratiques conventionnelles. En effet, comment s'émanciper du mécanisme de reproduction mis en perspective par White quand les représentations sur lesquelles se fonde le système dominant semblent être intégrées à un point tel qu'elles en constituent le germe de toutes perceptions de la réalité sociale ? Autrement dit, de quelle(s) façon(s) détournée(s) ce mécanisme en branle, si ce n'est de par la modification de son terrain d'épanouissement, soit de par les acteurs sociaux eux mêmes ?

2.3 Discussion sur les apports conceptuels des auteurs en regard de la problématique de l'intégration de l'alternative

2.3.1 Lien entre nature de la relation et nature des conceptions

La difficulté de discerner la nature de la relation entretenue entre le domaine du conventionnel et celui de l'alternative réside à n'en pas douter dans l'ambiguïté planant autour du caractère imparti à l'alternative. À cet effet, Claude Nélisse a su mettre en exergue ce phénomène à travers l'analyse de deux conceptions relatives aux méthodes alternatives dans la résolution de conflit juridique. L'une lui concédant un statut de technique, laquelle permet au système judiciaire une certaine flexibilité dans ses règlements de conflits. L'autre conférant d'emblée et en raison d'une société plurielle, un caractère inéluctable à l'alternative avant d'aussitôt l'en déposséder devant la complexité qu'il y a de défendre une pluralité de normes au sein d'un tribunal conçu de façon à pouvoir répondre aux litiges de manière quasi-univoque.

White, quant à elle, nous a permis de discerner davantage ce qui semble se dissimuler sous l'apparente diversité des pratiques médicales dans le domaine de la santé

mentale. L'ouverture de l'État ainsi que son engouement pour la promotion des pratiques alternatives sont ici très vite pondérés 1. Par la mise en perspective des rapports de pouvoir asymétriques, 2. Par le mécanisme de reproduction conséquent de cette disproportion et 3. Grâce à la démonstration que l'intégration de l'alternative résulte davantage de la récupération de ses méthodes que de l'incorporation de son essence, soit de celle de ses représentations.

Si les apports de Deena White sont ici primordiaux de par la mise à jour des enjeux sous-jacents à la relation entre l'alternative et le conventionnel, la contribution de Nélisse est quant à elle essentielle dans l'appréhension de cette relation puisqu'elle définit le pourquoi du maintien de son caractère indéterminé et par conséquent donc, elle justifie le pourquoi du mécanisme de reproduction du modèle dominant. De plus, un lien certain s'établit entre les différentes réflexions menées par les auteurs autour de l'alternative dans la mesure où les apports de l'un parachève les contributions de l'autre dans une dialectique implacable. En effet, la nature relativement « pluraliste » des deux conceptions portées sur les méthodes alternatives semble ici donc alimenter l'ambivalence planant autour de la relation alternative / conventionnelle. Ambivalence contribuant en retour à dissimuler une probante asymétrie de pouvoir dans les rapports entretenus. Dissimulation laquelle renforce alors la teneur de ces deux conceptions. Le mécanisme de reproduction s'inscrit donc dans une circularité prégnante entre structure et société. Circularité sur laquelle nous reviendrons lorsque nous nous référerons plus directement aux apports théoriques d'Anthony Giddens.

Ainsi donc, nous comprenons davantage, grâce à la réflexion de ces deux auteurs, pourquoi circule l'idée selon laquelle l'État s'ouvre de plus en plus à la différence, quels sont donc les mécanismes contribuant au maintien de cette vision, et peut-être même devinons-nous quelques intérêts sous-jacents pour l'État d'entretenir ce « flou constitutionnel ». En revanche une question demeure capitale pour la suite de cette étude – dépassant de surcroît le désir de soudoyer l'État de ses intentions véritables – celle de

savoir comment donc s'émanciper de cette reproduction afin de créer un espace plausible qui accueille en son sein une pluralité de pratiques et représentations ? Autrement dit, comment se sortir de ce cercle vicieux menant à penser l'alternative d'une manière telle que son assimilation est aussitôt masquée par l'illusion de son intégration ? Comment donc appréhender l'alternative comme on appréhende le conventionnel, soit dans une même clarté quant à son statut et à son efficacité ? Enfin, comment penser l'alternative d'une manière telle qu'elle puisse se développer en complémentarité à sa forme conventionnelle sans enjeu de reproduction-assimilation à son effectif ?

Certaines pistes de réflexion quant à ces questionnements sont alors brièvement partagées par les deux auteurs. Réflexions qui seront exposées ci-dessous avant de les étudier plus encore dans le chapitre suivant dans le but d'approfondir notre problématique quant à l'intégration de l'alternative au sein du conventionnel. Intégration qui, cette fois-ci, sera dédiée plus pleinement au cas de l'insertion des médecines alternatives au sein du système médical conventionnel.

Aussi, et conscient que les « solutions » apportées par nos auteurs ne répondent pas à l'ampleur des facteurs à considérer dans l'optique de créer un espace novateur où l'intégration répondrait à la définition que lui appose Giddens ou Contandriopoulos – sur laquelle nous reviendrons plus tard dans ce mémoire – une observation commune à ces auteurs demeure en revanche essentielle à la suite de cette étude, à savoir celle d'être davantage attentif aux représentations sur lesquelles repose non seulement le système dominant, mais plus important encore de porter une nouvelle attention sur nos façons de percevoir, de penser et d'agir afin de conscientiser notre propre bagage représentationnel.

2.3.2 Solutions et conclusions apportées par les auteurs

Deena White répond ainsi, en partie du moins, à la nécessité qu'il y a de s'émanciper du mécanisme de reproduction en branle dans la relation entre l'alternative et le conventionnel en clamant le besoin urgent de rétablir un équilibre dans l'asymétrie des pouvoirs. Réajustement dans cette asymétrie, lequel paraît vraisemblable s'il s'effectue au préalable entre intervenants et usagers. En effet, la relation entre intervenants et usagers étant largement asymétrique, l'auteure clame que « la nouvelle ouverture à la culture de l'autre au cœur de la pratique en santé mentale actuelle » présente un risque d'alimenter davantage encore le pouvoir de l'intervenant sur celui du client tant que ne s'effectue pas un réajustement dans les rapports de dépendance et d'autonomie de chacun. Ceci implique, selon elle, une ouverture dans les manières de voir, de penser et d'agir, laquelle s'éloigne de l'appropriation de la réalité de l'autre et du gain de pouvoir de l'intervenant sur l'utilisateur. Ceci au profit de l'utilisateur et de la recherche « des fins de l'intervention dans la culture du client ». Toutefois et afin que cette modification dans la relation intervenant / client puisse avoir lieu, il semble inévitable selon l'auteure d'entretenir un rapport davantage réfléchi quant à ses propres représentations :

« Cet objectif nécessite non seulement une vision relativiste de notre propre culture, mais une vision créative par rapport au « multiculturalisme ». Il nous obligerait à nuancer tout ce que nous considérons « générique » ou « normal » en terme de comportements, de même qu'à multiplier nos critères de rationalité par rapport aux relations sociales entre intervenants et clients, et plus globalement entre personnes. » (White, 1990 : 158)

À cet effet, Nélisse témoigne sensiblement de la même nécessité lorsqu'il s'interroge sur la manière dont il serait possible de considérer davantage les méthodes alternatives. De respecter ainsi les exigences d'accessibilité à la justice et de favoriser l'égalité devant la Loi en intégrant les méthodes alternatives nécessite, selon lui, de leur porter un regard moins douteux, « plus objectif, comparatif et critique sur l'ensemble des procédures disponibles » (Nélisse, 1992 : 274). Ce qui par conséquent implique de

considérer ou reconsidérer la valeur de chacune des pratiques professionnelles ainsi que de se questionner sur « les différentes modalités de fonctionnement des institutions juridiques et plus globalement encore sur la mise en oeuvre sociale du droit. » (Nélisse, 1992 : 274). Pour ce faire, il devient alors essentiel, selon lui, d'assouplir sa conception du droit, laquelle s'inscrit dans une vision par trop « normative ». Selon Nélisse, il est de bon augure que ces procédures dites « alternatives » soient à la fois « jugées à l'égal de toutes autres procédures, sur leurs résultats objectifs et sur leurs portées réelles » (Nélisse, 1992 : 275) tout en illustrant à la fois l'existence d'une pluralité inaliénable. Pluralité « forte » qui admettrait ainsi la diversification des pratiques juridiques sans aussitôt les soumettre d'une manière ou d'une autre à l'uniformisation :

« Pour parler d'une vision pluraliste forte, il faut reconnaître la co-existence de plusieurs ordres juridiques, c'est à dire, selon Guy Rocher, «d'autres ensembles d'action sociale qui peuvent être découpés dans l'univers normatif global de la société et être analysés comme des ordres juridiques, sur le modèle de l'ordre juridique étatique. » (Nélisse, 1992 : 277).

Dès lors, nous pouvons comprendre ici que de prendre au sérieux les méthodes alternatives, et d'ainsi modifier la teneur des deux conceptions mises en avant par l'auteur, implique, tout comme White le mentionne, de réajuster le contenu de ces visions de manière à ce que le pouvoir soit investi de part et d'autre. Par conséquent donc de porter davantage son intérêt sur les représentations propres au système conventionnel.

L'importance de cette nouvelle attention portée sur les représentations dominantes de la société réside dans le fait aussi qu'il nous paraît difficile de modifier un comportement, une pensée ou un mécanisme sans au préalable prendre conscience des prémices sur lesquels reposent ces derniers. Il en est de même pour ce qui est de l'émancipation de cette reproduction ou « tendance vers l'uniformité » mis en exergue par White. Si notre souhait est d'intégrer l'alternative dans une intention de diversification des

méthodes et des représentations qui soient à l'image d'une société pluraliste, il convient alors de prendre acte des représentations principales sous-jacentes au fondement des pratiques mis en œuvre par l'État afin d'éviter la reproduction inconsciente (Giddens, 1984). C'est pourquoi, nous souhaitons, à travers le chapitre trois, mettre en perspective les principales représentations – professionnelles et sociales – sur lesquelles se dresse le système biomédical et ses interventions afin de mieux saisir les enjeux auxquels se confrontent les médecines alternatives dans leur entreprise de reconnaissance. Ceci en gardant toujours à l'esprit les principaux enjeux soulevés par nos deux auteurs.

2.3.3 Comment donc appréhender l'intégration des médecines alternatives ?

De s'atteler ainsi à la tâche qui est celle de concevoir un espace où médecines alternatives et conventionnelles pourraient allier compétence et savoir-faire respectifs dans le respect de leurs représentations, nécessite donc – en regard des réponses émises ci-dessus par nos deux auteurs – de considérer plus en détail encore les représentations sur lesquelles reposent la médecine d'aujourd'hui.

De reconnaître que la pluralité des pratiques et des approches est aujourd'hui vouée, à plus ou moins long terme, à l'uniformisation, c'est aussi se pencher comme le suggère Nélisse sur les nouveaux rapports entretenus entre l'État et la santé. De considérer ainsi les représentations guildes du système de santé ainsi que de mettre en exergue la nature des rapports entretenus entre l'État et la notion de santé nous permettrons alors de discerner davantage encore les éventuels obstacles liés à l'intégration des médecines dites alternatives. Obstacles qui nous permettrons dès lors non seulement de comprendre toute l'importance qu'il y a de concevoir cet espace intermédiaire, mais aussi qui nous permettrons de les appréhender différemment.

Ainsi, tout comme nous avons, dans ce chapitre, mis en exergue les enjeux dans la relation entre conventionnel et alternative, lesquels sont masqués par un mécanisme pernicious, nous mettrons à jour lors du prochain chapitre ces mêmes enjeux davantage particularisés en plus de relater quelques faits contribuant à les maintenir. Enjeux conséquents de ce que Nélisse présente comme étant « l'histoire mouvementée des flux et reflux d'un État de droit qui oscille toujours entre une régulation juridique centrale et autoritaire d'un côté et une régulation partagée, concertée et plus démocratique de l'autre » (Nélisse, 1992 : 279), l'alternative juridique, médicale ou autre semble vouée dans cette situation actuelle à une instabilité, laquelle se manifeste clairement dans la place qui lui est octroyée. Autrement dit, si ces enjeux résultent en effet de la légitimation d'un État de droit sur un État social, l'alternative telle qu'elle soit, ne pourra bénéficier d'un statut équivalent et complémentaire à son système conventionnel tant que persistera ce déséquilibre dans les pouvoirs octroyés aux valeurs défendues par les deux composantes. En revanche, si l'on considère une interdépendance constante entre les structures et la société, rien, ni même les principaux enjeux soulevés précédemment, ne semble pouvoir cristalliser indéfiniment un état de fait comme celui-ci. D'où cette nécessité, selon nous, de mettre en perspective – lors du dernier chapitre de ce mémoire – la théorie de la « dualité structurelle » d'Anthony Giddens qui affirme, entre autres postulats, que la personne, l'individu, l'acteur social, l'agent, soit le professionnel comme l'utilisateur, est à considérée comme ce qu'il nomme un « agent compétent » quelque soit la situation. En opposition ici à une vision où la personne serait considérée comme dénuée de pouvoir tant qu'elle n'aura acquis quelques titres l'en disposant, cette représentation détient le pouvoir de rétablir l'asymétrie présente au cœur des représentations.

CONCLUSION

Il va sans dire qu'admettre cette possibilité de conciliation entre ce qui paraît être aujourd'hui opposé tant au niveau des valeurs représentées qu'au niveau des pratiques proposées, suggère, outre la « positivité » d'esprit – plus souvent qualifié de « naïveté » –, une vision plus critique, moins normative, et peut-être même plus globale et moins spécialisée du sujet sur lequel nous nous penchons. Ce qui nous mène ainsi à présenter, dans le chapitre suivant, et à travers le cas plus concret du domaine de la médecine, une vision peut-être plus détaillée encore de cette dynamique qui enserme aussitôt la diversité dans l'état de l'uniformité.

Chapitre 3

Enjeux professionnels et sociaux liés à l'intégration des médecines « alternatives » au sein du système biomédical : « une possible histoire de la norme »¹²

INTRODUCTION

Tel que mentionné à plusieurs reprises dans les chapitres précédents, l'État québécois, indépendamment de sa condition de Province à l'intérieur de l'État canadien, s'inscrit dans un système de gestion bien plus large qu'il n'y paraît au premier abord. C'est ce qu'Immanuel Wallerstein, sociologue, qualifierait d'inscription dans un « système-monde¹³ ». Ceci implique certains impératifs tels que celui du marché économique par exemple, lequel ne dépend plus seulement de la gouvernance interne de l'État, mais bien plus d'un contrôle gouvernemental global en vertu duquel la globalisation des pays Occidentaux suppose davantage une tendance vers l'homogénéisation de ses pratiques et de ses valeurs que celle d'une diversification. Face à ce constat et tel qu'exprimé dans le chapitre précédent, nous ne pouvons concevoir l'engouement de l'État pour les méthodes alternatives autrement que comme un moyen contribuant à maintenir ce système tel qu'il se conçoit actuellement. Rien en effet dans ce que nous comprenons de l'alternative ne semble répondre aux intérêts mis de l'avant par le système dominant. C'est pourquoi, son intégration semble se limiter davantage aux moyens et outils qu'elle met en exergue qu'aux fins qu'elle représente. Entretenir ce mouvement envers l'alternative tend ainsi à renforcer les pratiques dominantes dans l'illusion que ces dernières s'ouvrent à la différence (White, 1990).

¹² En référence au titre du livre de Benyecklef

¹³ « Système-monde » fait référence selon l'Auteur à un Ordre économique international.

Ainsi, et afin d'illustrer de façon plus exemplaire ce mécanisme en oeuvre au sein de notre société nous souhaitons, dans ce chapitre, mettre à profit nos connaissances et notre réflexion sur cette même dynamique qui semble s'être peu à peu établie autour de la notion de santé et de son système mis en place pour y répondre. En effet, dynamique semblable à celle mise en branle par nos deux auteurs dans le chapitre précédent à travers l'exposition de divers enjeux participant à la reproduction des structures dominantes, elle aura ici l'avantage de pouvoir être pensée conformément à la problématique propre à l'intégration des médecines alternatives au sein du système biomédical.

Pour cela, deux secteurs – l'un professionnel, l'autre social – nous apparaissant alors primordiaux dans la composition de cette dynamique seront ici présentés comme différents socles à partir desquels se mettent en place ces divers enjeux. Dans un premier temps donc, notre attention se portera sur les enjeux que revête la pratique professionnelle d'aujourd'hui. Nous verrons alors que de la naissance de la professionnalisation jusqu'à celle de l'intervention, certains bouleversements au sein de la pratique rendront d'autant plus difficile l'intégration de médecines dites « alternatives ». Résultat d'un rapport État-santé de plus en plus normatif (Nélisse, 1992), nous souhaitons non seulement rendre compte de l'évolution des pratiques professionnelles sous ce constat, mais plus encore nous désirons mettre en exergue les répercussions de ce nouveau rapport sur la pensée sociale. Car en effet, si la pratique professionnelle a connu quelques bouleversements au cours de ces dernières décennies, cela n'a pas été sans conséquences aucune sur les mentalités. Nous verrons donc à cet effet que les représentations sociales viennent renforcer ce nouveau rapport État/santé et que par conséquent elles se manifestent comme une voie indispensable à la création de ce nouvel espace. Toutefois, ceci implique un changement dans les perspectives sociales, lequel viendra bouleverser certains mécanismes en branle.

3.1 La professionnalisation de la société : un tournant à considérer dans la formation d'un nouveau rapport État/santé

3.1.1 Idéologie positiviste et « naissance du professionnalisme »

Si Néglise et White nous ont permis d'appréhender certains mécanismes sous-jacents de la relation entretenue entre l'alternative et le conventionnel, le cas plus concret du domaine de la santé nous permettra plus encore de considérer quelques composantes qui nous semblent indispensables dans la conceptualisation d'un espace intermédiaire où l'alternative dans ce qu'elle rend compte puisse être pensée en complémentarité avec le conventionnel.

Pour que cela puisse être, nous ne pouvons ici faire fi des assises représentationnelles sur lesquelles les pratiques et les interventions biomédicales puisent leur légitimité. Ainsi donc, nous ne pouvons faire fi de la naissance de la « culture du professionnalisme » en Amérique du Nord et des conséquences que cette dernière a occasionné dans les mentalités (Saliba, 1994). En effet, instigatrice de nombreuses transformations, cette culture ainsi que son évolution semblent avoir grandement participé aux nouveaux rapports que l'État entretient avec la notion de santé, notamment en ce qui attrait à la normalisation des pratiques; plus profondément encore, et nous y reviendrons dans une seconde partie, à celle des comportements sanitaires. Aussi, si le professionnalisme semble à première vue déterminant dans le devenir des médecines alternatives tant son pouvoir tend à annihiler la portée d'autres conceptions médicales (White, 1990), il est d'autant plus essentiel, pour les fins de cette étude, d'en saisir l'origine et d'en cerner l'évolution afin d'être éventuellement plus à même de pouvoir réajuster sa teneur. Cette perspective dans l'optique continue de concevoir un espace intermédiaire où l'asymétrie des pouvoirs entre État de droit et État social serait moindre considérant la pluralité des représentations et des besoins sociaux circulant de part et d'autre de la société.

Rappelons ainsi dans un premier temps que l'organisation des sociétés occidentales contemporaines telle qu'elle se présente aujourd'hui semble répondre principalement – et comme nous l'avons mentionné au cours du premier chapitre – à des idéaux promus durant le siècle des Lumières. La Raison devenue l'outil principal de l'être humain, des représentations analogues n'ont cessé depuis lors de se matérialiser au sein de nos sociétés. Aussi, la scientificité et la rationalité devenues valeurs courantes au sein de nos organisations, elles s'érigent désormais comme principes premiers d'une action efficiente et légitime. C'est ainsi que l'épistémologie positiviste trouve ses prémices et vient s'incorporer peu à peu, au fil des siècles jusqu'à aujourd'hui, dans les représentations dominantes occidentales (Shön, 1994). Dès lors, et au cours du 19^{ième} siècle, cette épistémologie devient un véritable paradigme, la scientificité prenant une ampleur telle qu'elle devient le socle sur lequel se constitue la pratique professionnelle contemporaine. La notion de profession succède à celle de métier et incarne dorénavant le modèle d'organisation par excellence, lequel répond aux principes encouragés par l'idéologie positiviste (Shön, 1994; Saliba, 1994).

« C'est dans cet esprit, que dans la première moitié du 19^{ième} siècle, Auguste Comte est le premier à exposer les trois principales doctrines du positivisme. La première s'appuie sur la conviction que l'empirisme n'est pas qu'une forme de connaissance mais qu'il est le seul à offrir une source de savoir positif. La seconde part de l'intention de débarrasser l'esprit des hommes du mysticisme, de la superstition et des autres formes de pseudo-savoir. Enfin la troisième, montre une volonté d'étendre à toute la société humaine la connaissance scientifique et le contrôle technologique, c'est à dire, comme le dit Auguste Comte, de parvenir à une technologie qui ne soit plus « exclusivement géométrique, mécanique ou chimique, mais aussi et avant tout politique et morale. » (Shön, 1994 : 57).

Aussi, la professionnalisation de la société a connu une telle expansion ces derniers siècles qu'elle est aujourd'hui perçue comme une réalisation nécessaire au bon maintien de nos sociétés. À ce propos, Durkheim et Weber conviennent tous deux de l'efficacité rationnelle que la profession promeut ainsi que de l'intégration sociale qu'elle permet de réaliser (Saliba, 1994 : 56). De rassembler ainsi des personnes sous un même ensemble de représentations encourage à une forte cohésion sociale. Pour que cela puisse être intégrée de

façon continue et jusque dans les mentalités, la vie universitaire s'organise autour de ces représentations et rend alors possible ce projet. Prend ainsi naissance « la culture du professionnalisme » basée sur des valeurs telles que compétition, progrès, performance, discipline, contrôle et autorégulation (Saliba, 1994 : 53) qui ne cesseront depuis lors de conduire l'évolution des sociétés occidentales.

« Devenue valeur de référence, synonyme aussi bien de réussite personnelle et sociale que de performance thérapeutique, la santé dessine un espace où se croisent les compétences professionnelles et trajectoires individuelles, stratégie publique et médecine plurielle. Dans cette optique, pour les professionnelles et pour les citoyens la santé ne réduit plus aux seules dimensions du corporel et du biologique : elle embrasse des aspects politiques, économiques, juridiques, technologiques, moraux et intellectuels, que le réductionnisme sanitaire tendait jusque-là à escamoter. » (Rossi, 2007).

Témoin de cette évolution, l'écart de plus en plus manifeste entre les besoins et attentes de la population et les réponses apportées par le système.

3.1.2 L'expansion du pouvoir de la profession médicale : d'une baisse de la qualité de la relation thérapeutique aux prémices d'une pratique intervenante

Et en effet, les professions médicales telles que mises en pratique aujourd'hui ne sont pas exemptes de ce phénomène. En effet, leur organisation en perpétuel bouleversement traduit admirablement bien l'écart manifeste entre scientificité et société. La biomédecine s'étant développée en parfaite harmonie avec la représentation positiviste, sa légitimité est aujourd'hui sans borne, elle devient un archétype de la réalisation du projet scientifique. En témoignent la technologisation croissante ainsi que l'hyperspécialisation de la maladie, la quête intarissable d'une systématisation de la maladie, la catégorisation des pathologies, la modélisation de la personne, etc. (Gaines, Davis-Floyd, 2003; Fortin et al. 2008; Baszanger, 2002). Ainsi, technologisation et spécialisation des pratiques encouragent à se concentrer

davantage sur une expertise hyperspécialisée de la maladie, sur une prise en charge segmentée du patient (Baszanger, 2002), sur une course au progrès technique et sur ce que Moisdon nomme « une prise en charge du plateau technique » (2002 : 38). Tout cela n'étant pas sans incidence sur la relation thérapeutique médecin/patient. Et en effet, suite à cette conceptualisation, nous comprenons que la biomédecine telle que mise en pratique aujourd'hui se dissocie toujours davantage des dimensions subjectives de la personne souffrante pour se concentrer sur la maladie en tant qu'objet à part entière (Fassin, 2000). La maladie devient alors l'objet essentiel des préoccupations médicales, quelques fois au détriment de la personne concernée, qui n'est plus appréhendée que comme un sujet passif dans le processus de guérison (Foucault, 2004).

Il va sans dire que cette nouvelle préoccupation participe vivement à la transformation des rapports entre expert et patient dans la mesure où d'une part le professionnel tend à se spécialiser toujours davantage en s'éloignant ainsi de plus en plus de la réalité de son patient. Et d'autre part, dans la mesure où cet éloignement tend à rendre le patient plus distant, voire plus méfiant envers le professionnel. De ce nouveau rapport il en résultera de nouveau « besoins de prises en charge plus globales et mieux inscrites dans le mode de vie de chaque patient » (Bungener et Bazsanger, 2002 : 26).

Vient s'ajouter à ce nouveau rapport ce que nous avons mentionné au cours du premier chapitre, à savoir l'expansion du système biomédical sur un vaste ensemble de structures composites de la société (Le Blanc, 2002). En effet, cette expansion n'est pas sans retombée aucune sur la pratique médicale puisqu'en retour ces mêmes structures semblent s'investir de plus en plus dans la pratique, contraignant et limitant ainsi leur autonomie. Pour Guillaume Le Blanc, philosophe, écrivain et professeur :

« La question, en effet, n'est plus de garantir son autonomie contre les prétendants extérieurs, mais d'empêcher ou de limiter sa suprématie sur l'ensemble des formes de réalité. » (Le Blanc, 2002 : 71)

Ce phénomène d'étatisation somme toute assez récent dans l'histoire de notre société semble avoir bénéficié d'une influence considérable sur la normalisation des rapports entretenus entre État et santé. Normalisation qui, nous le verrons, joue un rôle essentiel dans la dynamique de reproduction à l'œuvre dans les milieux de la santé et dans ce que Guillaume Le Blanc nomme « le conflit des médecines » :

« Le conflit des médecines surgit quand la science, par le pouvoir qu'elle prend dans l'exercice de la médecine, en vient à dicter les normes de vie des sujets, quand ces normes n'ont plus comme critère le sujet vivant ou la médecine des sujets souffrants, mais un savoir pensé en lui-même, à partir des seules possibilités techniques et médicales décuplées qu'elle engendre. » (Le Blanc, 2002 : 75).

Un aperçu de la limitation et des contraintes qu'engendre l'expansion de la structure biomédical sur sa pratique, l'aspect du droit pénétrant de plus en plus la gestion de ce système.

« Il ne s'agit plus de veiller à ce que le droit, par exemple, ne décide de manière trop abrupte de la réalité de la médecine, mais de s'assurer que la médecine ne décide *in extremis* de l'ensemble des problèmes juridiques » (Le Blanc, 2002 : 71).

Structure juridique parmi d'autres encore venant se juxter à la structure biomédicale, elle oblige de par son investissement à repenser la relation médecin-patient étant donné l'introduction de son caractère coercitif. En effet, de plus en plus averti des risques que suppose médicalisation et technologie, le patient semble avoir toujours plus recours à des dispositifs juridiques lorsqu'il y a erreur ou faute médicale. Ce bouleversement causé par l'intrusion du risque médical au sein de la relation thérapeutique est ce que nous qualifions plus communément de passage d'un paternalisme à celui d'un clientélisme. Autrement dit, la relation thérapeutique passe d'un rapport où le médecin fait avant tout figure d'autorité et de bienveillance à ce que Le Blanc qualifie de « relation de méfiance liée à une revendication de transparence culminant dans la divulgation d'un savoir critique relatif à la compétence des médecins eux-mêmes ». Le clientélisme remplace ainsi le paternalisme

médical et confère aux patients un ensemble d'informations et de droits qui toujours selon Le Blanc vient « modifier la relation éthique du médecin au malade en une relation entre deux professionnels de la santé et non plus entre un professionnel et un ignorant ».

Aussi, si le patient semble ici bénéficier d'un certain pouvoir sur l'évolution de son traitement thérapeutique grâce à l'appropriation de la charte des droits de l'Homme dans le cours de sa relation, cela va sans dire que ce pouvoir – aussi légitime et important soit-il – contribue largement à la codification et à la standardisation de ses rapports. En effet, ces enjeux juridiques intervenant au sein de la pratique deviennent source de pression pour le personnel soignant aussi bien que pour les patients perdant ainsi une certaine liberté d'action, laquelle pourrait s'avérer nécessaire suivant les situations.

« La crainte de sanction va réduire la liberté d'action indispensable à la pratique de l'art médical. Ainsi que l'a relevé un éminent juriste, « un excès de responsabilité ne peut que nuire au développement des fonctions médicales en étouffant l'esprit d'initiative de ceux qui les exercent et contribuent à rompre la chaîne du progrès par des entraves trop fortes à l'intervention et à la spontanéité. ». » (Burgelin, 2003).

Et l'aspect du droit n'est qu'un exemple parmi un ensemble de structures venant peu à peu s'immiscer, au cours de ces dernières décennies, au sein de la structure biomédicale. Conséquence directe du trop grand pouvoir octroyé à la profession médicale, ces structures semblent être venues jouer en retour un rôle de contrôle et de régulation, lequel en est venu à contraindre le cours de la pratique (Le Blanc, 2002; Fassin, 2000). Un autre exemple de l'implication de structures connexes dans la sphère biomédicale, celui des nouvelles exigences du domaine économique sur la pratique professionnelle; pensons ici aux conséquences qu'a entraîné la crise du financement du système de soins québécois au cours des années 80. En effet, la croissance des dépenses hospitalières devenant l'objet d'inquiétude croissante, ces institutions médicales publiques deviennent quelques années plus tard tributaires d'un forfait annuel (Lacourse, 2006 : 178). Ce mécanisme de régulation financière entraîne compétitivité et spécialisation (Baszanger, 2002 : 20), la pratique médicale s'en retrouve dès lors affectée de par la rigidité de son « cadre dominant

d'intervention et de financement : la consultation et le paiement à l'acte » (Baszanger, 2002 : 34).

« En effet, la recherche d'efficacité thérapeutique s'accompagne désormais d'une nouvelle exigence, celle de l'efficience de la pratique médicale où, à chaque stratégies d'intervention est aussi assignée une valeur financière. C'est ainsi que se dessine une nouvelle alliance, basée sur la coopération et la coordination entre monde de la santé et monde économique. » (Rossi, 2005)

Baszanger ajoute à ce propos que « la dimension économique et sociale enserme le médecin libéral entre une situation quotidienne de soumission à sa clientèle, dont dépendent ses revenus, et la pression de contraintes financières collectives. » (2002 : 22).

« Il est évident que la multiplication de la mise en cause judiciaire des personnels médicaux et des établissements de soins ne pouvaient pas ne pas avoir, nous l'avons vu, des conséquences très lourdes sur le montant des primes d'assurances, voire sur le nombre des assureurs acceptant d'assumer les risques médicaux. » (Burgelin, 2003)

Toutes ces incursions – juridique, économique et autres – aussi légitimes soient-elles aujourd'hui au sein de l'organisation de la société viennent sans aucun doute contrarier les rapports entre le professionnel et le profane. Ceci dans la mesure où, comme nous avons pu l'observer, le professionnel devient de plus en plus tributaire de modalités externes à son champ d'expertise, de moins en moins autonome et de plus en plus mandaté par l'État (Shön, 1994; Nelisse, 1992). C'est d'ailleurs en concordance avec ces derniers propos que Nelisse en vient à définir ce nouveau phénomène comme celui menant peu à peu vers l'intervention professionnelle :

« Les établissements (privés ou publics) ainsi que les professionnels et leurs corporations se manifestaient de plus en plus pour ce qu'ils étaient (ou étaient devenus) : des agents publics, parties prenantes, à part entière, des pouvoirs étatiques. Les illusions d'exercer une profession libérale (ou une quasi-profession) étaient bel et bien dissipées. Le praticien (comme on disait encore il y a peu) ne pensait plus son action exclusivement dans sa seule relation au client. Il se savait de plus en plus nettement subordonné à un employeur d'abord, à des procédures et à des politiques étatiques ensuite. Ses pratiques étaient perméables à des influences de toutes natures

et elles étaient plus spécifiquement arrimées au pouvoir et aux interventions sociales de l'état providence. Le praticien se savait « intervenant ». (Nélisse, 1992 : 82)

Si la profession médicale, son idéologie et sa formation, semblent de prime abord constituer un frein à l'intégration des pratiques alternatives comme en témoigne largement White dans son article, l'intervention professionnelle médicale telle que considérée ci-dessus constitue un enjeu autrement plus conséquent étant donné la complexité structurelle dans laquelle cette notion semble s'inscrire. S'il s'agit donc pour l'auteure de réajuster les rapports de dépendance et d'autonomie entre le professionnel et l'utilisateur afin d'intégrer l'alternative, il semble par ailleurs nécessaire de réajuster au préalable cette asymétrie présente entre État de droit et État social. À ce propos d'ailleurs, et en regard de cette asymétrie dans le rôle de l'État, Gilles Bibeau confirme cette prétention de la manière suivante :

« C'est une association de l'État de droit et de l'État social qu'il nous faut, je crois, travailler, avec l'objectif « *de construire une société de semblables où, à défaut d'une stricte égalité, chacun serait reconnu comme personne indépendante et prémuni contre les aléas de l'existence; protégé en somme* » (Castel, 2003 : quatrième de couverture) ». (Bibeau, 2008)

Car en effet, si l'État dans son exercice actuel semble davantage porter son attention sur ses obligations internationales que sur ses obligations sociales, comment donc, dans ce nouveau contexte d'intervention, réajuster les rapports d'autonomie et de dépendance entre professionnel et usager sans devoir réajuster en premier lieu cette asymétrie ? Et, à moins de ne pas concevoir l'intervention de la même manière, il semble qu'il y ait que peu d'autres issues à la justification de ce procédé. C'est ce pourquoi, nous allons tenter d'y répondre tout en explorant davantage le concept de l'intervention.

3.1.3 L'intervention professionnelle : une « nouvelle autorité moderne »¹⁴ masquée sous un semblant de professionnalisme

En effet, et même si l'intervention est de nos jours un concept tout à fait répandu, voire « en vogue » au sein de notre société, cela ne signifie pas pour autant qu'il y ait consensus autour de sa définition. Exemple à l'appui, celui développé au préalable sur l'engouement de l'État et des professionnels pour les méthodes alternatives quand bien même nous réalisons l'absence d'assentiment sur le caractère qui lui est imparti. Et pourtant, qui aujourd'hui n'a pas entendu parler d'intervention professionnelle ? Que celle-ci soit militaire, sociale, médicale ou autre, elle semble à présent parti prenante de tous les discours recouvrant des solutions à des problèmes donnés. En revanche, et malgré l'engouement témoigné pour ce nouveau concept, qui peut véritablement s'entendre aujourd'hui sur ce que signifie une intervention professionnelle – mieux encore combien d'entre nous pouvons dire de quoi se démarque l'intervention d'une action professionnelle ?

Claude Néliste tente d'ailleurs à cet effet de clarifier ces deux derniers éléments. D'accord avec « Mme C. de Robertis lorsqu'elle écrit : « *Le mot intervention est [...] plus fort que celui d'action, bien qu'il soit souvent utilisé comme synonyme* » (Robertis, 1981 : 82) », Néliste distinguera alors l'intervention de l'action professionnelle principalement de par le fait que l'intervention serait en quelque sorte le résultat de pratique devenant de plus en plus « scientifique », « de plus en plus homologue au travail industriel, de plus en plus confondu avec le travail de bureau et avec celui des services administratifs. » (1993 : 174)

« L'acte professionnel est de moins en moins l'agir intérieur, continu, conscient, libre et volontaire que le professionnel déploie, à sa manière propre, en toutes circonstances. Il n'est plus le propre d'un individu indépendant, seul maître de ses gestes. Il est de plus en plus la réalisation d'un ordre des opérations tenu pour le chemin le plus sûr et le plus économique en regard d'un objectif donné. [...]. Les professionnels – intervenants dans le processus – s'interdisent, dès lors, toute étude, tout

¹⁴ En référence à Claude Néliste, 1997.

choix et tout jugement de valeur sur les pratiques, les pouvoirs et les finalités des instances supérieures ou des systèmes qui englobent ceux auprès desquels ou sur lesquels ils interviennent. » (Nélisse, 1993 : 174-176)

Autrement dit, l'intervention n'est pas, telle qu'elle se conçoit communément, un quelconque synonyme d'action professionnelle. En revanche, elle est bien plus le résultat de l'aboutissement de la normalisation des comportements et des pratiques. En d'autres termes, – et c'est ce que nous allons développer plus profondément encore lors de ce chapitre – elle se manifeste comme étant la conséquence directe du peu d'autonomie concédé au professionnel.

« Dans une telle perspective, l'abandon des termes « aide » et « service » au profit du terme « intervention » exprime une « vérité » des rapports sociaux réels. L'acceptation du terme « intervenant » par tous les agents dans les services humains manifeste réalisme et lucidité : tous se souviennent toujours qu'ils aident, qu'ils rendent service, qu'ils soignent; mais ils savent que ce faisant aujourd'hui ils sanctionnent des conduites, ils orientent dans des filières prédéterminées, ils imposent des codes de vie, et que leur action thérapeutique est souvent une entreprise de modification du comportement (Lalande, 1990). » (Nélisse, 1992 : 82)

Ceci dit, l'intervention demeurant un concept flou, bien davantage perçue comme une simple extension de l'autorité et du pouvoir professionnel (Nélisse, 1993,1997), il est tout à fait censé et même logique de vouloir réajuster les rapports d'autonomie et de dépendance entre professionnel et usager afin d'intégrer l'alternative au sein de la pratique. Toutefois, et de la même manière que le « flou constitutionnel » planant autour de la relation entre alternative et conventionnelle nous portera à croire à une ouverture de l'État envers la pluralité des représentations, le caractère non défini – mais néanmoins répandu – de l'intervention professionnelle nous mènera à penser son expert comme seul responsable de ces rapports ainsi que du cours de sa pratique. Ce qui fait qu'à la moindre insatisfaction, il deviendra à la fois objet et sujet de notre attention. Autrement dit, de concevoir l'intervention comme une simple extension de l'action professionnelle et non plutôt comme le résultat d'une codification et d'une standardisation de plus en plus présentes au sein des

pratiques, c'est sans aucun doute renforcer de nouveau ce mécanisme de reproduction décrit par White.

Car en effet cela revient à déplacer notre attention sur l'objet de notre insatisfaction – le professionnel et sa pratique – plutôt que de se focaliser sur son véritable sujet, à savoir l'asymétrie présente dans les pouvoirs de l'État. Asymétrie telle qu'elle semble être non seulement à l'origine de l'expansion du pouvoir médical sur un ensemble de structures sociétales, mais plus encore « sur l'ensemble des domaines de la vie » nous dit Didier Fassin, anthropologue, sociologue et médecin (Fassin, 2000). Et si l'on reconnaît ici aisément ce que Michel Foucault qualifiait alors de biopouvoir, il semble que nous pouvons clairement saisir ses prémices dans le passage de l'homme comme sujet d'étude à celui de la maladie comme objet d'attention principale. Ce déplacement d'attention du sujet à l'objet est, selon nous, principalement ce pourquoi l'intervention est davantage perçue comme une extension du pouvoir professionnel plutôt que comme la conséquence directe du peu d'autonomie qui lui est concédé. Tout comme l'attention sera plus dirigée sur l'engouement de l'État pour l'alternative que sur le véritable pourquoi de cet engouement, l'intervention semble davantage devoir sa popularité au fait que son terme – réservé jadis à l'État providence (Nélisse, 1993) – gagne à être reconnu, que ce qu'il recèle véritablement. Et, c'est pourquoi aussi, nous souhaitons réintégrer ici le sujet au cœur des préoccupations actuelles afin de ne pas limiter notre perception à l'objet premier de notre préoccupation.

Si la légitimité octroyée comme de fait à l'intervention est aujourd'hui devenue telle qu'il semble difficile d'en déceler sa véritable nature, nous comprenons aussi que ce même état de fait contribue au maintien et à la reproduction des pratiques et représentations dominantes de la même manière qu'il devient une garantie de la prospérité de la dominance d'un État de droit sur un État social. À cet effet d'ailleurs, elle revête, pour divers auteurs qui ont su penser l'intervention, une nouvelle forme d'autorité moderne (Shön, 1994; Nélisse, 1993) :

« Parler d'intervention [...] c'est bien plutôt invoquer la légitimité d'une forme émergente d'action publique – et corrélativement d'une formalisation procédurale du travail dans les services humains – pour justifier concrètement l'action qui est en cause. Parler d'intervention aujourd'hui, c'est tenir un discours pratique et dominant, un discours qui a le pouvoir de faire ce qu'il dit sans avoir à dire d'où il tient le pouvoir de faire ce qu'il fait. » (Nélisse, 1993 : 178)

De prendre alors en considération la nouvelle matrice institutionnelle et structurelle dans laquelle s'inscrit de nos jours la pratique professionnelle, c'est non seulement être mieux à même de discerner ce qui se dissimule derrière la déshumanisation des rapports entre expert et profane, mais plus encore c'est avoir ici l'opportunité de pouvoir reconsidérer des concepts aussi puissants et galvaudés que celui de l'intervention professionnelle. Car si la professionnalisation a entraîné certains bouleversements au sein des rapports entre professionnel et usager – éloignement, méfiance, etc. – la légitimité octroyée à l'intervention professionnelle semble par ailleurs avoir nettement contribué à la normalisation de ces nouveaux rapports. Normalisation telle qu'elle n'est évidemment pas sans incidences aucune sur le cours des représentations sociales. Ceci dans la mesure où comme nous pouvons l'imaginer et suivant la même logique menée lors du chapitre précédent, la standardisation et l'uniformisation des pratiques et des comportements ne peuvent avoir lieu – sinon à court terme – sans un assentiment social important. Or, si l'intervention professionnelle connaît aujourd'hui un tel succès – nonobstant la dissimulation de ses enjeux – ce n'est pas tant grâce à l'aspect dissuasif qu'implique l'instauration de mesures disciplinaires quant à l'adoption de comportements et de pratiques déviantes, sinon semble-t-il, grâce au résultat d'une incorporation sociale de la norme (Le Blanc, 1992).

Et en effet, si la professionnalisation de la société semble avoir ainsi renforcer les cloisons d'un système reposant sur une idéologie positiviste, les répercussions de l'intervention comme nouvelle forme émergente « d'autorité moderne » ont eu par ailleurs une influence considérable sur les représentations sociales, lesquelles sont venues davantage renforcer ce système que l'en contrarier. Les représentations sociales sont alors ici perçues de la même manière qu'appréhendée dans le chapitre précédent lorsqu'il était question des

différentes interprétations mises en avant par Néliste, à savoir comme le principal moyen d'entretenir et de consolider ce qui semble à priori gratifiant pour les intérêts sous-jacents de l'État de Droit. Car si nous comprenons l'impact d'une vision professionnelle médicale par trop normative sur l'intégration des médecines dites alternatives, que dire alors de l'influence de cette vision sur les représentations sociales liées à la santé ?

3.2 Les représentations sociales : un moyen de faire perdurer un rapport État-Santé de plus en plus normatif

3.2.1 L'individualisation : une valeur sociale inestimable au sein du système

Comme nous en avons pu en témoigner ci-dessus, le pouvoir octroyé aux interventions d'ordre professionnel semble aujourd'hui quasi-immuable tant il fait écho à un ensemble de représentations occidentales façonnées depuis plusieurs siècles déjà. Aussi, peu importe les moyens entrepris pour parvenir à ses fins, ce type d'intervention, de par son origine sociale, historique et politique trouve une légitimité sans précédent tant auprès des institutions mises en place à leur égard qu'auprès de la population. Et s'il semble plutôt clair jusqu'ici que les valeurs mises en exergue par la culture du professionnalisme d'abord et incarnée par celle de l'interventionnisme ensuite témoignent des mêmes valeurs et intérêts sous tendus par ce que promulgue aujourd'hui l'État de droit, le renfort que semble lui prodiguer les représentations sociales, paraît de prime abord profondément contradictoires considérant le peu d'escompte accordé au domaine du social.

En effet, rappelons que les avantages suscités par la mise en forme du professionnalisme correspondent à des valeurs telles que compétition, progrès, performance, discipline, contrôle et autorégulation (Saliba, 1994 : 53) et que plus encore l'avènement de l'intervention de type professionnel semble résulter de la pleine incorporation de ces valeurs.

En revanche, il semble que nous ne pouvons véritablement y percevoir de valeur à proprement sociale telle que la liberté, l'égalité ou la justice par exemple. Ainsi donc, nous sommes en mesure de nous demander ce qui pousse la population à encourager un système qui semble minimiser l'attention portée aux valeurs sociales en faveur de celle portée sur l'individu; qui plus est lorsque ces représentations semblent assez conséquentes pour maintenir le système dans une certaine inertie, laquelle est de toute évidence masquée par l'illusion que celui-ci s'ouvre à la différence. Et en effet, que dire de la portée de ces valeurs si ce n'est d'une perspective individualiste ? En témoigne à cet effet Rossi, anthropologue médical, dans les termes suivants :

« Un des grands enjeux contemporains réside donc dans la nécessité de se réapproprier sa propre personne dans le cadre d'un changement de paradigme culturel : l'individu et l'individualisme comme socle du social. »
(Rossi, 2007: 19).

Ainsi, comment se fait-il que ces représentations sociales soient dominantes alors même qu'elles semblent contraindre toutes possibilités de transformation ? Car en effet comment introduire un changement – aussi minime soit-il – au sein des pratiques médicales sans devoir modifier en retour l'ensemble des modalités structurelles se jouxtant dorénavant à la pratique médicale ? Autrement dit, comment en est-on socialement arrivé à consentir et à encourager un système de plus en plus fermé sur lui-même alors même que notre société est animée par une pluralité de représentations ? Et sans toutefois vouloir en venir à se demander directement comment l'individuel a-t-il pu primer sur le social, au risque de s'engouffrer au cœur d'un débat politique dont l'intérêt d'y répondre n'est pas l'objectif de ce travail, nous nous efforcerons néanmoins de comprendre par quel mécanisme les représentations sociales en sont venues peu à peu à renforcer le pouvoir attribué à l'État de droit sur celui de l'État social.

Nous souhaitons dès lors et dans la mesure du possible, mettre en évidence quelques éléments historiques et sociaux propices à l'alimentation de ce nouveau rapport. Pour cela, de s'introduire une fois de plus dans le domaine des soins et de la santé au Québec permettra

une meilleure compréhension de ces enjeux sociaux. Aussi, conscients que nous ne pouvons énumérer l'ensemble des facteurs sociaux ayant une incidence plus ou moins directe sur la consolidation des nouveaux rapports État-santé, notre attention se portera sur quelques comportements et conceptions d'ordre social, lesquels découlent directement d'une seule et même représentation concernant la santé : sa définition attribuée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS). Signification particulièrement influente sur l'individualisation des comportements ainsi que sur le pouvoir octroyé aux interventions de type biomédical, notre intérêt s'y attardera afin d'être mieux à même de saisir ce processus social par lequel aura finalement lieu la reproduction du système tel qu'il se conçoit actuellement. Cette meilleure compréhension de ce mécanisme dans l'optique toujours de rendre effectif la conciliation de diverses représentations médicales sans que surgisse aussitôt une notion d'illégitimité en opposition à une normalité associée majoritairement aux interventions biomédicales.

3.2.2 La définition de la santé de l'OMS : un préambule fortuit à l'élaboration d'un système clos

« La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et pas seulement l'absence de maladie et d'infirmité. Pour parvenir à un état complet de bien-être physique, mental et social l'individu ou le groupe, doit pouvoir définir et réaliser ses ambitions, satisfaire ses besoins et évoluer avec son milieu ou s'y adapter. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie; c'est un concept positif mettant l'accent sur les ressources sociales et personnelles, et sur les capacités physiques. »

Voici donc ce que prône l'OMS au sortir de la Seconde Guerre Mondiale, soit en 1948. Définition de la santé qui semble aujourd'hui quelque peu idéal considérant, outre la condition humaine en elle-même, la multiplicité des regards portés sur la santé. Néanmoins, et à défaut de porter un jugement hâtif sur l'idéal-type proposé par cette définition, il semble pertinent pour les besoins de cette étude de réinscrire brièvement cette définition dans une trame historique, sociale et culturelle qui fut propre à sa mise en place. De recontextualiser cette définition permettra en effet de comprendre davantage sa teneur, mais aussi

d'appréhender d'un œil plus avisé les conséquences qu'elle a générées sur les valeurs et comportements sociaux. Dès lors, nous serons ici davantage en mesure de comprendre pourquoi certaines représentations sociales – dominantes en l'occurrence – concourent au maintien d'une société basée sur des principes excluant une large majorité d'acteurs plutôt que sur des principes se faisant l'écho d'une société plurielle. Car nous allons voir ici que si la plupart de ces représentations sociales semblent à première vue loin de vouloir porter atteinte à cette diversité, l'intériorisation des rapports normatifs entre État et santé semble par ailleurs constituer un enjeu majeur dans ce « processus d'uniformisation » et de « convergence culturelle » dont nous fait part Deena White.

La définition de la santé de l'OMS, aussi idéale qu'elle puisse paraître, s'inscrit dans une période pleine d'espoir et de besoins de renouveau, soit durant la période de l'après-guerre où le développement économique ainsi que les avancées technologiques ne vont cesser de croître. Époque charnière où vient donc se greffer multiples espoirs en tout genre, la santé devient par là même un état auquel il convient de s'attacher afin d'atteindre les promesses véhiculées par les nouvelles valeurs exacerbées de l'après guerre. Si ces valeurs s'inscrivent de plein fouet dans l'idéologie positiviste promue par le siècle de la Raison et de la scientificité, la santé devient ici même une notion emprunte de ces représentations, où progrès, compétitivité et performance deviennent les promoteurs de cet idéal-type (Rossi, 2007).

Ainsi et même si la santé fût de tout temps une préoccupation plus ou moins centrale dépendant la culture dans laquelle elle s'est immergée, en Occident, nous ne pouvons que témoigner de l'ampleur considérable que cette notion évoque dans les préoccupations actuelles de la société. Témoin des nombreux bouleversements que cette préoccupation a suscités au sein des rapports entre société et santé, est la quête insatiable de performance que cette notion de santé « parfaite » implique aujourd'hui (Bibeau, 2008). Véritable obsession, elle ne constitue plus seulement l'envers de la maladie, mais plus encore elle devient « un état complet de bien-être physique, mental et social ».

Cela va sans dire que cette même définition conduit quasi-naturellement à l'obsession de l'atteinte de la santé suprême puisqu'elle prône des conditions difficilement réalisables, voire même impossibles à atteindre pour une majorité de la population mondiale dont les circonstances de vie ne permettent pas même la spéculation de ce parfait équilibre.

« L'entrée dans le 21^{ème} siècle s'est faite dans la confusion, avec d'un côté le mythe de la santé parfaite qui prétend pouvoir effacer la souffrance et de l'autre, l'évidence que le bonheur promis est une impossibilité pour bon nombre de personnes. » (Bibeau, 2008)

Et quand bien même cet État de complet bien-être serait atteint, il n'en serait que très probablement provisoire étant donné les valeurs dominantes sur lesquelles s'appuie notre société actuelle. Ainsi donc, cette quête intarissable débouche quasi-immanquablement sur une croissance obsessionnelle laquelle s'inscrit de nos jours autant sur la maladie que sur la santé. Cette double obsession conduira en outre et peu à peu à l'adoption de représentations et de comportements davantage individualistes (Rossi, 2007).

Et afin d'appuyer ces propos, nous allons illustrer plus profondément encore ce phénomène à travers une brève analyse de la constitution de la « société du risque » tel que définit par Ulrich Beck. Car, si l'idéal-type de santé généré par la définition de l'OMS a engendré certaines inquiétudes au sein de la population, le mouvement ne s'interrompt pas ici en laissant place à une définition de la santé plus à même de refléter les multiples réalités humaines. Bien au contraire même, cela semble précisément être à cet embranchement que cet idéal-type jouera un rôle essentiel, voire déterminant, dans l'élaboration d'un système clos.

3.2.3 De la société du risque à l'élaboration de stratégies sanitaires : une intériorisation de la norme

Cette double obsession santé-maladie semble conduire inexorablement à faire de la société ce qu'Ulrich Beck, sociologue allemand, définit comme une société fondée sur le risque. En effet, c'est en 1986, à travers la parution de son œuvre intitulé *La société du risque*, que l'auteur fait alors état du bouleversement qu'a engendré le passage d'une société industrielle dont la préoccupation principale tournait alors autour de la répartition des richesses à une société dorénavant centrée sur la répartition des risques (Beck, 1986). En effet, le risque ne se présente plus comme un élément extérieur, mais il devient un élément inhérent et même constitutif de la société. Sans entrer plus avant dans le contenu de cette œuvre, il nous paraît évident que ce changement de priorité au sein des prérogatives sociales et structurelles semble avoir contribué de quelques manières à rendre davantage recevable certains principes liés aux représentations et aux valeurs sous tendues par le professionnalisme et même incarnées par l'interventionnisme. Aussi, et afin d'étayer ces propos, nous souhaitons ici et à l'aide de quelques phénomènes résultant de cette transformation, mettre davantage en perspective ce qui se dissimule sous ce concept de « société du risque ».

Ainsi, en ce qui concerne le domaine des soins et de santé, Geneviève Paicheler, directrice de recherche au CNRS, témoigne au travers d'un article intitulé « Présentation » (2007) de la hausse des angoisses relatives aux risques sanitaires à l'intérieur des sociétés occidentales ainsi que des stratégies mises en œuvre afin de contrôler ces risques. Si l'obsession pour la santé et la maladie provient principalement de la promesse véhiculée de l'atteinte d'une santé parfaite ainsi que de la foi octroyée aux nouvelles technologies et découvertes scientifiques, nous comprenons ici et à travers les dires de l'auteure que la hausse des angoisses sanitaires résultent précisément de ces mêmes causes (Paicheler, 2007). Autrement dit, l'angoisse ne cesse de croître devant l'impossibilité d'atteindre cette promesse ainsi que devant la conscientisation des limites de la science et des techniques. La

peur prenant ainsi une place considérable au sein de la société, il est dès lors plus aisé d'appréhender ses retombées au travers l'alimentation de représentations disposant d'un pouvoir déjà bien fondé et donc capable de mettre à profit dispositifs sécuritaires afin de pallier à ces angoisses. De toute évidence, nous comprenons ici que ces représentations seront nul autres que celles encouragées par la sphère professionnelle étant donné que cette dernière se constitue aujourd'hui en véritable pilier organisationnel de la société.

Témoin de cet état de fait, deux phénomènes produits de cette double obsession venant ainsi à fortifier le pouvoir attribué à l'intervention médicale. D'une part, celui de la « santéisation » que Conrad définit comme une « nouvelle morale de la santé » (1995) reflétant ainsi l'ampleur de cette préoccupation à travers le déploiement d'une panoplie de discours médiatiques. Et d'autre part, celui de la médicalisation, lequel prend une envergure telle au sein de la société qu'il semble se constituer comme un véritable moyen de régulation des conduites individuelles et de phénomènes sociaux (Conrad, 1995; Fassin, 2000). Pour Le Blanc d'ailleurs « la médicalisation, c'est précisément la généralisation du risque médical dans les domaines non médicaux » (2004 : 48). Ainsi donc, nous comprenons que l'angoisse sanitaire prend de telles proportions que tout un arsenal de stratégies et d'outils sont déployés de part et d'autre de la société afin de toujours contrer ces potentiels risques (Paicheler, 2007). Stratégies et outils qui, nous l'aurons bien compris, sont du ressort des professionnels.

En est un exemple pertinent dans le domaine des soins et de la santé la promotion des habitudes de vie saines (HBV) qui pousse l'individu à l'induction de certains comportements de santé de par une forte incitation à l'adoption de conduites sociales déterminées. Ces habitudes de vie intégrées au quotidien se constituent dès lors comme le principal moyen de se prémunir contre les aléas de la vie. Ainsi colportés sur un ensemble populationnel considérable, ce moyen de prévention semble avoir pris une ampleur telle dans les dernières décennies que les comportements qu'il promeut semblent aujourd'hui être incorporés jusque dans les mentalités. Loin de vouloir remettre en question ici la nécessité

de ces campagnes, nous paraît peut-être plus dubitatif les connaissances sur lesquelles s'appuient les différentes interventions menées. À ce propos d'ailleurs, Katherine L. Frohlich et Blake Poland témoigne de ses principales limites et de tout l'intérêt qu'il y aurait d'impliquer dans cette démarche une perspective davantage contextuelle des champs sociaux dans lesquels ces campagnes d'intervention s'investissent. Par ailleurs – et sans s'étaler ici davantage sur le sujet – ce qui nous intéresse ici c'est le fait que semble résulter de ces interventions mises en œuvre pour se tenir à distance de l'omniprésence du risque sanitaire, une certaine normalisation des comportements sociaux, qui, nous l'avons déjà mentionné, ne sont pas sans incidences sur le maintien d'un système en tout point hermétique à l'introduction de nouvelles représentations au cœur des pratiques médicales.

Car en effet, comment peut-on juger de la portée de nos propres représentations sur le cours de la société quand nos comportements et pratiques deviennent normalisés à un point tel qu'à la question de savoir pourquoi agir de telle ou telle façon, nous nous approprions le plus souvent son origine ? Autrement dit, comment ne pas alimenter le pouvoir des représentations dominantes quand bien même nous agissons et réagissons de par ces mêmes représentations ? Peut-être plus important encore, quel est donc ce mécanisme qui fait en sorte que nous nous approprions le plus souvent ces comportements comme s'ils nous appartenaient, comme s'ils étaient de notre seul ressort ?

3.3 Des représentations sociales pour la conceptualisation de ce nouvel espace : une transformation nécessaire du rapport État-Santé

3.3.1 De l'instrumentalisation des valeurs sociales à sa « désinstrumentalisation » : la possibilité de créer une nouvelle dynamique

En vue de répondre, en partie du moins, à notre question, reprenons ici la promotion des habitudes de vie (HBV) saines. Mise sur pied par des chercheurs dans le domaine de la santé publique afin de protéger la population des risques sanitaires imminents au sein de la société, cette stratégie de prévention s'exerce essentiellement de par la propagation de discours stimulant fortement la population à adopter tel ou tel type de comportement. Entreprise au premier abord estimable considérant son mandat, elle semble néanmoins se revêtir des mêmes stigmates propres à la dynamique de reproduction des représentations dominantes à l'œuvre au sein du système de santé. En effet, et en tant que stratégie institutionnalisée, elle s'inscrit aujourd'hui de plein fouet dans cette vague d'intervention professionnelle, laquelle semble à la fois produit et résultat d'une incorporation sociale de la norme. En revanche, cette affiliation quoi qu'évidente ici, étant donnée notre perspective de l'évolution de la conventionnalisation des pratiques, semble par ailleurs être plus ou moins dissimulée à ses répondants. Cette dissimulation non seulement, et nous l'avons vu, grâce au caractère indéfini du concept « d'intervention », mais aussi, pensons nous, moyennant quelques attraits sociaux.

Teintée en effet par la mise en perspective d'une valeur particulièrement intéressante, cette stratégie de prévention sanitaire semble ainsi masquer quelques enjeux de pouvoir et de reproduction à l'œuvre. C'est ainsi, semble-t-il, à travers la notion de responsabilité individuelle prônée de part et d'autre de la société que la population devient plus apte à adopter certains comportements propices à la prévention sanitaire sans que ces derniers n'y

soient directement contraints par des mesures disciplinaires. En effet, notion qui s'apparente de très près à des valeurs telles qu'autonomie et liberté (Rossi, 2007), elle semble ici grandement faciliter l'incorporation de certains comportements sanitaires dans la mesure où ces derniers deviennent en quelque sorte un moyen de parvenir à se prémunir de ces mêmes valeurs. Pour ce faire, Il n'y a qu'à se remémorer le succès imputé aux campagnes de vaccination contre la grippe H1N1. L'emphase fortement portée en effet sur cette même responsabilité – individuelle d'abord, collective ensuite – cette campagne a convaincu des millions de personnes à vouloir bénéficier de ce vaccin. Sans entrer plus avant dans les détails de cet évènement, au risque de nous éloigner de notre problématique, nous souhaitons ici plutôt rendre compte de l'intérêt de la mise en perspective de cette valeur sur 1- la mise en œuvre de nouveaux comportements et 2- sur leur normalisation.

Ainsi donc, la normalisation des comportements semble en quelque sorte induite grâce au faire-valoir de la notion de responsabilité. Toutefois, comprenant plus amplement la dynamique dans laquelle ce contexte l'inscrit, nous ne pouvons que percevoir ici l'instrumentalisation de cette notion. Car en effet, comment cette notion de responsabilité récupérée dans ce cadre systémique peut-elle véritablement tendre vers les valeurs qu'elle recèle quand bien même le cadre dans lequel elle s'inscrit prône l'atteinte de valeurs quasi-contradictaires ?

« La responsabilité accrue qu'il [l'individu] assume dans le déroulement de son parcours existentiel entraîne, outre l'autonomie et le sentiment de liberté, l'impératif de la réussite et de l'adaptation – ce qui est loin d'aller de soi. La souffrance sociale naît aussi de ces injonctions » (Rossi, 2007 : 20).

Pas étonnant donc, en regard de ce constat, que les représentations sociales en soient peu à peu venues à renforcer et à alimenter l'asymétrie entre État de droit et État social. Car en effet, l'instrumentalisation de valeur telle que la responsabilité semble mener quasi-immanquablement vers l'individualisation des rapports et des comportements comme le mentionne si bien Ilario Rossi : « lorsqu'on insiste tant sur la responsabilité individuelle, on

rend invisible le contexte social dans lequel s'exerce un comportement » (2007). Et de la même manière que les pratiques dites « alternatives » sont instrumentalisées lorsqu'intégrées au sein des mêmes modalités qui ont poussé l'alternative à se mettre en forme, cette responsabilité se trouvera à renforcer plus encore les cloisons d'un système hermétique.

Et, si à la question de savoir pourquoi agir de telle ou telle manière, l'individu a plutôt tendance à associer l'origine de ses comportements et pratiques à son histoire personnelle, ce n'est pas tant par mauvaise foi ou par manque de repère, mais bien plutôt, semble-t-il, par une incorporation de la norme moyennant ici quelques attraits sociaux. Et, c'est ce phénomène, entre autres, que nous aurons l'occasion de démontrer plus profondément encore lors du chapitre suivant, lequel sera dédié à l'analyse des données de notre terrain réalisé auprès d'acupuncteurs montréalais.

3.3.2 Les représentations sociales instigatrices d'un nouveau rapport État-Santé

D'avoir ainsi l'opportunité, à travers ce chapitre, de dresser une ébauche de la dynamique présente dans le domaine de la santé permet de saisir mieux encore l'habileté de ce système à rendre peu à peu uniforme tous comportements et pratiques affichant des caractéristiques plurielles. Aussi, la mise en perspective de ses capacités à dissimuler ce mécanisme de reproduction non seulement de par cette ambiguïté présente autour du caractère imparti à l'intervention, mais plus encore de par l'exposition de différents attraits sociaux, nous mène à porter davantage encore notre attention sur ce dernier phénomène. Car, si ces attraits constituent à n'en pas douter un outil considérable dans la production et reproduction d'un système hermétique à la pluralité des représentations, que dire alors du pouvoir de ceux et celles qui en font usage sur la création et le maintien de ce système ?

En effet, il apparaît clairement, après lecture de ce chapitre que si les pratiques médicales professionnelles de plus en plus intervenantes, de moins en moins proches des réalités sociales et humaines (Rossi, 2007) constituent à n'en pas douter un enjeu de taille dans l'intégration de représentations médicales dites « alternatives », les représentations sociales semblent par ailleurs être seules garantes de la pérennité d'un système fermé sur lui-même. En d'autres termes, le professionnalisme tel qu'il se manifeste aujourd'hui semble davantage détenir un pouvoir de normalisation tandis que les représentations sociales paraissent bénéficier d'un pouvoir de régulation permettant de les maintenir actives. C'est ce que nous a largement démontré les conséquences de la définition de l'OMS. En effet, rappelons que ses répercussions ont peu à peu contribué à l'édification de ce que Beck nomme « la société du risque » (1984), laquelle a été en retour maintenue et consolidée par des phénomènes sociaux tels que « santéisation » et « médicalisation ». Ainsi, et quel que soit ici l'ampleur du pouvoir qui profite actuellement davantage à la marge de manœuvre concédée à un État de droit sur celle d'un état social, cela ne signifie pas pour autant l'inéluctable cristallisation de cette dynamique, si ce n'est un bouleversement important au niveau des perspectives sociales.

Bouleversement qui, selon nous, pourra prendre forme dès lors qu'il y aura une conscientisation de l'instrumentalisation des valeurs sociales mises en exergue par le système conventionnel. Et, même si nous y reviendrons plus en détail lors du dernier chapitre lorsque nos pistes de réflexion quant à l'instauration d'une nouvelle dynamique seront plus amplement appuyées par nos acupuncteurs ainsi que par différents auteurs, il semble tout de même pertinent ici et pour les besoins de notre chapitre suivant de développer d'avantage ce propos. Car effectivement, si nous avons pu, dans le cadre de cette étude, déceler l'instrumentalisation de valeur sociale telle que la responsabilisation, nous avons pu aussi témoigner de son pouvoir d'attraction sociale. Pouvoir tel qu'il semble tout à fait justifié de penser que de « désinstrumentaliser » ces mêmes valeurs conduiront vers la création de cet espace intermédiaire.

Car en effet, c'est bien cette instrumentalisation qui semble faire que, paradoxalement, aujourd'hui l'individu a plutôt tendance à consolider la dynamique de ce système alors même qu'il semble de plus en plus le déplorer. C'est aussi l'instrumentalisation de valeur comme responsabilité qui semble faire que, paradoxalement encore, l'individu semble plutôt avoir une tendance à battre en retraite et à se déresponsabiliser devant la trajectoire que prend le système actuel.

« Ce modèle hautement compétitif produit structurellement des barrières, des inégalités, de l'exclusion et de la désaffiliation, lesquelles semblent être nécessaires au fonctionnement même de notre système économique »
(Bibeau, 2008 : 6)

Néanmoins, comment pourrait-il en être autrement dans la mesure où l'individu, répondant en premier lieu à des pratiques et comportements détenteurs de valeurs telles que la responsabilisation, l'autonomie, la liberté, etc., témoigne de plus en plus d'une société prenant une trajectoire quasi inverse à ces mêmes valeurs ? Autrement dit, comment l'individu peut-il se sentir véritablement responsable de cette trajectoire quand il ne perçoit que rarement, sinon de manière éphémère, la couleur des valeurs auxquelles il pense d'abord répondre en posant telle ou telle action ? C'est dire que l'instrumentalisation des valeurs sociales constitue un enjeu dans l'intégration d'une nouvelle dynamique tant elle semble alimenter celle en cours en destituant le pouvoir de l'individu alors même que ce dernier est en fait à l'origine de sa maintenance.

De penser les représentations sociales comme contraignantes en vue de la situation actuelle est une chose qu'il est important de prendre en considération, mais de percevoir le pouvoir créateur que détiennent ces mêmes représentations en est une autre essentielle compte tenu de la vision de cette étude qui est celle de conceptualiser un nouvel espace organisationnel qui puisse être à l'image de cette pluralité sociale. Et, de là vient nos propos sur la nécessité de conscientiser l'instrumentalisation de ces valeurs sociales dans l'optique d'une nouvelle perspective. Aussi, et comme mentionné ci-dessus, nous y reviendrons plus en détail dans le dernier chapitre où il sera question d'élaborer quelques pistes de réflexion

offrant alors la possibilité de restaurer le pouvoir à l'individu. Ceci, non seulement dans l'optique que médecine conventionnelle et médecine alternative puissent être pensées en complémentarité, mais plus profondément encore – et nous le verrons particulièrement dans les deux prochains chapitres – dans l'intention de recouvrer un rapport État/Santé qui soit davantage induit par les intérêts de la population plutôt que déductible d'intérêts qui débordent – semblerait-il – de ces besoins premiers. Aussi, et avant d'entamer le dernier chapitre de ce mémoire, nous souhaitons dans ce prochain chapitre mettre en perspective ces mêmes phénomènes menant à la reproduction de cette dynamique tout en faisant état des expériences et des discours partagés par nos acupuncteurs sur les enjeux liés, d'un point de vue pratique, à l'intégration de leur exercice au sein du système.

3.3.3 De la théorie à la pratique : le cas des acupuncteurs et de l'intégration de leur pratique

Car, si aujourd'hui les médecines alternatives cherchent à se faire reconnaître en usant des mêmes valeurs sociales mises en exergue par l'État pour gagner leur clientèle (Bouchayer, 1994) elles semblent par ailleurs vouloir y répondre autant que faire se peut dans la mesure où en plaçant le patient au centre de ses préoccupations elles lui restituent une partie de son pouvoir (Bouchayer, 1994). Toutefois, et comme nous l'avons bien compris, d'intégrer les médecines alternatives au sein du système tel qu'il procède actuellement, c'est aussi placer l'alternative dans les rouages de ce mécanisme d'assimilation-reproduction dont nous fait part White. C'est par conséquent perdre peu à peu le pouvoir d'incarner ces valeurs sociales au profit de valeurs dominantes telles « l'impératif de la réussite et de l'adaptation » (Rossi, 2007 : 20). Et, nous sommes tentés ici d'affirmer que s'il y a intégration de l'alternative au sein de ce système, cette médecine – tout comme d'autres – court le risque d'être soumise aux mêmes modalités structurelles qui favorisent leur développement, voire leur émergence. Ainsi donc, elles seront sans doute peu à peu assimilées au système dominant jusqu'à s'y confondre. Et si c'est le cas, nous pouvons déjà

anticiper la création de nouvelles alternatives venant répondre à ce déséquilibre présent entre État de droit et État social. C'est ce pourquoi nous insistons tant sur la conceptualisation d'un espace intermédiaire où puisse se conjuguer diverses représentations ayant cours sur la santé et la maladie sans pour autant qu'une de ces conceptions prenne le devant sur toutes les autres.

CONCLUSION

Les principaux rouages propres au mécanisme de reproduction à l'œuvre au sein du système dominant ayant été amplement parcourus à travers ce chapitre, nous considérons la théorie quant aux enjeux de l'intégration de l'alternative suffisante pour les besoins de ce mémoire. En effet, de la mise en exergue des représentations sur lesquelles se fonde le professionnalisme, nous avons peu à peu, et suivant l'évolution de la profession, mis à jour l'ambiguïté du caractère de l'intervention. De là, s'est immédiatement imposé le constat selon lequel l'État entretient un rapport de plus en plus normatif à la santé; rapport qui d'ailleurs est lui-même alimenté et fortifié par les représentations sociales. Ces constats nous ont donc conduit à rechercher de quelles façons ces représentations pourraient-être vectrices d'un renouveau dans lequel l'être humain pourrait-être un véritable acteur, qui plus est conscient de sa réalité. Aussi, et si nous développerons davantage sur ses « solutions » lors du dernier chapitre de ce mémoire, il devient urgent à ce stade d'intégrer une vision pratique à cette étude.

Ainsi donc, et en vue de démontrer de manière plus pratique que théorique cette fois, ces mêmes enjeux professionnels et sociaux menant à la reproduction du système dominant, une analyse qualitative du discours de trois acupuncteurs montréalais sur l'intégration de leur exercice au sein du système, nous permettra non seulement de confirmer notre réflexion menée au préalable, mais plus encore de bénéficier de nouvelles pistes tout à fait pratique pour la conceptualisation de ce nouvel espace. Si notre choix s'est porté sur l'acupuncture en

particulier, c'est parce que nous pensons que cette médecine se trouve à être à un embranchement bien spécifique, lequel rend considérablement intéressant l'étude de son cas. À la jonction entre deux systèmes de représentations, l'acupuncture semble en effet bénéficier de ces deux caractères, lesquels ont été jusqu'ici opposés tant dans leur représentation que dans leur façon de procéder. En effet, cette médecine rend à la fois compte d'un caractère « alternatif » étant donné les représentations sur lesquelles reposent ses connaissances et son savoir-faire, et à la fois d'un statut conventionnel lequel reconnaît sa pratique comme une profession médicale à part entière. Ainsi, et nous verrons que de cette jonction entre ces deux systèmes naît quelques discours tout à fait révélateurs de l'ambiguïté sur lequel repose son double caractère.

Chapitre 4

Le cas de l'intégration de l'acupuncture au sein du système de santé québécois : témoin de son étanchéité

INTRODUCTION

Alors que le chapitre précédent s'emploie à déconstruire le mécanisme de reproduction à l'œuvre au sein du système de santé dominant, ce quatrième chapitre s'applique à démontrer d'un point de vue pratique les répercussions de ce phénomène sur l'intégration de la pratique de l'acupuncture à Montréal. En effet, c'est à travers différents discours rapportés par des acupuncteurs montréalais sur les enjeux liés à l'intégration de leur pratique au sein du système médical dominant que nous aurons ici l'opportunité de vous faire part des retombées qu'implique une dynamique où le rapport entre État et santé semble davantage résulter d'intérêts concordant avec une logique marchande que d'intérêt découlant directement d'une logique démocratique (Contandriopoulos, 1997). En d'autres termes, ce quatrième chapitre s'efforcera de rendre compte – du mieux possible et à travers l'expérience et l'opinion de différents acupuncteurs – de l'impact d'une dynamique sociale et professionnelle convergeant davantage vers l'uniformisation des pratiques médicales que vers leur diversification.

C'est ainsi que le cas pratique de l'intégration de l'acupuncture en viendra à réfléchir grands nombres des théories et hypothèses avancées lors des trois précédents chapitres. Ceci dans l'optique de mesurer non plus seulement hypothétiquement et théoriquement les enjeux propres à l'intégration de l'alternative au sein du système tel qu'il se conçoit actuellement, mais pour être en mesure de pouvoir les distinguer à même le terrain et d'éventuellement pouvoir en réajuster ou en modifier son cours afin de susciter la création de cet espace

intermédiaire dont nous faisons si souvent mention. Nous serons d'ailleurs aussi plus à même de distinguer les répercussions de la scission entre alternative et conventionnel sur la manière dont certains ont de penser l'intégration de leur pratique.

4.1 L'acupuncture : un cas pratique écho du double phénomène ouverture-résistance de l'État québécois

4.1.1 Ce que miroite le cas de l'intégration de l'acupuncture en résumé

Si au cours du premier chapitre nous avons eu l'occasion de mettre en perspective le phénomène d'ouverture et de résistance de l'État quant à l'introduction de la nouveauté au cœur de ses pratiques, nous avons aussitôt compris que ceci n'avait rien de contradictoire, sinon que ce double phénomène reflétait une asymétrie certaine au cœur des préoccupations de l'État. Et en effet, d'un État de droit prenant aujourd'hui nettement les devants sur un État social, nous avons émis l'hypothèse selon laquelle l'alternative venait à se démultiplier en réponse à ce déséquilibre. Or, le développement de la pratique de l'acupuncture à Montréal, nonobstant ses qualités de médecine séculaire, ne semble pas exempt de ce même état de fait. Et c'est ce que nous appréhenderons suite à une présentation succincte des grandes lignes directrices de la médecine chinoise lorsqu'il sera question de décrire brièvement le chemin qu'a parcouru la pratique de l'acupuncture au Québec.

Aussi, et tout au long du chapitre deux, nous nous sommes intéressés au caractère indéfini de la relation entre l'alternative et le conventionnel et nous avons pu, grâce aux apports théoriques de Deena White et de Claude Nélisse, mettre en exergue ce qui se dissimulait alors sous l'engouement soudain de l'État pour l'insertion de méthodes alternatives en son sein. De la mise en perspective de représentations dominantes à l'appropriation des techniques alternatives jusqu'à la mise en exergue du mécanisme de

reproduction à l'œuvre au sein des milieux conventionnels, les différents apports théoriques de White nous ont non seulement permis d'appréhender plus clairement cette relation, mais plus encore ils nous ont peu à peu conduit à déceler le rôle essentiel des représentations sociales dans le maintien de ce « flou constitutionnel ». Ainsi, et grâce aux apports conceptuels de Nélisse quant aux interprétations sociales circulant autour de l'alternative juridique, nous avons pu mieux discerner encore les raisons pour lesquelles l'État manifeste son engouement pour les approches et méthodes alternatives quand bien même ses intérêts actuels devraient s'y opposer de toute part. En effet, cet engouement – aussi manifeste soit-il – s'avère être inoffensif dans la réhabilitation du pouvoir d'un État social étant donné son faible taux de pluralisme. Toutefois, il contribue à créer l'illusion selon laquelle l'État s'ouvre à la diversité; illusion qui de toute évidence masque le mécanisme de reproduction mis en évidence par White. Aussi, l'analyse des différents discours rapportés par nos acupuncteurs semble témoigner sensiblement de ces mêmes enjeux lorsque ces derniers doivent non seulement systématiquement prouver de leur bien-fondé quand bien même bénéficiaire d'un statut officiel, mais plus encore lorsque dans leur propres discours nous sommes en mesure de déceler les prémices « inconscientes » de ce mécanisme de reproduction-assimilation.

Dès lors, et suite à l'importance concédée au domaine des représentations sociales dans le maintien de cette dynamique de reproduction, le troisième chapitre quant à lui s'est évertué à déconstruire de plus près ce mécanisme afin de comprendre plus encore le pourquoi et le comment de la formation de représentations sociales contribuant à l'élaboration d'un système clos. Phénomène de prime abord contradictoire considérant le peu d'intérêt social qu'il y a de participer à la création d'un système fermé sur lui-même, il devient pourtant indéniable ici que ces représentations constituent actuellement un enjeu majeur à l'intégration de l'alternative dans son entièreté. Amplement manifeste dans la sphère médicale, nous nous sommes donc intéressés au processus par lequel les représentations sociales liées au domaine de la santé en sont venues peu à peu à mettre en

place un système de santé publique hermétique à la rencontre d'autres conceptions du corps, de la santé et de la maladie.

C'est ainsi à travers l'exploration du domaine professionnel que nous en sommes peu à peu venus à considérer ce processus comme étant issu du nouveau rapport que l'État entretient avec la santé. Rapport de plus en plus normatif, il semble avoir ici largement contribué à la désaffiliation du pouvoir social dans la mesure où il n'est plus directement produit des besoins et attentes sociales, mais bien plus résultat d'une logique d'État, laquelle répond manifestement et en premier lieu à une logique économique. Les témoignages recueillis par nos informateurs semblent par ailleurs sous entendre à plusieurs reprises les difficultés qu'ils éprouvent face à ce nouveau rapport État-santé. Et en effet, c'est encore une fois à travers leur témoignage quant à l'intégration de leur pratique au sein du système de santé, que nous allons pouvoir mieux comprendre encore, d'un point de vue pratique, ce que signifient des représentations sociales participant à l'élaboration de cette dynamique ainsi qu'à la désaffiliation du pouvoir social.

Il nous a semblé nécessaire ici d'écrire un bref résumé du contenu de nos chapitres précédents dans la mesure où le cas de l'acupuncture vient à plusieurs reprises appuyer ces dires. Et avant de commencer l'analyse de nos discours, il semble essentiel d'abord de présenter cette médecine que nous avons choisie dans le cadre de cette étude – même si ce n'est que très partiellement étant donné l'ampleur de ses connaissances et conceptions. Et, pardonnez-nous d'avance si dans son descriptif nous n'avons pu que très partiellement rendre compte de son riche contenu.

4.1.2 L'acupuncture : quelques orientations d'ordre théoriques

Vieille de plus de 3000 ans « dit-on », la médecine chinoise est reconnue comme étant la plus ancienne des médecines transcrites (Sapriel, 2006; Mené, 1990). C'est en effet

grâce au plus ancien traité de médecine chinoise (2650 av. J.C) connu alors sous le nom de *Huangdi Nei jing* (Sapriel, 2006; Mené, 1990) que l'essentiel des fondements de cette médecine a pu être conservé et partagé à travers le monde. Conçu et écrit par l'empereur Jaune et ses différents médecins, cet ouvrage comporte à l'origine 19 chapitres subdivisés en deux parties (*Su Wen* et *Ling Shu*); la seconde étant entièrement consacrée au traité de l'acupuncture. Traduit et recomposé de nombreuses fois au fil des siècles, il demeure la référence constante dans l'enseignement des bases théoriques de la médecine chinoise. Ainsi, si cette médecine s'est particulièrement répandue et développée au cours des siècles dans différents pays avoisinant la Chine, ce n'est qu'au cours du 20^{ième} siècle qu'elle est véritablement appréhendée dans les pays occidentaux sous une perspective médicale (Ulett et al., 1998). Cette insertion tardive – nous y reviendrons plus tard – non seulement en raison de la distance géographique séparant la Chine des pays occidentaux, mais plus encore peut-être du fait de la distance culturelle qu'implique l'appréhension de ses conceptions et théories.

Car en effet, emprunte de représentations propres au milieu dont elle est issue, la médecine chinoise dans son appréhension médicale n'a de conception de l'être humain, de la santé et de la maladie qui soit similaire à celle promue par la médecine occidentale contemporaine (Mené, 1990; Ulett et al. 1998). Sa conception du corps, par exemple, s'éloigne considérablement de celle partagée en Occident au sein des représentations dominantes (Mené, 1990; Ulett et al, 1998; Sapriel, 2006). Rappelons à cet égard que la vision des corps dans le domaine de la médecine occidentale se comprend davantage dans la terminologie foucauldienne « corps-machine » que dans la conception culturelle et sociale chinoise, laquelle appréhende les corps comme un organisme à l'image de l'organisation du macrocosme. Loin d'être perçu comme un objet indépendant du reste du cosmos, les fluctuations du corps humain et par extension la santé comme la maladie sont ici davantage appréhendées comme le résultat de la relation entretenue avec l'environnement externe que conséquent d'un dysfonctionnement dont les causes seraient strictement internes à l'organisme. Le système de santé traditionnel chinois s'appuyant à l'origine essentiellement

sur la pensée philosophique taoïste laquelle soutient une interdépendance constante entre microcosme et macrocosme (Schipper, 1993; Sheng, 1983), la maladie résulte dans cette perspective d'un déséquilibre présent entre ces deux sphères (Schipper, 1993; Sheng, 1983; Mené, 1990). En d'autres termes, reposant sur une vision holistique du monde ou harmonie et équilibre entre ciel, terre et être humain sont de véritables principes régulateurs de l'ordre universel, la perception de la maladie ne peut-être appréhendée autrement que comme le résultat d'un déséquilibre survenu dans ces principes. Déséquilibre qu'il conviendra dès lors de rétablir à l'aide de différents procédés thérapeutiques alliant méditation, travail du souffle, discipline alimentaire et acupuncture (Schipper, 1993; Cheng, 1983). Ces différents procédés permettant ainsi de recouvrer la source de ce déséquilibre et de l'en soulager lorsque le cas s'y prête.

Ainsi, l'acupuncture, tout comme les autres disciplines de la médecine chinoise, se doit non seulement de comprendre et d'intégrer cette vision du monde comme base conceptuelle de son traitement, mais plus encore elle se doit – grâce aux différents recours techniques qu'elle offre – de maîtriser ses éventuelles perturbations. C'est ainsi que des notions telles que l'art du souffle ou énergie vitale (Qi), les cinq mouvements ainsi que le phénomène du yin et du yang constituent quelques concepts philosophiques clés dans l'art thérapeutique chinois (Mené, 1990; Sapriel, 2006). Le Qi par exemple, communément interprété par le terme « énergie » dans les pays occidentaux, consiste en un phénomène majeur puisqu'il est l'essence même de la vie. Ainsi, toutes perturbations liées à sa circulation est à l'origine de l'apparition de problème de santé physique : « Faisant sienne l'idée que le corps vivant résulte de la condensation du souffle vital, la médecine chinoise s'est d'emblée attachée à en observer le fonctionnement » (Cheng, 1997 : 252-253). Aussi, la compréhension du dynamisme entre le principe du Yin et celui du Yang est essentielle à la théorie médicale chinoise puisqu'elle est à la base de la manifestation du Qi. Autrement dit, s'il y a un débalancement qui s'effectue entre l'élément Yin et l'élément Yang, un déséquilibre se produit et l'acupuncteur est témoin d'une rupture du flux du Qi; ce que thérapeutes occidentaux qualifieraient davantage de « blocage énergétique » (Sapriel et al.,

2006). Dès lors, la pratique thérapeutique la plus courante en acupuncture consiste en l'implantation d'aiguilles sur des points spécifiques situés sur l'axe méridien. Généralement au nombre de douze, les méridiens sont des canaux énergétiques parcourant le corps, chacun d'entre eux se rattachant à un organe spécifique : « Ils assurent la circulation du Qi et du sang et relient les organes entre eux » (Mené, 1990 : 385). Ces implants ont pour but de stimuler le flux énergétique circulant au moyen de ces méridiens et concourent ainsi au rétablissement de l'équilibre entre les principes Yin et Yang.

Aussi vulgarisés ces concepts théoriques puissent-ils être dans le cadre de cette étude, étant donné toute la complexité sous-jacente à la théorie médicale chinoise, il nous semblait par ailleurs important ici de faire part au lecteur – même très grossièrement – d'un minimum de connaissances théoriques et pratiques concernant l'acupuncture avant de nous plonger plus profondément dans les enjeux auxquels se confrontent nos différents informateurs-praticiens dans l'intégration de leur pratique. En effet et pour les besoins de cette étude nous nous sommes ici davantage penchés sur le caractère philosophique et holistique de la médecine chinoise ainsi que sur la place de l'acupuncture qui, traditionnellement, compte parmi une des techniques thérapeutiques proposées par la médecine chinoise. Ainsi, si notre choix semble s'être limité à l'exposition de ces trois principaux éléments, c'est avant tout dans la mesure où ils constituent des enjeux relativement influents dans le parcours sur lequel se sont engagées nos praticiens acupuncteurs. En témoignent ci-dessous un bref historique de sa croissance, lequel paraît digne d'un intérêt particulier étant donné l'hypothèse émise selon laquelle l'alternative se serait développée en réponse au déséquilibre présent entre un État social et un État de droit.

4.1.3 L'acupuncture : passage d'une médecine dite superstitieuse à celui d'une technique scientifique

Ainsi le recours à l'acupuncture en qualité de pratique thérapeutique remonterait selon certains à plusieurs millénaires. Des études archéologiques témoignent en effet de la présence d'instruments tels que poinçons et silex d'âge néolithiques (9000-3500 av JC) attestant l'utilisation de leur tranchant comme moyen de traitement de la maladie (Mené, 1990). Tandis que la découverte de l'usage d'aiguilles de pierre comme outil médical révélerait une pratique courante jusqu'au 3^{ième} siècle avant J.C (Mené, 1990). Et si son origine pratique en tant que moyen de guérison reste encore inconnu et s'apparente à une légende qui raconte qu'un homme alors blessé d'une flèche fut surpris par un soulagement inattendu de douleurs lombalgiques dont il souffrait (Mené, 1990), l'apprentissage de ses connaissances résulte à n'en pas douter d'un savoir empirique comme d'un savoir séculaire.

Ainsi, dès le 6^{ième} siècle nous témoignons de sa propagation dans les pays avoisinants les terres de Chine et ce n'est pas moins de 14 siècles plus tard, soit durant le 20^{ième} siècle que l'acupuncture en tant que science médicale commencera à intéresser l'Occident. Non pas que l'Asie et ses mœurs médicales étaient restées jusque là inconnues de tous – loin s'en faut – mais plutôt en raison de la grande part d'ordre métaphysique que recèlent les représentations sur lesquelles s'appuie cette thérapeutique chinoise (Mené, 1990; Sapriel et Stoltz, 2006). En effet, difficilement assimilable scientifiquement parlant, la théorie sous-jacente de l'acupuncture connaît divers obstacles à son insertion dans les pays occidentaux, notamment au cours du 19^{ième} et du 20^{ième} siècle, période durant laquelle le développement de la médecine occidentale bat son plein (Ulett et al., 1998).

En revanche, l'acupuncture qui fut hier reléguée au statut de médecine « superstitieuse », « orientale » et « grossière » fait aujourd'hui l'objet d'une science médicale largement répandue à travers l'Occident. En témoigne la conventionnalité ainsi que le succès croissant de sa pratique au Québec comme ailleurs. Ainsi, nous sommes en mesure de nous

demander ici quelle est la nature de cet intérêt soudain pour ce qui était considéré jadis comme du domaine des croyances et des superstitions ? En effet, quel est donc ce retournement de situation qui, au Québec, a fait de l'acupuncture non seulement une profession à part entière mais aussi un enseignement de sa pratique rendue publique ?

Il semble important ici et avant d'aborder le cas de l'acupuncture dans la province du Québec, de prendre en considération les principaux bouleversements qu'a connus cette pratique depuis son appréhension par les occidentaux. Outre la traduction de ces principaux manuscrits, souvent périlleuse étant donnée la complexité des concepts philosophiques édictés (Mené, 1990), l'acupuncture en tant que thérapeutique inscrite au sein d'un corpus de connaissances d'ordre métaphysique et philosophique semble peu à peu en être censurée pour n'en garder que sa méthode (Zhichong). Et en effet, si au 16^{ième} siècle quelques jésuites venus en Chine ouvrent la voie à une propagation plus large de la médecine chinoise, c'est essentiellement à la fin du 18^{ième} siècle que l'usage de l'acupuncture, alors connu d'un certain nombre de médecins occidentaux, va être l'objet d'une plus grande attention (Mené, 1990; Sapiel et Stoltz, 2006). À l'heure où les frontières entre la médecine conventionnelle-scientifique et le « reste » des médecines sont encore floues, l'acupuncture apparaît dès lors comme « *a useful tool in a highly competitive medical atmosphere* » (Bivins, 2001). Nous comprenons donc bien que cet engouement n'est dû en rien à sa théorie médicale sinon d'un point de vue plus pragmatique à sa valeur technique : « *acupuncture apparent lack of theory made it attractive and available to a range of orthodox practitioners* » (Bivins, 2001). Ainsi alimentée par une série de publications tels que manuels et articles, l'acupuncture ne suscite d'intérêt autre que son introduction au sein de l'arsenal thérapeutique conventionnel, laissant ainsi planer un énorme doute sur son mécanisme d'action sans parler du rejet complet de son identité chinoise (Bivins, 2001).

Toutefois, cet intérêt semble très vite s'estomper à partir de la seconde moitié du 19^{ième} siècle, l'acupuncture jugée finalement peu efficace et inconstante. Dépression, laquelle s'étendra sur près d'un siècle; en grande partie attribuée à la montée de

l'impérialisme et de la supériorité occidentale, l'acupuncture n'est plus simplement extraite de son terreau d'origine, elle est dorénavant considérée comme une « médecine asiatique », passible de sorcellerie (Whorton, 2002). Néanmoins, elle continue de susciter les curiosités, non plus vraiment chez les médecins eux-mêmes, mais chez les chercheurs et intellectuels passant par l'Asie dans le cadre colonial justement. C'est ainsi que Georges Soulié de Morant, sinologue, considéré père de l'acupuncteur en France, est connu pour avoir réintroduit, dans les années 1950, les procédés et principes de l'acupuncture (Sapriel et al. 2006; Mené, 1990). Auteur d'un traité d'acupuncture composé d'un millier de pages lequel reste de nos jours un incontournable dans le domaine et partout dans le monde, il devient ainsi le premier acupuncteur occidental à exercer au sein de la sphère biomédicale française contribuant largement au nouvel intérêt pour cette pratique. Cependant, nonobstant l'intérêt particulier de l'auteur pour la philosophie sous jacente de cette pratique millénaire, là ne se situe pas encore la source de ce nouvel engouement puisqu'entre temps la médecine chinoise (MC) semble s'être gratifiée d'un nouveau visage lequel semble plus apte à susciter les intérêts des médecins occidentaux (Bivins, 2001).

En effet tributaire de l'impérialisme occidental, et par conséquent de l'influence de la biomédecine, les autorités politiques chinoises ont dès lors commencé à s'intéresser de plus près à l'avenir de leur MC (Bivins, 2001). Conjuguant dans un premier temps valeurs traditionnelles (historique, philosophique et sociale) et valeur moderne (scientifique), la MC connaîtra dès 1949 un premier bouleversement lorsque dorénavant intégrée au système de santé local, elle devra se dégager de ses principaux aspects religieux et spirituels pour incorporer à son actif la méthode scientifique (Bivins, 2001; Zhichong). Véritable construit politique, la réhabilitation de la médecine chinoise (MC) se qualifie désormais de Médecine Traditionnelle Chinoise (MTC). Et c'est là bien ce vocable spécifique qui intéressera les médecins québécois de la fin du 20^{ième} siècle quand bien même sa période d'insertion au Québec (1960-1970) semble nettement coïncider avec un fort besoin de renouveau social marqué par l'adoption des principes de l'État providence.

4.2 L'acupuncture : un cas pratique écho du caractère indéfini de la relation entre alternative et conventionnel

4.2.1 La conventionnalisation de l'acupuncture au Québec : une ouverture de l'État à la diversité des représentations ou une illusion de diversité ?

Profitant aussi bien de son nouveau visage faisant d'elle une pratique à la fois jugée traditionnelle et scientifique (MTC) que de l'ouverture fortuite de l'État québécois en cette période (années 60-70), l'acupuncture depuis son insertion dans la province n'a eu de cesse de se développer. Son succès allant crescendo, il semble découler non seulement de son insertion au sein du système, et nous y reviendrons ci dessous, mais peut-être plus encore est-il dû à son caractère non intrusif, non toxique et non dominant ainsi qu'à son approche holistique laquelle réintègre le patient au cœur de son diagnostic. Si ce constat est aussi exact que nous le pensons et que par conséquent les qualités scientifiques et professionnelles de l'acupuncture, lesquelles lui assurent un statut conventionnel, sont des qualités qui n'excèdent en rien les besoins sociaux que son caractère et son approche permettent d'assouvir, il serait alors naturel de voir s'élargir ces nouvelles réponses au sein du système de santé québécois.

Or force sera de constater, à la lecture de cette seconde partie, que ces nouvelles qualités permettant de satisfaire aux besoins des patients, ne serait-ce qu'en leur restituant une part de responsabilité et donc de pouvoir faire face à leur état de santé, seront et sont – si l'on en croit notre réflexion – de plus en plus souvent annihilés par les exigences que requiert la conventionnalisation de sa pratique. En outre, et si cette dernière observation s'avère exacte, il va sans dire que nous reconnaissons ici même les retombées de l'asymétrie présente au cœur des préoccupations de l'État québécois (État de droit vs État social). Retombées qui nous le savons conduiront indubitablement à la reproduction du système de représentation dominante. L'histoire et l'évolution de l'acupuncture au Québec le

démontrent amplement ainsi que, et nous y viendrons très vite, nos résultats de données qualitatives quant à l'enquête de terrain auprès des acupuncteurs.

Aussi, l'acupuncture profitant du mouvement de « contre culture » et de « libération des moeurs » ainsi que de la MTC comme d'un passe lui prodiguant l'avantage de bénéficier, en plus d'un savoir millénaire, d'une technique tout à fait louable scientifiquement, son introduction au Québec ne souffre pas immédiatement des flux d'un État où la codification et la standardisation des pratiques dominant le champ des interventions médicales si ce n'est plutôt, dans un premier temps, de la toute puissance conférée au domaine biomédical et par conséquent donc du scepticisme de leur professionnel.

C'est Oscar Wexu, disciple de Soulié de Morant, qui introduira l'acupuncture en milieu québécois. Non médecin, il forme bon nombre de praticien acupuncteurs, est à l'origine de la création de l'Association des Acupuncteurs du Québec (AAQ) fondée en 1972 et est promu directeur de l'institut de Médecine Traditionnelle Chinoise au Canada. Sans nul doute précurseur de la pérennité de cette pratique, il en constitue très vite un nouvel attrait au sein de la population québécoise alors friande d'approche dite « holistique ». Toutefois, son succès ne semble être contagieux plus qu'il n'en faut chez les professionnels de la santé, restaient sceptiques aussi bien sur son efficacité que sur sa scientificité. Revendiquant ainsi l'illégitimité de leur pratique et de leur savoir-faire qualifiée alors de « pseudo-science », nombre de plaintes et de récriminations sont portées à l'encontre des acupuncteurs, amorçant ainsi une véritable bataille pour la reconnaissance et le droit d'exercice de l'acupuncture au Québec. Bataille qui aujourd'hui ne cesse d'avoir lieu, même si depuis le mal dont souffre ce manque de reconnaissance semble s'être partiellement déplacé, du moins passablement complexifié.

Et à en juger de la situation d'antan, la construction de la MTC n'a donc pas suffi à son insertion au sein de l'arsenal des pratiques thérapeutiques conventionnelles quoique fut

le succès grandissant de la pratique de l'acupuncture auprès de la population. En effet, se revendiquant seul dépositaire d'un savoir médical digne des principes scientifiques, la Corporation Professionnelle des Médecins du Québec (CPMQ) exerce un contrôle assidu qui contraindra l'expansion de la pratique de l'acupuncture de 1973 à 1995. Toutefois, si cet état de défiance et de rejet de la part des médecins est nettement moins présent qu'il fut durant les dernières décennies marquant le deuxième millénaire et que l'acupuncture s'est finalement acquittée de la surveillance de la CPMQ en 1995 lorsqu'au gré de nombreuses demandes de corporation leur fut enfin concédé un ordre professionnel (OAQ), sa pratique n'en demeure pas moins autonome ni plus répandue à travers le Québec ni moins encore intégrée dans les services de santé gouvernementaux. Bref, l'acupuncture conventionnalisée semble tout aussi contrainte dans sa reconnaissance et dans son expansion que lorsque sous le joug du collège des médecins.

Il faut dire que nous reconnaissons ici un passage important, lequel a été clairement mis en perspective lors du chapitre précédent, soit le passage d'une « culture professionnelle » pour reprendre l'expression de Saliba à celui d'une « culture interventionnelle ». Et, en effet, du statut de profession libre et autonome dont jouissaient les médecins d'alors s'est peu à peu installée comme expliqué dans le chapitre précédent un système de codification et de standardisation des pratiques qui a débouché sur une pratique de moins en moins autonome, de plus en plus intervenante. Il va sans dire que ce passage a certainement joué en la défaveur de l'intégration de l'acupuncture dans le système médical. À ce propos d'ailleurs, le docteur Liu Lihong, professeur et acupuncteur débute un de ses articles en s'exprimant de la manière suivante :

« It is imperative that we ask the following questions: Does the Chinese medicine we see today, that we know of today, reflect what Chinese medicine truly is ? Does the level of competence of doctors working in various Chinese medicine institutions today reflect the actual potential of Chinese medicine ? And just what is this potential ? Where do the apexes of Chinese medicine lie? Were they attained in ancient times or in recent times ? » (Lihong)¹⁵

¹⁵ « Excerpts from Sikao Zhongyi (Contemplating Chinese Medicine) » [en ligne]

Et, si au moment de son insertion au Québec la profession médicale encore à son comble – autonome et investie d’un pouvoir quasi-illimité – a constitué à n’en pas douter un frein dans l’intégration de cette pratique, que dire de ce qu’a provoqué l’immixtion de ce nouveau système de contrôle au sein des pratiques ? Comment ne pas être affecté de ce système quand celui-ci prend une ampleur telle qu’il extirpe une grande partie du pouvoir décisionnel du professionnel sur le cours de sa pratique ? Que dire des limites aujourd’hui imposées sur la pratique de l’acupuncture quand sa conventionnalisation suppose non plus seulement une profession libre et autonome, mais une profession capable d’intervenir le plus efficacement possible sur la santé de l’être humain tout en répondant à des exigences de rendement économique ? Que dire enfin de l’intégration de l’acupuncture au sein du système lorsque ce système tel qu’il se conçoit actuellement est si bien agencé judiciairement, politiquement, économiquement et encore même socialement qu’il semble s’autogérer au point de transformer la diversité en quelque chose de tout à fait uniforme ? Que dire donc de son évolution et de son intégration ? C’est sur ce questionnement que nous allons bénéficier si dessous de l’opinion de nos informateurs. Opinions qui nous le verrons appuient – parfois de manières très différentes, jamais vraiment directement – nos propos hypothétiques comme théoriques.

Aussi, et afin d’obtenir de plus en amples informations sur nos informateurs ainsi que sur les questions qui leur ont été posé lors de l’entretien, nous vous convions à consulter l’annexe, lequel est disponible en dernière partie de cette étude.

4.2.2 L'acupuncture au Québec : une pratique « alternative-conventionnelle » vouée à « l'assimilation-reproduction »

Il est important ici et avant d'entrer dans le vif des enjeux évoqués par nos acupuncteurs de reconnaître que chacun d'entre eux s'entend pour dire que l'acupuncture devrait être perçue comme une thérapeutique complémentaire à la médecine allopathique et non comme une alternative. Ce qui, si la remarque est énoncée ainsi, signifie assez clairement que le statut conventionnel de leur pratique est à lui seul loin d'être suffisamment éloquent pour faire de l'acupuncture une thérapie complémentaire. Toutefois, nos informateurs semblent tous les trois bien avertis, par le biais de leur expérience pratique, de ce qui fait principalement obstacle à cette complémentarité jugée nécessaire. Deux d'entre eux insisteront, entre autres, sur le niveau d'enseignement de la pratique pour expliquer les difficultés qu'ils ont de se propager et de se faire reconnaître à l'intérieur du système de santé.

En effet, active depuis 1986, l'institution du collège Rosemont à Montréal est la seule maison d'enseignement au Québec qui considère l'exercice de l'acupuncture « au grand désarroi de tous les acupuncteurs de l'époque ou à peu près tous » nous dit Daniel, acupuncteur et membre actif de l'OAQ, qui s'empresse de rajouter : « ... sauf ceux qui ont vendu leur école au ministère de l'éducation et qu'on fait beaucoup de sous avec ça ». Il nous raconte à cet effet qu'à l'époque une centaine de milliers de dollars « ont été offerts à l'Université de Sherbrooke pour évaluer la faisabilité d'un programme universitaire en acupuncture ... L'Université a refusé de s'engager là dedans ». Claude Ryan, alors ministre de l'éducation, nous dit-il : « a décidé que ça irait au collégial, qu'il en faisait une technique et qu'il assujettissait les acupuncteurs à la surveillance du collège des médecins... C'est à dire y ont ouvert un registre au collège des médecins qui a été actif jusqu'en 1995, au moment de la création de l'Ordre des acupuncteurs. ».

De toute évidence, et quoi que fût la raison évoquée de ce refus universitaire, la maison d'enseignement collégiale fut mise en place à cette époque et selon Pascal, acupuncteur-praticien, elle fut également « inchangée » depuis cette époque. En effet, Pascal semble dire que les enseignants actuels sont pour une grande majorité d'entre eux « les mêmes qui ont parti le département » : « Le système syndical collégial influence les décisions, donc on peut penser que le truc d'ancienneté favorise fortement l'immobilisme, ... ceux qui contrôlent la formation du collège ce ne sont que les professeurs qui protègent leurs positions... L'Ordre a peu de chose vraiment à dire... ».

Pascal nous partage ainsi et en premier lieu lors de notre entretien, son expérience au collège Rosemont dans l'optique de nous mener à comprendre les raisons pour lesquelles, selon lui, sa pratique est davantage considérée comme une alternative au système que comme un véritable complément. Expérience qu'il dit ne pas avoir aimée tant son contenu manque, selon lui, de cohérence ainsi que de pertinence considérant « un enseignement vieilli par des professeurs qui ne cherchent pas nécessairement à actualiser leur savoir et connaissance en acupuncture et en médecine chinoise ». « C'est un programme qui est extrêmement flou » nous dit-il, « qui est beaucoup centré sur la reconnaissance auprès des professionnels de la santé, mais par un vernis médical sans grande profondeur ... On apprend à évaluer une douleur musculo-squelettique mais ! Mais on n'connait pas la théorie qui traite les douleurs en médecine chinoise ! ».

Si nous reconnaissons assurément ici les manifestations de l'ambiguïté planant autour du caractère imparti à l'acupuncture (ni tout à fait alternatif / ni tout à fait conventionnel), il va sans dire que cette ambiguïté entre l'apprentissage de son essence (caractère + approche) et celui qu'implique son statut de conventionnalité, conduit Pascal à en déduire peu à peu les conséquences de ce qu'il nomme « la trop grande subjectivité des professeurs » comme ayant un « impact énorme sur la profession ».

« C'est comme si toute la base de la médecine chinoise était oblitérée parce qu'on fait juste de l'acupuncture ». Pratique qui d'ailleurs, nous rappelle Katia, acupunctrice et membre actif de l'OAQ, est reconnue par la Loi sur l'acupuncture comme une technique thérapeutique améliorant l'état de santé et soulageant la douleur. Perception que Pascal semble véritablement déplorer tant son champs d'action est ici rendu limité : « La plupart des acupuncteurs ne traitent que ça et peut-être quelques maux courants, la plupart des gens pensent que l'acupuncture ne traite que ça. Et c'est aussi cette catégorie de symptôme là qui rentre dans tout ce qui peut-être traité par le placebo ». Pascal rajoute à ce propos que 50 à 75 % de la formation de l'école Rosemont se consacre en effet au traitement de la douleur :

« Parce qu'ils disent, avec raison, que les acupuncteurs vont surtout intervenir sur des problèmes musculo-squelettiques, c'est c'que les gens veulent, c'est là qu'on a une reconnaissance scientifique, on traite en stage 50-75% de la douleur et tout le reste... pff du vent ! ...Mais la plupart des profs n'ont pas vraiment l'expérience et les connaissances pour enseigner en profondeur d'autres champs de compétences non plus, ils peuvent juste donner ce qu'ils ont reçu maladroitement dans les années 80. On s'retrouve au Collège avec des conceptions incroyables ... comme une des théories majeures c'est qu'on n'peut pas traiter les femmes lorsqu'elles ont leur menstruation. ». (Pascal)

Laquelle conception a été complètement démentie lorsqu'au sortir du collège Rosemont Pascal a eu l'opportunité de travailler avec une docteure en médecine chinoise qui était aussi gynécologue en Chine et qui était en mesure de traiter des cas gynécologiques assez importants en acupuncture : « L'édifice du collège Rosemont s'est écroulé après la première journée ! ».

Nous pouvons comprendre à travers les propos de Pascal que plus le programme d'enseignement de l'acupuncture n'aura d'orientation ni de but précis, plus il sera flou et sans grande rigueur, moins la pratique de l'acupuncture n'aura d'occasion d'être véritablement intégrée au sein du système de santé, plus les acupuncteurs seront reconnus comme de « simples techniciens » : « Quelle profession médicale accepterait un gynécologue dans sa clinique sur la base de « Ha, elle est gentille ! » ? Mais si notre prémice de départ est que l'acupuncture c'est du placebo, que l'acupuncture c'est bon pour relaxer, on va tous prendre une jeune femme sympathique. « Quel physio va te prendre dans sa

clinique si tu obtiens clairement de meilleurs résultats que lui dans son champ de compétences ? ...mais en plus avec des outils traditionnels... Alors on diminue globalement nos compétences et on adopte le modèle occidental... Y'a une grande ambiguïté et c'est très confondu, l'offre et la demande... Les besoins des personnes aussi sont très confus. » « On a de plus en plus de bureaux dans les salons esthétiques ! ».

« Ce qu'on voit de plus en plus... j'te disais, au collège quasiment le quart du programme est axé pour qu'on devienne des assistants physiothérapeutes et puis ceux qu'ont pas un gros budget pour s'ouvrir une clinique en sortant ben vont travailler avec les physiothérapeutes, ils ont besoin de vivre alors on se soumet au bon vouloir des physiothérapeutes ... c'est les physiothérapeutes qui décident donc quand l'acupuncture est efficace ou pas, c'est le physiothérapeute qui décide quand il faut consulter un acupuncteur ou pas, c'est le physiothérapeute qui décide même parfois combien de séance le patient devrait aller faire en acupuncture ... ET la profession, les acupuncteurs ACCEPTENT ça ! et remettent leur rôle... ils deviennent vraiment des techniciens. » (Pascal)

Nous retrouvons donc ici ce même processus décrit par White conduisant peu à peu, et de manière dissimulée, à uniformiser ce qui fait d'abord preuve de diversité. D'un côté en effet, la conventionalité de l'acupuncture faisant d'elle une profession à part entière et créant ainsi l'idée répandue selon laquelle l'État s'ouvre de plus en plus à la différence. D'un autre côté, une réalité de son enseignement dépeinte par ce praticien nous conduisant dès lors à mieux appréhender encore les rouages d'un mécanisme qui jusqu'ici n'ont été compris que de manière hypothétique et théorique. Et si nous reconnaissons effectivement ce processus qui conduit à rendre « technique » une pratique médicale qui dans son essence même vient justement contredire cette instrumentalisation, l'expérience et la réflexion de nos différents acupuncteurs autour de l'enseignement semblent venir en tout point mettre en perspective ce mécanisme de reproduction à l'œuvre. Mécanisme lequel semble d'ailleurs prendre de plus en plus d'assurance au cours de ces dernières années alors même que le projet universitaire ne semble véritablement aboutir.

4.2.3 Un projet universitaire : une histoire sans fin et un laps de temps de reproduction certain

Selon Pascal, cette situation plus qu'ambigüe dans laquelle se trouve la pratique de l'acupuncture aujourd'hui ainsi que son enseignement n'est pas le résultat « d'une mauvaise volonté, mais comme tout type de problème c'est vraiment fait sur une base de manque de connaissance ». Il ajoutera à ce propos que « le problème avec l'acupuncture, ce n'est pas un manque de résultat clinique ni d'évidences scientifiques, parce qu'on en a plus que les chiros, on en a fort probablement plus que les physiothérapeutes [...] C'est vraiment un problème de culture générale ! à l'intérieur même de la profession, chez les enseignants eux-mêmes ». Problème qui, selon lui et s'il n'y a pas un changement majeur, est la garantie d'un avenir peu enviable pour la pratique de l'acupuncture :

« Là c'est pire, c'est pire que pire, l'avenir est vraiment pas rose ... Les nouveaux professeurs qui rentrent... ils favorisent des acupuncteurs qui ont eu une formation universitaire dans l'une des sciences de la santé pour bien paraître ou pour répondre à des critères bureaucratiques... j'sais plus trop... Donc ils vont chercher un acupuncteur qui a trois ans de formation en acupuncture qui a fait parallèlement avant ou après son cours en infirmerie, en physiothérapie ou en technique de réadaptation. Donc on se retrouve avec des enseignants dont les compétences sont justifiées, non pas par leur approfondissement de la médecine chinoise ou de l'acupuncture, mais par une formation qui n'a strictement rien à voir avec l'acupuncture, et donc...ben ...c'est des gens qui n'ont pas nécessairement de fortes affinités avec le système théorique de la médecine chinoise...donc de plus en plus l'aspect médicale chinois va être évacué donc on s'en va vraiment vers une acupuncture scientifique ... à moins qu'il y ait une scissure importante et que l'on s'en aille à l'université mais encore là ils sont incohérents... Est-ce qu'ils veulent développer un programme universitaire d'acupuncture scientifique ou d'acupuncture chinoise ? » (Pascal)

Une situation ou du moins des faits qui semblent en partie être confirmés par Daniel lorsqu'il affirme : « La très grande majorité des candidats qui sont acceptés ont déjà d'autres DEC en sciences d la santé, en sciences infirmières, etc. etc... Des bacs, des maitrises, des doctorats... donc c'est vraiment ... un peu une aberration, mais j'pense qu'historiquement ça s'explique... » Toutefois, et devant cette « aberration », laquelle ne sera malheureusement davantage développée, Daniel, et à juste titre, s'empresse d'ajouter : « Nous sommes les seuls à avoir un programme du ministère de l'Éducation, dans toutes les autres provinces et les États américains se sont des écoles privées ... Donc y a quand même quelque chose de

bien au niveau de la reconnaissance, pis au niveau de l'accessibilité, tout ça... parce que ça coute rien là, c'est le CEGEP... Mais en même temps il y a une limite ». Et en effet, cette limite s'avère être, sans contredit, un obstacle majeur pour Pascal qui ne manque pas de faire part de son opinion comme suit : « Même si on est les seuls au monde où l'acupuncture est enseigné gratuitement et où face à la biomédecine on a un certain confort ... C'est de la « Chkrou »... Difficile à accepter. L'insuffisance elle ne devrait pas l'être. ».

Difficile à accepter certes et peut-être encore plus difficile à croire étant donné l'investissement de temps et d'argent que l'Ordre des Acupuncteurs a dépensé dans la mise en forme d'un projet universitaire en acupuncture. En effet cela va faire presque trente ans que ce projet est en vigueur, « depuis 86 qu'on en parle » nous dit Daniel « puis ça s'est pas encore passé ». Outre le fait que leur position est tout de même enviable comparée par exemple à celle de la France où « l'acupuncture doit être nécessairement pratiquée par un médecin de formation » l'enseignement actuel ne semble pleinement satisfaire nos informateurs. Et si pour Pascal cette insatisfaction résulte clairement du fait que la formation semble dans sa limitation actuelle encouragée une acupuncture technique et scientifique sans grande « profondeur » dans ses fondements théoriques, Daniel lui, met l'emphase sur son cadre trop restreint avant de développer davantage sur le projet universitaire.

« L'école Rosemont va sûrement rester là, mais le cadre est trop restreint pour ce qu'on devrait mettre dedans ... donc on est dans un processus pour faire déborder de ce cadre là dans un autre type d'institution pour arriver à ... Une des problématique de l'acupuncture c'est qu'ils n'ont pas de chercheurs, les chercheurs en acupuncture viennent de d'autres disciplines donc... il faut absolument qu'on inscrive un parcours qui permette de former des chercheurs en Médecine Traditionnelle Chinoise. » (Daniel)

Cette requête, aussi légitime et bien fondée puisse-t-elle paraître étant données les limitations qu'implique un apprentissage de niveau collégial, n'a pourtant encore jamais abouti. Depuis bientôt trente ans que ce projet universitaire est en cours, Daniel semble entendre qu'« encore maintenant y a beaucoup de résistance ». Ne sachant savoir avec exactitude la cause de cette résistance tant elle est probablement « multifactorielle », Daniel qui rappelons-le est membre actif de l'OAQ et est personnellement investi dans ce projet

d'expansion, nous donne malgré tout une raison butoir qui, selon lui, est relative à ce refus : les universités elles-mêmes.

« Moi je dirais que ce sont les Universités et si on regarde un peu les Universités sont encore plus jalouses de leur statut et de leur autonomie que les médecins. Dans le dossier de la médecine et des médecins formés à l'étranger on a longtemps cru que c'était le collège des médecins qui mettait des bâtons dans les roues... c'est les Universités ... peut-être que le collège des médecins en ont d'jà mis, mais là ils en mettent plus et ça marche pas mieux ... Les places sont libres et les Universités refusent les candidats ... » (Daniel)

Une des raisons sous-jacente à cette difficulté d'insertion concernerait le sous-financement des Universités : « Bon c'est sûr qu'il y a des université et maintenant c'est p't'être un peu plus criant qui sont en sous financement, qui ont d'la difficulté à boucler leur budget ...ouvrir un nouveau programme ça coute très cher ok ? Donc j'pense qu'il y a un aspect financier ». Toutefois, Daniel ne semble pas en faire un obstacle majeur et se dépêche de rajouter sur un ton plus las : « Mais à côté d'ça on sait pertinemment qu'ils ouvrent d'autres programmes... Donc y a pas que ça ... ». Et en effet, notre informateur ajoute à ce propos : « y a aussi... je pense, un conflit paradigmatique, un conflit épistémologique... entre les façons de concevoir le monde des acupuncteurs, les facultés maitresses dans les Universités ... qu'ont pense ici aux facultés de médecines... sont dominées évidemment par le positivisme et le quantitatif ... ». Et si Daniel, semble très vite laissé de côté la cause du sous financement universitaire, cet enjeu d'ordre représentationnel entre les programmes qui ont « pignon sur rue » et le contenu du programme en médecine chinoise est ce qu'il qualifie de « fossé énorme » : « quand on travaille en médecine chinoise, on est dans le subjectif et le qualitatif et dans le constructivisme, [...], dans les disciplines qui sont déjà accréditées dans le monde universitaire, les voies qui défendent le qualitatif sont très peu entendues » nous dit-il avant de renchérir comme suit : « j'dirais qu'ils se butent toujours au positivisme pur et dur qui les discréditent continuellement ».

Une autre raison qui, selon Daniel, rend difficile l'acceptation de ce projet universitaire se trouve plus nettement encore dans la difficulté qu'il y a d'établir un programme universitaire d'acupuncture sans qu'il y ait aucune pression du milieu externe

venue l'y habiliter. « D'habitude », nous dit-il, « les programmes évoluent en fonction des pressions du milieu ... On va s'intéresser par exemple aux différents programmes en sciences de la santé, [...], la technologie évolue, donc ceux qui pratiquent doivent suivre la technologie ». Autrement dit, notre informateur semble clairement sous entendre que sans stimulant technologique ou même industriel « que ce soit l'industrie de la santé avec les pharmaceutiques, les appareils médicaux ou bien même la pratique de certains professionnels que l'on pourrait qualifier d'industrielle », le programme d'acupuncture semble en partant se confronter à un obstacle de taille :

« Y a une pression externe qui pousse dans les programmes pour les amener à les faire évoluer. En acupuncture, nous n'sommes pas dans le système, nous n'utilisons aucune technologie... On doit donc avoir une propulsion endogène et donc on doit nous même se faire grandir, se faire nourrir etc. on peut pas compter sur les influences sociales, politiques, économiques, technologique etc. Donc on a pas l'choix, faut qu'on s'en occupe ... on aimerait bien que ce soit quelqu'un d'autre qui l' fasse j't'avouerais parce que c'est beaucoup de travail, mais on doit l'assumer si on veut qu'les choses avancent et si on veut remplir notre mandat d'offrir les meilleurs soins possibles à la population. » (Daniel)

Ainsi, le projet universitaire souffrirait à la fois d'une résistance d'ordre représentationnel que nous reconnaissons ici dans le phénomène mis en exergue par White lorsqu'elle fait explicitement mention du rôle des représentations dominantes sur les autres. Et à la fois d'une résistance d'ordre matérielle qui se manifesterait dans ce cadre théorique comme une des conséquences tangibles du pouvoir des représentations dominantes. Ces résistances, lesquelles touchent l'établissement d'un programme universitaire semblent d'autant plus éprouvantes d'après Pascal, compte tenu du « fait que l'Ordre parallèlement essaie de développer, d'augmenter les compétences pour aller vers l'université mais y a pas de connexion, y a pas de vase communicant entre le collègue et l'Ordre ».

Aussi, et si nous considérons de plus près notre cadre théorique explicité lors du second chapitre, il semble plutôt clair compte tenu des propos de Pascal sur l'avenir « pas rose » de l'acupuncture que plus le projet universitaire prendra du temps, plus le programme d'enseignement de l'acupuncture aura de chance de se développer en « acupuncture scientifique ». Ceci dans la mesure où les personnes qui seront alors investies dans ce projet

universitaire auront probablement davantage encore acquis une expérience technique que des compétences alliant aussi bien la théorie que la pratique; ce qui facilitera d'autant plus son insertion au sein du cadre conceptuel médical dominant. Autrement dit, plus ce projet tardera à se matérialiser, plus le pouvoir de son cadre théorique et conceptuel faiblira, plus sera consolidé la reproduction du système dominant. L'acupuncture dénuée de ses spécificités perdra ainsi probablement son approche holistique compte tenu des contraintes structurelles auxquelles sont soumis les professionnels d'aujourd'hui, tout comme son caractère non intrusif et non dominant pour n'en garder que sa non toxicité. Dans ce scénario il est à prévoir le développement d'autres alternatives qui reproduiront le même processus jusqu'à ce que s'équilibrent enfin les pouvoirs entre État de droit et État social.

Et si nous avons omis ici de vous faire part de l'opinion de Katia quant au refus du projet universitaire, c'est parce que justement notre acupunctrice n'en perçoit pas. Ce qui est une vision jugée extrêmement intéressante étant donné tout l'intérêt porté par cette étude pour les interprétations sociales venues maintenir ce mécanisme de reproduction déjà en place.

4.3 L'acupuncture : un cas pratique écho d'un pluralisme faible. Des solutions à envisager.

4.3.1 Un taux de pluralisme faible : conséquence de l'immixtion d'un système « intervenant »

L'exposition des différents discours concernant l'enseignement de l'acupuncture – lequel est de toute évidence un enjeu important pour nos acupuncteurs – semble se prêter particulièrement bien jusqu'ici à l'analyse théorique que nous avons menée à partir de l'hypothèse selon laquelle l'engouement de l'État pour l'alternative dissimulerait les enjeux de pouvoir et de reproduction à l'œuvre. Et en effet, les différents apports conceptuels de

White ont pu être, dans ce contexte, largement avérés par l'expérience de nos deux informateurs. Ainsi, nous souhaitons ici poursuivre l'analyse de nos récoltes de données sous un angle qui cette fois-ci fera davantage écho à l'hypothèse selon laquelle ce mécanisme de reproduction ne peut être indépendant des interprétations sociales dominantes et par conséquent donc qu'il ne peut-être maintenu sans un assentiment social important. C'est donc sous le prisme des deux principales interprétations sociales soulevées par Nélisse que nous entendons poursuivre cette analyse. Interprétations jugées « faibles »¹⁶ dans leurs taux de pluralisme respectifs, nous avons ici à cœur de présenter ce qui, selon nous, est le résultat direct de l'immixtion d'un système de plus en plus intervenant au sein des pratiques médicales.

Commençons donc, et avant de revenir sur l'opinion de Katia quant au refus universitaire « qui n'en est pas un », par définir plus concrètement ce que signifie la conventionnalisation de l'acupuncture au Québec. En effet, et comme mentionné plus avant cette conventionnalisation se reflète essentiellement de par la composition d'un Ordre professionnel (OAQ). À ce propos justement, Daniel, membre actif de l'OAQ, définit sa tâche comme suit : « Le mandat principal de l'Ordre est d'assurer la protection du public », contrairement d'ailleurs à celui de l'Association (AAQ) qui est « de favoriser le rôle de l'acupuncteur » au dire de Pascal. Ainsi, et afin d'assurer cette responsabilité du public, Daniel nous dit qu'« on peut concevoir qu'il y a deux façons de le faire : il y a le volet répressif avec tout le côté disciplinaire qu'on a pas le choix d'avoir [...] et y'a le volet éducatif à travers l'inspection professionnelle. ». Toutefois, notre informateur ajoutera plus tard au cours de l'entretien que s'il n'y avait que le volet éducatif l'Ordre n'existerait pas : « C'est parce qu'il y a un volet répressif que l'État nous délègue sa puissance. »

« On a des cours disciplinaires comme tous les autres professionnels, qui vont de la simple réprimande jusqu'à la radiation, des amendes qui peuvent aller jusqu'à 30 ou 40 000 dollars tout dépendant des actes qui ont été commis... Y a des gens qui sont radiés, y ont plus le droit de pratique, puis ... Donc y a ce travail là à faire. Si l'Ordre existe c'est essentiellement pour ça. [...]. On est des légataires de la puissance publique dans le monde

¹⁶Norbert Rouland Ref « pluralisme faible »

professionnel spécifique à l'acupuncture donc c'est nous qu'administrons les tribunaux d'acupuncture si vous voulez ... et les enquêteurs, les syndics ont des pouvoirs quasi policiers, font des perquisitions ... traduisent les gens devant les tribunaux, dans les comités de discipline [...]. » (Daniel)

À en croire, d'après ces informations, que la conventionnalisation se définit essentiellement par un pouvoir d'intervention de type judiciaire. Ce qui n'est pas sans rappeler ici le phénomène explicité lors du troisième chapitre lorsque nous évoquons l'aspect du droit pénétrant de plus en plus la gestion du système professionnel médical. Et si, notre objectif dans ce mémoire est de réfléchir à la possibilité qu'il y a de concilier une pluralité de représentations au sein d'un même espace afin de répondre à de plus amples besoins sociaux, il semble par ailleurs assez clair que ce type de conventionnalité ne peut-être instigateur d'une société dont ses structures seraient tout aussi plurielles que sa population. Car en effet, comment peut-on concevoir une intégration de l'alternative au sein du système conventionnel si ce dernier favorise en premier lieu une hausse de l'intervention judiciaire sur celle de l'éducation ? Autrement dit, quel serait le devenir d'un espace où le contrôle et la discipline deviendraient des valeurs plus importantes que l'éducation et l'information, si ce n'est une uniformisation progressive de cet espace ? Daniel de nous confirmer cette régulation en ces termes : « parce que c'est d'l'autodiscipline l'Ordre ! », et plus tard encore de réitérer ces propos comme suit : « [...] c'est vraiment de l'autodiscipline donc. »

Toutefois et comme nous en avons fait mention durant le chapitre précédent « l'intervention », devenue affaire courante, voire même en vogue, au sein de la société, son pouvoir se différencie de moins en moins de celui de l'action professionnelle (**Shôn, Néliste**). Phénomène qui n'est évidemment pas sans répercussion sur le cours de la pensée sociale dans la mesure où – comme spécifié lors du chapitre précédent, si l'on part du principe que l'individu de par ses actions est seul responsable de la marche de sa société – il faut croire que ces pratiques de plus en plus « intervenantes » sont à la fois le résultat et le produit d'une intériorisation de la norme.

Et c'est justement ici que les propos de Katia deviennent particulièrement intéressants étant donné non seulement la nature de leur contenu – porteur d'un vif espoir ainsi que d'une vive détermination à intégrer l'acupuncture au sein des institutions de santé publique – mais plus encore peut-être compte tenu de leur forme qui semble répondre en tout point à la vision d'une intégration que nous pouvons, sans aucun doute, qualifier, dans ce mémoire, « d'assimilation-reproduction ». Et, si à la question de savoir pour quelle(s) raison(s), selon elle, l'université a refusé l'insertion d'un programme d'acupuncture, notre informatrice répond sans hésitation : « j'pense pas qu'ce soit refusé, mais je pense qu'on est pas rendu là », il est évident – et cela le devient nettement plus durant la suite de l'entretien – que ce n'est ni par mauvaise foi, ni même par une nécessité quelconque qu'il y aurait de réajuster son programme d'enseignement, sinon davantage par une intériorisation de la norme telle que sa vision de l'acupuncture est une vision que Nélisse considérerait dotée d'un faible taux de pluralisme. Et c'est que nous allons explorer plus en profondeur dans la partie suivante.

4.3.2 Des résultats pratiques de l'intériorisation d'un « système intervenant »

Notre informatrice qui, rappelons-le, est très nettement investie dans un processus d'intégration de l'acupuncture au sein des centres de santé publique tels que les hôpitaux, œuvre au sein de l'Ordre depuis une douzaine d'années aujourd'hui. Intéressée de prêt à la reconnaissance juridique de l'acupuncture « ici comme ailleurs dans le monde », ses efforts semblent très nettement se concentrer sur une intégration, laquelle serait en concordance directe avec ce que la Loi sur l'acupuncture au Québec décrète : « La Loi sur l'acupuncture dit que l'acupuncture doit servir à améliorer la santé et soulager la douleur ». « Y a ces deux volets là » nous dit-elle, « alors moi j'me suis surtout penché sur le volet « soulager la douleur » parce que c'est la seule Loi qui concerne une profession de la santé qui est aussi clair quant à la douleur. ». De là, Katia va non seulement mettre en forme un plan d'action

qui répondra à cette définition, mais qui plus est, un plan d'action doté de toutes les connaissances juridiques et éthiques propre au milieu conventionnel. Pour elle, il n'y aucun doute quant à la marche à suivre pour intégrer l'acupuncture :

« [...] Tout est là pour que ce soit intégré, mais ça prend quelqu'un pour gérer cette intégration là euh... parce qu'il y a des Lois à respecter et parce qu'il y a des contrats qui doivent être rédigés de façon conforme puis y a des mesures qui peuvent aussi être prises pour voir l'efficacité de l'intégration donc c'est pour ça que moi je suggèrai qu'il y ait un projet-pilote ... Puis que ce soit strictement concentré sur le soulagement de la douleur ... dans un premier temps ... parce que de toute façon la Loi le permet, y a une ouverture à ce niveau là » (Katia)

Et en effet, selon Katia, ce projet pilote pourrait-être une véritable porte d'entrée quant à une reconnaissance plus large de l'acupuncture en autant qu'il soit « bien supervisé et contrôlé », « qu'il parte d'un encadrement responsable » : « Faut vraiment qu'ce soit géré assez serré pour qu'on puisse le démontrer qu'effectivement on peut arriver à soulager les gens tout en leur permettant de garder leur capacité physique et psychique sans que ce soit altéré par trop de médication », et de rajouter : « ... puis en même temps soulager le système actuel ... parce que ça coute cher la médication là. ».

Hyper investie et enthousiaste face à ce projet-pilote, nous avons tout de suite remarqué l'énergie considérable qu'elle mettait dans cette entreprise intégrative. « C'est un projet de vie dans l'fond » nous confie-t-elle après nous avoir fait part de son idéal d'intégration comme suit :

« Donc, si on veut une intégration il faut arriver aussi à ... , si on veut arriver à des changements il faut connaître ce qu'il se passe au niveau des centres hospitaliers, il faut savoir qu'il y a une hiérarchisation professionnelle, il faut savoir respecter ce qui est en place ... Qu'il y a des luttes et des limitations de pouvoir ... qu'il y a aussi des valeurs, des normes et des règles qui peuvent être partagées de part et d'autre. Qu'il y a aussi une administration publique qui elle-même a un pouvoir de gestion, qui va gérer aussi en partie ce que les patients, les individus peuvent décider aussi, parce qu'il y a égalité des droits aussi, mais y faut aussi que tous les aspects soient présents dans le centre hospitalier, si on offre l'acupuncture faut qu'ce soit partout et que ce soit vraiment bien offert ... parce que si on va avec la Loi canadienne sur la santé on parle d'universalité, on parle d'accès, d'égalité des Droits, donc y faut que ça rencontre tout ça. C'est un p'tit peu ma vision des choses. » (Katia)

Idéal d'intégration qui dans ce mémoire va, sans contre dire, à l'encontre même du pourquoi de l'existence et, peut-être même, du succès de l'alternative dans notre société. Car si en effet, l'alternative s'est développée et continue de se développer aujourd'hui – comme nous l'avons affirmé au cours de cette étude – en réponse au trop grand pouvoir accordé à un État de droit sur un État social, il est plutôt indéniable, compte tenu de notre raisonnement, que ce type d'intégration ne viendra en rien rééquilibrer la balance des pouvoirs, sinon même renforcer son asymétrie. Constat d'autant plus affligeant que l'acupuncture en plus de son caractère et de son approche dits « alternatifs » semble dotée de savoirs et de connaissances médicales telles qu'elle porte en elle une cohérence tout à fait admissible « scientifiquement parlant » – ce qui semble en outre loin d'être le cas de toutes les alternatives, sans vouloir aucunement juger ici de leur efficacité.

Or, la vision de l'intégration de Katia tendrait à intégrer la technique de l'acupuncture, laquelle répondrait au soulagement de la douleur, en portant vraisemblablement l'espoir qu'une fois la technique prouvée et intégrée, son approche conceptuelle et théorique fassent de nouveau leur apparition : « un pas après l'autre » nous dit-elle avant de renchérir « pis de convaincre un pallier après l'autre ». Sauf, que considérant le fonctionnement même de notre système actuel, que nous avons amplement pu déconstruire grâce aux apports de nos différents auteurs, nous savons bel et bien jusqu'à maintenant que toutes pratiques dont les représentations pourraient remettre en question ce système sont de préférences congédiées en marge du système, sinon assimilées au sein de ses propres représentations. Il semble donc plutôt clair ici et malgré toutes les bonnes intentions de notre acupunctrice – qui semble manifestement plus que dévouée à la tâche – que sa vision de l'intégration répond à une interprétation qui fait à la fois preuve d'une flexibilité technique pour le système dominant, et qui fait tout à la fois preuve d'un « pluralisme faible » puisqu'il laisse à penser le recours aux méthodes conventionnelles comme seul moyen d'intégration plausible.

Et, si à la question de savoir si elle n'a pas peur que l'intégration de l'acupuncture au sein du système actuel mène à la perte de ses spécificités (approches et caractères) compte tenu des contraintes qui pèsent de plus en plus sur les professionnels comme sur les patients, elle répond de manière instantanée : « oui mais moi, faut pas oublier, ce que je vise c'est le soulagement de la douleur [...] c'est plus simple et puis, comme la Loi le spécifie ça donne une ouverture », nous comprenons ici l'ampleur de sa conviction.

Toutefois et la question se pose inévitablement : Comment pourrait-il en être autrement étant donné le pouvoir des représentations dominantes sur les façons de penser et de faire ? Peut-on véritablement réprimander des personnes qui croient dur comme fer que la mise en forme de la diversité structurelle passe par la conventionnalisation ? Ou doit-on plutôt tenter de comprendre comment ces personnes en sont arrivées à penser de cette manière pour éventuellement être à même de réajuster le terrain sur lequel s'épanouie notre mécanisme de reproduction ?

Autrement dit, cela revient à mettre en perspective le mécanisme grâce auquel les représentations sociales en sont venues peu à peu à renforcer le pouvoir octroyé à l'État droit sur celui de l'État social. Démarche qui a pu être quelque peu explorée lors du troisième chapitre dans un cadre essentiellement théorique et qui va pouvoir ici bénéficier d'un appui pratique.

4.3.3 Des risques aux conséquences d'un rapport État-santé de plus en plus normatif : un long chemin vers l'intégration

Car en effet, et si dans le chapitre précédent nous nous sommes attelés à la déconstruction du processus social par lequel la reproduction du système dominant a lieu, nous verrons qu'à travers nos données pratiques semble se trouver un point de rencontre tout à fait similaire lequel conduit peu à peu vers ce que White nomme « une convergence

culturelle », vers l'uniformité ». Et en effet, nous retrouvons en pratique ce que nous avons émis en toute théorie, soit cette notion de peur qui conduira sans aucun doute à l'élaboration d'un système clos. Il suffit de nous rappeler ici de la croissance obsessionnelle pour la santé et la maladie ainsi que de la mise en place de la société du risque jusqu'à sa complète intériorisation pour que les propos suivants de Daniel nous paraissent tout de suite moins détachés de ces mêmes représentations :

« Quand quelqu'un arrive et dit : « Hey moi j'peux t'aider ! » ... « Prouve le, c'est parce que y a jamais eu de recherches qu'a été faite » ... « Ouai mais je sais, mais moi dans ma clinique j'en ai des résultats » ... « Ouai mais...qui m'dit qu'c'est vrai ? » Donc je pense que c'est un reflexe sain de l'organisme administratif de refuser ces changements là pour conserver son intégrité, son efficacité sinon ça fait des dégâts puis s'ils laissent faire des choses qui ne s'avèrent pas positives par la suite ... avec les MEILLEURES intentions du monde ... y vont se retrouver devant les tribunaux, y vont avoir à supporter l'odieux d'avoir participé à la destruction de vie, de création de souffrance... Donc j'veux dire c'est pas si simple que ça ! [...]. C'est une responsabilité qui doit être prise au sérieux... Ça rallonge le processus, mais ça permet de le raffiner et de l'assoir bien comme il faut et les changements organisationnels de ce type là sont des processus longs et je pense que c'est bien qu'y soient là ... même si parfois en tant qu'individu on aimerait que ça s'fasse plus vite » (Daniel)

Discours qui à bien des égards reflète ce que nous avons défini comme la résultante d'un rapport État-santé de plus en plus normatif. Car en effet, si ce discours paraît de prime abord raisonnable tant il y a eu incorporation de l'idée du risque et de tout ce qui y est associé, il n'en demeure pas moins que la notion de responsabilité invoquée ici par notre informateur semble être largement supplantée par la peur de la condamnation et de ses conséquences. Or, si nous comprenons le « long processus » par lequel doit passer les changements organisationnels qu'implique l'intégration de sa pratique tant il y a, selon nous, de transformations à établir tant au niveau structurel que social, notre informateur lui semble justifier cette nécessité essentiellement par la peur des représailles laquelle est représentée assez clairement semble-il par l'image du tribunal : « [...] avec les MEILLEURES intentions du monde ... y vont se retrouver devant les tribunaux, y vont avoir à supporter l'odieux d'avoir participé à la destruction de vie, de création de souffrance... ». Ainsi, l'idée de la responsabilité – mentionnée d'ailleurs à maintes reprises par notre acupuncteur ainsi que par Katia – semble dans ce contexte comme dans notre troisième chapitre, être une notion invoquée non plus seulement pour les valeurs d'autonomie et de liberté qui y sont

sous-jacentes, mais davantage, croirait-on, dans le but de masquer ce manque d'autonomie et d'indépendance évoquée dans ce contexte par le risque juridique.

Nous comprenons alors que l'emphase mise sur cette notion de responsabilité suffit pour notre informateur à justifier les « longs processus » de changement organisationnel. À ce propos d'ailleurs un autre de ses énoncés viendra appuyer cette vision : « [...] la responsabilité du public est une responsabilité importante et le dicton « dans le doute abstiens-toi » est très efficace à ce niveau là. ». Il ajoutera « Donc quand on ne peut pas s'assurer que ce que l'autre prétend pouvoir faire il peut vraiment le faire en toute sécurité et avec la plus grande efficacité possible, c'est préférable de dire « non ! Tu l'feras pas ». Plus tard notre informateur nous rapportera que c'est sa position au sein de l'OAQ qui lui aura permis de développer « cette vision là ». Pas la peine de préciser ici pourquoi cette interprétation peut-être jugée comme conséquente d'un faible taux de pluralisme tant elle fait écho à ce nouveau rapport État-santé. Aussi, l'évocation de la notion de responsabilité semble, dans ce contexte, venir confirmer l'hypothèse de notre chapitre précédent selon laquelle, instrumentalisée elle est un attrait quasi-indispensable à la maintenance du système tel qu'il se conçoit actuellement. À cet égard d'ailleurs, certains propos de Pascal viennent confirmer cette hypothèse lorsqu'il fait mention de l'inertie dans laquelle semble se complaire son peuple :

« [...] Beaucoup de forces contradictoires, des forces d'inertie majeures, puis on est au Québec donc le milieu de l'acupuncture reflète aussi les pathologies sociales des québécois c'est-à-dire... On n'sait pas trop... manque d'ambition... Peur... Toutes les raisons sont bonnes pour finalement stagner puis se satisfaire un peu de ce qu'on a sans trop brusquer les susceptibilités. (Pascal)

Et en effet, « stagner puis se satisfaire un peu de ce qu'on a sans trop brusquer les susceptibilités », c'est ce que Daniel semble très clairement attester lorsqu'en ces termes il évoque comment au mieux intégrer la pratique de l'acupuncture : « C'est d'apprendre à faire les choses comme elles doivent être faites dans le monde tel qu'il est construit ici et maintenant. ». Aussi, et pour corroborer ces derniers propos, s'il y a bien une chose qui, selon Katia, contraint l'intégration de sa pratique c'est bien le non respect de ce qui est déjà

en place; et cela ne fait d'ailleurs aucun doute pour elle, si le projet d'intégration de l'acupuncture mené au sein de l'Hôpital Ste Justine lors des années 90 a échoué, c'est essentiellement la cause d'un manque de considération à l'égard des conventions : « je parlais de vérification de la compétence, de respect des normes des acupuncteurs... c'est cet aspect là qu'a pas été contrôlé et qu'a fait en sorte que le projet à Ste Justine soit laissé de côté ». « C'est dommage » nous dit-elle finalement avant de renchéir « mais c'est pour ça que je dis qu'il faut que ce soit intégré, mais contrôlé d'une certaine façon ... Comme les autres professions le sont à l'intérieur des établissements » :

« Un peu comme par rapport aux autres professions du réseau de la santé, j' pense aux physiothérapeutes, aux ergothérapeutes, aux inhalothérapeutes, aux infirmières... chacune de ces professions font parties d'un comité qui règle, qui contrôle aussi ce qui se passe dans l'établissement par rapport à la pratique ... parce que c'est pas le mandat d'un Ordre d'aller s'ingérer dans un établissement de santé pour vérifier la pratique des membres donc il faut que ça passe par un comité... Alors, dès le moment où il n'y a ne serait-ce qu'un acupuncteur présent dans un centre hospitalier, y faut qu'il y ait quelqu'un qui vérifie à ce moment là que l'acupuncteur ait la compétence pour y exercer et qu'il va quand même respecter des normes qui lui sont imposées là... C'est pour ça qu'il faut qu'il y ait un comité présent dans l'établissement et faut qu'il y ait un contrat en bonne est due forme avec un montant, une subvention qui pourrait lui être accordée pour ce projet pilote qui pourrait se développer dans un ou deux établissements comme j'ai dit tantôt. » (Katia)

Dès lors, nous comprenons que le système conventionnel semble loin de constituer un obstacle en lui-même pour Katia en autant que l'on puisse faire sienne l'idée selon laquelle l'intégration de l'acupuncture se doit de passer par un ensemble de normes et de réglementations propres à ce système. D'ailleurs son non-respect constitue d'après elle le plus grand obstacle à l'intégration de l'acupuncture; intégration qui du reste nous dit-elle « continue de souffrir de toutes les autres médecines alternatives restées sans surveillance ».

Selon elle toujours, un autre obstacle vient à contraindre cette intégration et se situe à un niveau politique. Car si notre acupunctrice pense qu'à un niveau juridique « rien n'empêche l'intégration de l'acupuncture dans le système de soins conventionnel », là « où il pourrait y avoir des réticences », à son avis, « c'est au niveau politique parce que ce sont les politiciens qui décident quand même du système de santé, faut pas s'le cacher hein... ». Katia ajoutera à cet égard « c'est « eux » qu'il faut convaincre et chez eux qu'il faut aller

prêcher la bonne parole » – domaine dans lequel notre informatrice ne cesse d’ailleurs de mener sa bataille – car c’est eux qui « détiennent le pouvoir d’intégrer oui ou non l’acupuncture ». D’où cette absolue nécessité de se conformer aux conventions professionnelles. Elle ne manque pas de signifier non plus que ces derniers sont quelques fois « influencés par des professionnels qui sont prêt d’eux, d’l’organisation... pour ne pas nommer les médecins là. » : « Donc faut savoir approcher ces personnes là, leur faire la démonstration que tout est possible pis que c’est l’intérêt des individus qui compte. ». En bref, il s’agit de « savoir convaincre les bonnes personnes » du bien fondé de cette pratique ainsi que de l’intérêt tant pour le bien-être des individus que pour celui « de l’économie de l’État » nous dit-elle. Et plus que consciente des tensions de la relation entre les domaines économiques et politiques elle nous exprime de la manière suivante : « Y’a un gros lobbyiste de la part des pharmacies, mais si on arrive à démontrer que pour le bien être des individus ça vaut le coup d’essayer ben j’pense que moralement on a le devoir de le faire. » :

« Parce que la santé c’est pas seulement une question économique là, t’sais ? La santé des individus ça va au-delà de l’économie puis faire vivre les compagnies pharmaceutiques... j’sais pas moi... elles ont jusqu’à présent très bien vécu on peut p’t-être se partager un peu la table... Ça suppose une réévaluation des valeurs : qu’est ce qu’on veut en fait ? » (Katia)

Vision laquelle sera partagée avec celle de Daniel, persuadé aussi que l’intégration de l’acupuncture recèle quelques intérêts économiques pour l’État. En effet, nous dit-il « si les acupuncteurs étaient plus présents y pourrait probablement faire sauver de l’argent à l’État », avant d’ajouter sur un ton quelque peu dépité : « si les acupuncteurs étaient présents par exemple dans les soins aux accidentés on pourrait sauver des milliards par année, mais on est PAS capable d’entrer là parce que c’est des chasses gardées ! ... Donc faut qu’on fasse ces preuves ».

Cependant, et en vertu de ce constat quelque peu affligeant étant donné le bon vouloir de nos acupuncteurs, nous nous sommes posée la question suivante : N’est-il pas pourtant logique – aussi injuste ce constat puisse t-il paraître – qu’en regard du déséquilibre manifeste entre État social et État de droit cet argument économique soit justement ce qui

contraint l'intégration de l'acupuncture ? Car en effet comment peut-on réellement penser cet argument suffisant ou bien même convaincant lorsque nous avons démontré tout au long de ce mémoire ce que tend à dissimuler cette asymétrie des pouvoirs au sein des prérogatives de L'État ? Est-il réellement possible de penser l'argument de l'économie à l'État quand bien même nous avons démontré que l'État d'aujourd'hui semblait toujours plus s'éloigner des réalités sociales pour se concentrer sur les nouvelles réalités représentées par ce que Wallerstein nomme « le système-monde » ? Autrement dit, et considérant le peu de poids concédé à l'État social, est-il vraiment possible de penser que de moins déboursier en matière de médicament serait bénéfique pour les intérêts actuels de l'État ?

Le problème semble d'ailleurs en partie évoqué par notre informateur lorsqu'il affirme en ces termes : « Nous on vend notre temps on vend rien... on offre notre temps et donc on n'a pas d'industrie génératrice de milliards de profits pour soutenir nos démarches de développement. ». Ce qui, dans le cadre de notre réflexion, semble en dire bien plus long que l'injustice dont nous fait part Daniel. Conséquence directe de l'intériorisation de ce nouveau rapport État-santé, Pascal ne se contente pas seulement d'évoquer les gains d'argent que pourrait facilement engendrer l'intégration de l'acupuncture dans le système de santé, mais peut-être plus pragmatique encore il nous compte une anecdote qui selon lui résume une réalité économique et sociale de plus en plus pressante aujourd'hui pour le projet d'intégration de sa pratique :

« Dans la clinique de physiothérapie où j'étais, une des physiothérapeutes a arrêté de me référer des patients, puis là j'appelle [...] j'apprends qu'un patient a été référé à un autre acupuncteur à une autre clinique... Quand je l'ai su !!! Puis là elle dit : « J't'envoie des patients mais j'les revois plus ! » et j'y dis « Mais c'est quoi tu veux ? » j'y dis : « j'les ai traité c'était fini ! » et elle : « ben là j'ai déjà travaillé avec des acupuncteurs on se les envoyait une semaine sur deux sur six mois là ! »...

C'est vraiment faire des sous, faire rouler la machine puis le physiothérapeute veut diriger tout ça ... et si t'es pas casse cou un peu comme moi, une grande gueule... hé ben tu le laisses faire, tu entres là dedans et c'est toute la profession qu'y écope, c'est vraiment toute la profession qu'y écope ». (Pascal)

Et en effet, quoi de plus affligeant pour un professionnel de la santé ou bien même pour un patient incarnant un rapport avant tout humain à la santé que de faire partie sans vraiment le vouloir d'un rapport de plus en plus rationnel, mathématique et administratif ?

CONCLUSION

Pourtant, c'est ce que nous constatons en grande partie à travers ce mémoire. Et en effet, la pratique venant confirmer sur bien des points la théorie présentée plus avant, nous sommes ici témoins d'un système agencé de manière telle que l'interdépendance entre toutes les structures devient si complexe qu'elle contribue non seulement à dissimuler une grande partie des intentions induites dans chaque action publique entreprise – pensons ici aux interventions en tout genre –; mais aussi, et plus subreptice encore cette complexité semble concourir d'une part à l'intériorisation de rapports de plus en plus normalisés, contrôlés et tenus pour acquis et, d'autre part à une certaine désaffiliation sociale compte tenu des attentes de plus en plus nombreuses et des réponses sociétales de plus en plus éloignées des besoins sociaux. Dès lors, comment faire pour que les besoins sociaux soient de nouveau au cœur des prérogatives de l'État si ce n'est en démystifiant cette complexité sociale ? Comment faire pour que la population se sente de nouveau acteur de la réalité dans laquelle elle chemine sinon en désinstrumentalisant certaines valeurs invoquées par le système afin de conduire telle ou telle action ? En d'autres termes comment rééquilibrer les pouvoirs entre un État de droit et un État social de manière à ce que la société québécoise puisse aussi bien jouir d'une dynamique sociale incluant une pluralité de pratiques et de représentations que d'une implication et d'un investissement d'ordre mondial ?

Pour Pascal une chose est certaine : « l'acupuncture est plus difficile à intégrer en Occident, parce qu'on ne l'a pas BIEN é-t-u-d-i-é-e ». Et si selon lui « on a juste une vue superficielle des théories chinoises, des fondements, y'a forcément plein d'incohérence, plein de choses qui s'contredisent ». Constatation qui semble ici tout à fait s'appliquer à notre problématique sociale dans la mesure où devant la complexité apparente du système, chacun possède une vision partielle de son fonctionnement laquelle servira alors d'emblée les intérêts du mécanisme de reproduction des représentations dominantes. Cela dit, pour notre informateur « plus on étudie, plus on s'rend compte que NON, le système est extrêmement cohérent, c'est pas juste Yin-Yang, les cinq éléments, c'est extrêmement plus

complexe que ça !». Réflexion qui nous mène donc à repenser l'éducation car il ne fait aucun doute pour notre acupuncteur que s'il y avait « un consensus sur l'acupuncture à la base, sa pratique serait probablement intégrée à un autre niveau » :

« On pourrait réussir un bon trois ans juste en acupuncture, mais y faudrait d'abord que les profs soient solides et qu'il aient eux-mêmes une vision de l'acupuncture et de la médecine chinoise qui soit cohérente, pour TRANSMETTRE cette cohérence là ... et d'un prof à l'autre, « c'est par là » ... « non par là » ... et là tu arrives et tu ne sais pas comment diagnostiquer » (Pascal)

Ce qui nous conduit par conséquent à penser que si chacun s'entendait sur la façon dont l'État manie aujourd'hui ses obligations, notre problématique autour des enjeux de l'intégration de l'alternative n'aurait certainement plus lieu d'être, sinon d'une autre manière, dans la mesure où – comme le mentionne si bien Pascal – elle « serait probablement intégrée à un autre niveau ». Car en effet, quoi de plus facile pour fortifier le mécanisme de reproduction à l'œuvre qu'un terrain jonché d'incohérence et de contradiction ?

Aussi, et lors de notre cinquième et dernier chapitre, nous souhaiterions revenir sur la conceptualisation de cet espace intermédiaire mentionné à maintes reprises au cours de ce mémoire. Car s'il s'agit jusqu'à présent de penser le système actuel comme nous venons de l'étayer tout au long de cette étude, il est selon nous, également essentiel d'agir en connaissance de cause, signifiant ainsi l'éviction de certaines confusions lesquelles peuvent porter préjudice à la création de ce nouvel espace. Pour que ce changement puisse avoir lieu selon Pascal « faut commencer déjà par reconnaître ses faiblesses, comme dans tout... » : « C'est comme une pathologie » nous dit-il, « faut commencer par dire oui chu malade et j'ai besoin d'aide. Si t'es pas conscient de ton trouble tu demanderas jamais de l'aide... Donc faut s'observer, faut s'comparer. ». Et nous pensons que pour en arriver ne serait-ce qu'à pouvoir reconnaître nos « faiblesses », à prendre le temps de « s'observer » et de « s'comparer » dans notre société actuelle, il serait avant tout utile de mettre en place un espace susceptible d'accueillir ces nouveaux éléments, à savoir un espace qui découle davantage d'une logique humaine et démocratique que d'une logique technocrate et marchande (Contandriopoulos, 1997).

Chapitre 5

Médecines alternatives et médecines conventionnelles : alliance possible ou scission inévitable ?

Quelques éléments de réflexions pour un nouvel espace de conciliation

INTRODUCTION

Compte tenu du peu d'espace vacant pour l'introduction de la nouveauté au cœur des pratiques professionnelles d'aujourd'hui, nous avons tenté au travers de ce mémoire de découvrir ce que dissimulait le développement toujours plus croissant de pratiques professionnelles dites « alternatives ». Et en effet, de cette première observation, nous avons presque aussitôt établi un rapprochement entre la croissance de l'alternative et l'écart progressif entre les besoins de la population et les pratiques professionnelles conventionnelles. De là, s'est presque immédiatement imposé à nous les nouveaux impératifs de l'État face à la mondialisation des rapports; ce qui nous a ensuite permis de retenir différents enjeux à l'intégration de l'alternative sans jamais véritablement nous extraire de ces nouvelles prérogatives. À partir de ces enjeux – professionnels d'abord, sociaux ensuite – nous avons jusqu'à présent eu l'opportunité de réaliser toute une esquisse de la dynamique dominante dans laquelle se meut aujourd'hui la société. Ce travail de mémoire dans l'optique continuelle de déceler une éventuelle brèche qui permettrait la conceptualisation d'un espace capable de concilier médecines alternatives et biomédecine sans que surgisse aussitôt une asymétrie dans les pouvoirs tels, que de l'intégration requise pour cette conciliation nous y devinons chaque fois les prémices de l'assimilation. Ainsi, et

au travers cette réflexion s'est manifestée de plus en plus clairement le rôle des représentations sociales sur le fonctionnement actuel de l'État.

Dès lors, et dans l'intention toujours de recouvrer ce pouvoir social qui, le plus souvent, pensons nous, se dissimule sous une myriade de rouage propre au mécanisme de reproduction en branle, nous avons ici fait le choix de présenter, lors de ce dernier chapitre, certains apports théoriques que nous considérons opportuns dans la conceptualisation d'un nouvel espace propice à cette entreprise de reconnaissance. Ces contributions proviennent de trois différents auteurs qui ont constitué jusqu'ici – d'une manière ou d'une autre – de véritable source d'inspiration dans l'élaboration de cette étude.

Aussi, et dans un premier temps, nous souhaitons mettre à contribution les apports conceptuels d'André-Pierre Contandriopoulos, professeur d'administration de la santé au département de médecine de l'université de Montréal. Parmi ces nombreux écrits sur le domaine de l'organisation des soins de santé au Québec, Contandriopoulos nous propose une nouvelle façon de penser cette organisation qui nous semble tout à fait intéressante, sinon même inestimable, en vertu de notre problématique. Ensuite, et en réponse à l'impératif qu'il semble y avoir pour Contandriopoulos que de maximiser les réseaux professionnels dans le domaine de la santé afin de répondre toujours à cette entreprise de reconnaissance, Claude Nélisse – alors professeur à l'université de Sherbrooke dans le domaine des services sociaux – nous fait part d'une vision du travail laquelle pourrait grandement faciliter l'adoption de pratiques professionnelles davantage centrées sur le patient. Toutefois, nonobstant les bénéfices certains de son approche interdisciplinaire sur les perspectives sociales, nous verrons que son application comporte quelques limites dans la conceptualisation d'un nouvel espace inter-représentationnel. Ainsi donc, et afin d'aller au delà de ces limites, la « dualité structurelle » réfléchi et conçue par Anthony Giddens nous permettra non seulement de reconnaître le pouvoir individuel et collectif, mais plus encore de le mettre à profit tout en usant d'un type de conscience particulier, lequel est considéré ici comme un prérequis à l'action.

5.1 La conceptualisation d'un espace capable d'accueillir la diversité : « une réforme par l'intégration »

5.1.1 L'édification d'un « système de soins sans murs » : un résultat exemplaire d'un réinvestissement dans les pouvoirs sociaux

Si jusqu'à présent, et au cours des chapitres précédents nous n'avons fait qu'insister sur la nécessité qu'il y a de créer ce nouvel espace afin que puisse s'inverser la dynamique actuelle de l'État, laquelle conduit à la désaffiliation du pouvoir social, nous pensons qu'il est tout aussi essentiel de commencer à penser ensemble les prémices de son organisation. Pour cela, il ne s'agit plus seulement ici d'insinuer une ouverture dans les façons de voir, de penser et d'agir, ni de mentionner cette nécessité qu'il y a de forger un rapport davantage réfléchi quand à ses propres représentations, ni même encore de prédire la bienséance que d'assouplir sa conception de la santé devenue trop normative. En bref, il ne s'agit plus seulement de prétendre au rétablissement du rapport de force entre État de droit et État social (Bibeau, 2008) en prétextant l'indispensable besoin que l'individu se considère comme un acteur social indispensable à la conduite de l'État; mais, il s'avère à présent essentiel d'envisager un espace où puisse se déployer ces principaux éléments afin que l'individu puisse justement prendre conscience de son pouvoir et de son rôle d'acteur face à la réalité dans laquelle il évolue. Et si, pour Pascal, le changement doit nécessairement passer par le fait de « reconnaître ses faiblesses », de « s'observer » et de « s'comparer », nous pensons qu'ils sont en effet des éléments essentiels pour un individu responsable, souhaitant réinvestir son pouvoir quant au devenir de son environnement. De conceptualiser un espace où puisse avoir lieu cette démarche conduira, selon nous, peu à peu et au gré de nouvelles implications ainsi que des nouvelles préoccupations, à envisager tout le potentiel d'une diversité intégrée.

C'est en réponse à ce dessein – lequel mènera progressivement, nous l'espérons, vers la conciliation des deux médecines –, que la conception d'un système de soins sans murs tel

que proposée par André-Pierre Contandriopoulos (1997), s'est manifestée comme une voie attrayante, sinon même souhaitable, à l'émergence d'une nouvelle structure médicale capable de répondre de façon optimale aux réalités, aux attentes ainsi qu'aux besoins sociaux en tout genre.

En effet, fort de son implication dans le domaine de l'organisation des soins de santé au Québec, Contandriopoulos vient à proposer une réflexion autour de la mise en place d'une nouvelle structure médicale susceptible « de s'adapter de façon continue pour utiliser de façon optimale les ressources, les compétences et les technologies disponibles de façon à offrir, à tout moment, à toute la population, tous les services médicalement requis » (1997 : 2). Document préparé dans l'optique d'un colloque présenté en 1997 « la régulation d'un système de soins sans murs » (1997) présente non seulement l'ampleur des transformations d'ordre structurel que requiert un tel projet, mais peut-être plus encore évoque-t-il au préalable la nécessité d'une transformation dans les représentations supportées par les différents acteurs sociaux composant ces modalités structurels :

« Elle demande non seulement qu'on agisse sur les structures organisationnelles et financières de ce système, mais aussi de façon récursive sur les structures mentales et cognitives des différents acteurs et plus généralement sur le système de croyance de la société. »
(Contandriopoulos, 1997 : 2)

Nécessité laquelle nous renvoie directement à ce que Daniel juge alors primordial dans l'optique d'une conciliation des médecines. Selon lui en effet, « il y a vraiment un changement à faire au niveau des croyances car le monde tel qu'on le définit dans le monde occidental est très sécurisant [...] ». « Peu importe la représentation qu'on a » nous dit-il « on y trouve sa sécurité ... De changer de représentations c'est l'insécurité qui s'installe... Ne serais-ce qu'au moment même d'y penser. ». Pourtant, de cette insécurité devra naître la confiance car la conception d'un système de soins sans murs tel qu'envisagé par notre auteur ne peut bénéficier de cette commodité que de se dispenser d'une transformation préalable dans le système de valeur et de croyance des différents acteurs en jeu. Et en effet, si

l'entreprise s'avère être ce que Contandriopoulos définit comme la mise en œuvre simultanée d'actions déstructurantes (décentralisation, dérèglementation, déprofessionnalisation) et d'actions restructurantes (restructuration, réorganisation, réingénierie), elle est tout aussi le résultat d'une transformation dans les manières de voir, de penser et d'agir. Et il est clair que sa mise en œuvre ne pourra épargner et la position et le statut des acteurs en cause dans cette entreprise. Cette transformation n'est d'ailleurs envisageable pour l'auteur en autant qu'il y ait quelques « pressions extérieures considérables », à savoir quelques pressions qui soient motivées autant par les acteurs du système que par le reste de la population; ce qui démontre en outre la nécessité d'une modification préalable des représentations dominantes ayant cours au sein du système de soins :

« La possibilité de transformer le système de santé repose ainsi en partie sur des changements dans la façon dont les acteurs conçoivent la santé et la maladie et leurs déterminants, dans ce qu'il faut faire pour venir à bout de la maladie, et de façon déterminante dans la façon dont le système de soins devrait être régulé. C'est à dire dans la place que devraient occuper les quatre grandes logiques de régulation qui coexistent dans toutes les décisions qui sont prises dans le système de santé, soit la logique professionnelle, la logique technocratique, la logique économique et la logique démocratique. » (Contandriopoulos, 1997 : 3)

Si nous revenons plus en détail lors de la prochaine partie sur ces différentes logiques de régulation dans l'optique de comprendre la nature des transformations sur lesquelles devront travailler les différents acteurs sociaux, retenons ici que le « système de soins sans murs » tel que pensé par Contandriopoulos serait davantage le résultat et non le moyen par lequel ses acteurs pourront de leur initiative modifier leurs modes d'interactions et de représentations dans l'optique que la population puisse réinvestir une part de son pouvoir dans le processus décisionnel du système. L'auteur fait d'ailleurs « implicitement référence à un système qui ne serait plus divisé, segmenté, fragmenté comme celui d'aujourd'hui, mais qui aurait une structure différente qui lui permettrait en permanence de se réorganiser. ». Référant ainsi à la métaphore de la maison japonaise afin d'explicitier au mieux sa conception, Contandriopoulos insiste sur le fait qu'un système de soins sans murs « ne serait

pas un système sans structure mais un système où les cloisons seraient toutes mobiles, où les relations du système avec l'extérieur seraient fluides. » (1997 : 3) :

« La maison occidentale est conçue à partir de ces murs qui eux-mêmes s'appuient sur des fondations solides. Quand on construit une maison (ou un système) en Occident on commence par les murs porteurs qui doivent être suffisamment épais pour supporter le toit et pour protéger les habitants des dangers de l'environnement. Presque à l'opposé, la maison orientale est représentée par son toit. C'est lui qui est mis en place en premier sur une structure aussi peu contraignante que possible. Les cloisons et les murs sont installés après, ils sont constitués le plus souvent de panneaux coulissants permettant en permanence de remodeler les espaces en fonction des besoins et d'établir à l'extérieur une relation d'échange qui s'adapte à la saison et aux conditions climatiques. Dans la maison japonaise, il n'y a plus à proprement parler d'intérieur et d'extérieur. Les jardins font partie de la maison et elle même est un élément indissociable de son environnement. » (Contandriopoulos, 1997 : 6)

L'enjeu de cette conceptualisation consiste donc à savoir, selon notre auteur, « Comment s'y prendre pour amorcer cette transformation ? [...] Comment favoriser la création d'espace de discussion permettant aux acteurs d'amorcer des processus d'apprentissage porteur d'innovations ? » (1997 : 22). Si ce questionnement reste ouvert à la réflexion, une direction semble toutefois évidente pour Contandriopoulos, à savoir celle de la modification des modalités organisationnelles sur lesquelles repose le système actuel « de façon à permettre aux acteurs d'interagir différemment » (1997 : 8). De là quelques pistes attrayantes, lesquelles pourraient initier ce changement préliminaire à adopter au niveau des représentations.

5.1.2 Repenser les logiques de régulation du système de soins : un prélude jugé nécessaire à la conception d'un nouvel espace

La conceptualisation d'un « système de soins sans murs » ne peut se réaliser que si nous sommes conscients des fondations sur lesquels repose le système actuel car il ne fait aucun doute pour notre auteur qu'il ne s'agit pas dans cette perspective d'éliminer les murs déjà existant pour en reconstruire d'autres ailleurs au risque d'être plus solides et plus contraignants encore. « Au contraire ... » précise-t-il :

« Il s'agit plutôt de mettre en place des modalités d'organisation qui sont susceptibles de favoriser en permanence les processus d'apprentissage, d'encourager les acteurs à innover, de valoriser non pas les contrôles punitifs, mais bien les prises en charge de responsabilités et l'obligation de rendre des comptes publiquement, et d'utiliser les nouvelles technologies de l'information pour favoriser les débats » (Contandriopoulos, 1997 : 21)

Dès lors, Contandriopoulos rend compte de quatre logiques qui, selon lui, constituent les principes organisateurs du système de santé, soit les quatre murs à l'intérieur desquels devront s'adonner toutes décisions concernant le système de soins et de santé. Le premier endossant une logique professionnelle, le second, une logique technocratique, le troisième une logique économique, et le quatrième une logique démocratique. Et s'il est plutôt clair que l'image de ces quatre murs régulateurs nous renvoie un premier sentiment d'oppression assumant ainsi et quasi d'emblée la nécessité qu'il y a de réagencer sa structure, l'intention de l'auteur est précisément de réorganiser l'articulation entre ces quatre logiques afin de créer un système « dont la structure, comme celle des maisons japonaises, serait constituée par un nombre limité de poutres maîtresses qui ne seraient pas comme dans le système actuel des obstacles au changement, mais plutôt une invitation permanente à l'innovation » (1997 : 7).

Une première logique donc, celle des professionnels, directement reliée à ce groupe d'acteur social, se constitue en quelque sorte comme un bassin de connaissances

biomédicales et d'expertises professionnelles nécessaires au bon déroulement des pratiques dispensées au sein du système. En ce sens, et pour que son expertise puisse être exercée « de la façon la plus libre et la plus complète possible », l'institution se doit de garantir au professionnel un emploi de ses ressources disponibles fonction des décisions thérapeutiques de ce dernier :

« Toutes les décisions qui viennent limiter les ressources auxquelles le médecin a accès constituent potentiellement un danger pour les patients. Dans ce modèle le rôle des pouvoirs publics est de réduire le plus possible les barrières, à l'utilisation des services de santé, notamment en mettant en place des régimes d'assurance-maladie, en finançant adéquatement le système de soins et en prenant à sa charge les programme de santé publique.

Selon cette logique, la responsabilité de la profession consiste à mettre en place et à faire appliquer des mécanismes d'autorégulation visant à garantir que la formation des médecins est adéquate, que la qualité des services rendus est bonne et que les professionnels respectent un code de déontologie exigeant qui vise, entre autres, à garantir qu'il n'y a ni sur, ni sous utilisation des services. » (Contandriopoulos, 1997 : 12)

« En un mot » nous dit l'auteur, « la profession se porte garante de l'intérêt collectif ».

La logique technocrate, elle, semble être persuadée, selon les informations de Contandriopoulos, qu'elle possède toutes les approches scientifiques nécessaires pour évaluer les besoins de la population et donc toutes les qualités requises pour décider, à la place du professionnel, quel devrait-être les ressources et les différents services dispensés à la population.

« Dans cette perspective, ce sont les experts, par leur maîtrise des approches analytiques de la décision rationnelle, qui sont au centre des décisions. L'activité médicale doit-être évaluée de la même façon que toutes les autres activités [...] Les décisions cliniques pour éviter l'arbitraire des professionnels devraient être encadrées de façon rigide par des lignes directrices de pratique et ce d'autant plus que les nouvelles technologies de l'information et des communications le permettent de plus en plus facilement. » (Contandriopoulos, 1997 : 13)

Dévouée elle aussi à « la maximisation de l'intérêt collectif », elle supporte une vision tout autre du système de soins et de la façon dont il devrait être géré au mieux pour

répondre aux besoins et aux attentes de la population. Là n'est pourtant pas la dernière logique à revendiquer sa place comme devant être au centre des décisions du système.

En effet, la logique économique telle que décrite par notre auteur semble à son tour défendre un point de vue opposé, voire contradictoire, à nos deux précédentes logiques. S'appuyant sur la théorie économique néo-libérale « l'allocation des ressources est optimale quand on laisse fonctionner le libre jeu de l'offre et de la demande sur des marchés de concurrence » (1997 : 13). Ce qui non seulement permet à ce monde marchand d'affirmer que le système de soins n'est pas différents des autres biens, mais qu'en plus il devrait se soustraire de l'intervention de l'État et de ses restrictions budgétaires étant donné le libre marché de la concurrence. Dans cette optique encore, l'État devrait au mieux « limiter au maximum les imperfections du marché » lequel serait alors maître de la situation.

Tandis qu'une dernière logique vient se joindre à cet espace de coopération et de compétition entre ces différents acteurs, la logique démocratique, dites aussi « logique d'État » (Contandriopoulos, 2001). Reflet plus ou moins direct des besoins et des attentes des citoyens en matière de soins et de santé, cette logique est formée le plus souvent par le monde politique et permet d'impliquer chaque individu dans le devenir du système :

« Au sein du système de santé, cette logique démocratique nous permet d'associer chacun des membres de la population quel que soit son revenu, son éducation, son âge, son lieu de résidence tant au processus de formulation des besoins, des priorités et des solutions qu'au processus même de gestion et d'administration du système de santé dans son ensemble et de chacune de ses composantes. » (Contandriopoulos : 1997 : 14)

Selon l'auteur, sa participation est indispensable « pour que chacun ait la possibilité de réfléchir de façon critique sur ce qu'il conçoit comme juste pour lui, pour les groupes auxquels il appartient, pour la société dans son ensemble ». Elle est une manière pour le système de rester au plus près des réalités et des besoins sociaux évitant ainsi les éventuels excès de pouvoir employés par les quatre groupes d'acteur se partageant la table. Toutefois,

et pour que la logique démocratique puisse s'exprimer de la meilleure façon possible il ne suffit pas pour l'auteur « d'organiser des votes, il faut aussi (et peut-être surtout) qu'il existe dans la société de véritable espace de débat ». Sujet sur lequel nous reviendrons plus avant.

« La culture démocratique constitue ainsi l'alternative aux logiques technocratique, économique et professionnelle en institutionnalisant à tous les niveaux de la société tout ce qui favorise les processus d'apprentissage individuels et collectifs. C'est à dire ce qui ouvre la voie au changement et à l'innovation. [...]. Elle propose ainsi un renversement radical de perspective. » (Contandriopoulos, 1997 : 15)

Aussi, et même si ces différentes logiques sont ici brièvement explicitées, nous pouvons retenir pour les besoins de cette étude que chacune d'elles détient néanmoins une perception des besoins sociaux tout à fait différente, voire même contradictoire, laquelle conduit indubitablement à quatre orientations différentes dans la gestion du système de soins. Guy Bourgeault, professeur à la faculté des sciences de l'éducation à l'Université de Montréal, nous rappelle ce défi en ces termes évocateurs :

« La régulation des pratiques se fait donc et s'exerce concrètement, au quotidien, dans la rencontre d'intérêts divers et divergeant, et donc dans les jeux de luttes de pouvoir qui entraînent constamment la rupture des équilibres anciens en vue d'en instaurer de nouveau, dans le chassé-croisé de rationalités qui cherchent toutes à établir leur suprématie, voire leur exclusive. » (Bourgeault, 2004 : 33).

Et même si nous ne pouvons prétendre à l'établissement de logiques de régulation ayant une vision commune des besoins sociaux tant ces derniers se révèlent être aussi différents que contradictoires, nous pensons par ailleurs, tout comme Contandriopoulos que de modifier, de réagencer les interactions entre ces quatre logiques permettrait une meilleure approche de la gestion de ces différents besoins et, à plus ou moins long terme, un tel processus d'ouverture au sein de ces logiques permettra probablement d'introduire avec plus d'aisance de nouvelles approches et représentations au sein des pratiques professionnelles. D'où cette nécessité pour notre problématique de départ que de penser avec son auteur la création d'un système de soins sans murs.

Ainsi, Contandriopoulos poursuit son raisonnement dans l'intention de déterminer quelle logique ou bien quelle combinaison de logiques seraient favorables à l'élaboration d'un espace où ces différentes modalités organisationnelles ne constitueraient plus seulement des barrières dans la réorganisation du jeu des acteurs, mais au contraire une sorte « d'invitation permanente à l'innovation ». Pour l'auteur, il s'agit, et à raison, de mettre en perspective les éléments constitutifs des modalités organisationnelles du système de soins (« c'est à dire sa structure légale, administrative et organisationnelle ainsi que le type et l'importance des ressources qui y sont affectées » (1997 : 15) et leur situation respective par rapport au quatre logiques. Toutefois et dans le but de ne pas trop nous éloigner de notre intention première qui est dans ce chapitre de concevoir un terrain où puisse se déployer davantage les pouvoirs de l'individu et donc de la société tout en évitant la reproduction des représentations dominantes, nous retiendrons de la suite de ce compte rendu les défis que représente la logique démocratique.

Car en effet, notre auteur semble laisser entendre que l'impact de la logique démocratique sur les orientations du système de soins dépend du niveau d'ouverture des quatre différentes logiques à recevoir les demandes et les besoins de la population. En somme son pouvoir sera soit contraint, soit habilité par la définition de l'espace qui lui sera alloué par ses différentes logiques. D'où l'importance pour l'auteur de favoriser des espaces de débat publics. Le rôle de l'État est donc de s'assurer ici de la répartition de ces pouvoirs en les délimitant ou au contraire en les encourageant.

Toutefois, le rôle de l'État étant à la source de notre problématique sur la position actuelle de l'alternative tant il semble s'être départi de ses prérogatives sociales pour concentrer davantage son attention sur des intérêts d'ordre économiques et technocrates, force est de constater dans ce contexte que la répartition des pouvoirs entre la logique démocratique et les trois autres logiques n'est peut-être pas aussi juste en pratique qu'elle ne l'est en théorie. Pour l'auteur il est d'ailleurs évident que si l'État se retirait par exemple du

processus de financement du système de soins, la logique démocratique serait dès lors substituée par la logique économique. Ce qui, considérant la position actuelle de l'État en faveur du droit individuel et de ce qu'il tend à dissimuler est non loin de décrire la réalité. Preuve en est l'intervention professionnelle telle que nous l'avons définie lors du troisième chapitre. Preuve en est aussi cette citation de Contandriopoulos qui nous ramène dans cette même dynamique décrite tout au long de ce mémoire :

« La logique démocratique se manifeste concrètement par la façon dont est organisée le pouvoir législatif (et réglementaire). Plus la légitimité de ce pouvoir repose sur l'existence de débats démocratiques larges et organisés, plus la logique démocratique est celle qui peut-être mobilisée pour établir les domaines dans lesquels les autres logiques s'exercent. Le recours systématique au pouvoir judiciaire pour régler les conflits qui peuvent se manifester entre les grands groupes d'acteurs et entre les différentes logiques réduit la place du débat démocratique en le subordonnant en quelque sorte à une logique normative (la judiciarisation) peu différentes dans ses fondements et dans sa forme à la logique que nous avons appelée technocratique. » (Contandriopoulos, 1997 : 18-19)

Dès lors, et afin de modifier la trajectoire vers laquelle semble se ruer le système de soins et de santé – sans faire mention ici du risque que représente la privatisation du système dans notre problématique sur l'intégration – Contandriopoulos met l'emphase sur la nécessité qu'il y a de coopter vers un système de soins intégré. En effet, de développer un réseau intégré de soins permettrait selon lui de maximiser l'ouverture des espaces de communications entre les acteurs incarnant ces différentes logiques et d'ainsi favoriser, à long terme, un système de soins susceptible d'accueillir la nouveauté, un système de soins capable d'intégrer la diversité. À cet égard d'ailleurs notre auteur écrira quelques années plus tard un article dans lequel sera plus détaillé encore cette notion de soins intégrés. De cet article, nous avons retenu jusqu'ici la définition de l'intégration propre à notre problématique de départ. À présent, et compte tenu de la nécessité qu'il y a de développer davantage d'espaces démocratiques au sein de ce système, nous pensons qu'il est alors intéressant de se pencher sur les aptitudes que cette définition tend à promouvoir.

5.1.3 « Une réforme par l'intégration » : une définition qui met fin à la subordination des acteurs

« Intégration des soins : concepts et mise en œuvre » écrit en 2001 par André-Pierre Contandriopoulos, Jean-Louis Denis et Nasser Touati dans le cadre du département d'administration de la santé à l'université de Montréal, propose ce que Contandriopoulos nommera plus tard : « une réforme par l'intégration ». Une réforme dans la mesure où l'intégration des soins telle qu'appréhendée par nos auteurs consistera à répondre aux bouleversements qui sont à l'origine de ce qu'ils qualifient être « un dysfonctionnement du système de santé » tant son organisation actuelle s'avère contraindre la qualité ainsi que la quantité des services offerts. Et même s'il ne s'agit pas à proprement parler d'une réflexion menée autour de l'intégration des médecines alternatives au sein du système, mais bien autour d'une intégration dans les soins de type conventionnels laquelle serait plus adaptée aux besoins de tous, nous pensons que sa définition est la plus adaptée à notre problématique considérant l'habileté de ses composantes à promouvoir d'autres type d'interaction entre les acteurs concernés par ce projet. Et si bien évidemment notre problématique contrairement à celle soulevée par nos auteurs se heurte à un conflit d'ordre représentationnel (médecine alternative-biomédecine) lequel accroît la difficulté de la mise en place de ce processus d'intégration, nous pensons par ailleurs que de mettre en perspective sa nécessité, son contenu véritable ainsi que ce que revêt cette intégration dans le domaine conventionnel nous conduira à réfléchir sur le potentiel de conciliation des médecines qu'occasionne la conceptualisation d'un système de soins sans murs.

Ainsi, et selon nos auteurs quatre facteurs motivent cette intégration. Le premier se situe au niveau des attentes de plus en plus pressantes de la part de la population. Ces attentes aussi considérables que contradictoires conduisent les États démocratiques à se poser la question suivante : « *Comment faire pour qu'à la veille du troisième millénaire tous les citoyens aient accès de façon libre et équitable – quand ils sont souffrants – à des*

services de qualité dans un contexte économique hautement compétitif ? »
(Contandriopoulos, 2001 : 2).

Le second facteur réside dans ce qui est exprimé de la manière suivante, soit « dans les tensions grandissantes qui existent entre la dynamique de croissance du système de soins et les pressions économiques qui résultent de la nécessité pour l'État d'équilibrer son budget. » (Contandriopoulos et al., 2001 : 2). Ainsi, et comme exprimé lors des précédents chapitres nous retrouvons ici l'idée selon laquelle l'État pourvu dorénavant d'impératif économique d'ordre international ne peut-être dans ces conditions que source de pression considérable pour le système de soins :

« Pour conserver un espace suffisant d'autonomie démocratique, l'État a du équilibrer son budget et pour ce faire, il a contraint de façon brutale la dynamique de croissance du système de soins. Le succès de tels efforts dépend de la capacité d'un État à imposer de telles contraintes afin d'éviter de placer le système de soins dans un tel état de fragilité qu'il ne pourra plus s'adapter ou produire et s'approprier des innovations. ».
(Contandriopoulos et al., 2001 : 2)

Le troisième facteur motivant l'intégration des soins se trouve à être directement en lien avec les logiques de régulation partagées plus en détail dans la partie précédente. Plus clairement il trouve son mobile dans l'incapacité du système de soins à repenser les fondements de leur régulation. Car il ne fait aucun doute pour nos auteurs que cette intégration ne peut avoir lieu sans repenser « le rôle et les fonctions de chacune des quatre logiques de régulation et donc, le rôle et les fonctions des différents acteurs du système de soins » (2001 : 2).

Le dernier enfin considère que la santé, la maladie, ses déterminants et ses modèles explicatifs devraient eux aussi être repensés étant donné le caractère « réductionniste » de leur définition actuelle. Ainsi donc, il s'agit pour nos auteurs de repenser « le rôle et les responsabilités respectives de l'ensemble de la société en regard de la santé et de celui des ministères de la santé » (2001 : 3). Constat qui ne manque pas de nous remémorer la

définition de l'OMS sur la santé et de ses conséquences sur les représentations sociales et plus largement sur le fonctionnement même de la société. À ce propos d'ailleurs Ilario Rossi fait la remarque suivante :

« Le manque de relations pertinentes établies entre les représentations du corps, de la santé et de la maladie, ne fait que montrer le clivage existant entre les différentes spécialisations médicales et renforcer l'imperméabilité entre les différentes disciplines; il empêche ainsi la construction d'une réflexion prenant en compte la pluralité des points de vue pour créer un terrain de compétences croisées et communes. » (Rossi, 1994)

Bref, c'est dire ici que de répondre à ces différents facteurs équivaut à restructurer entièrement le système de soins et de santé. D'où l'idée d'une véritable réforme par l'intégration et d'où la nécessité d'« inciter les acteurs à coopérer plus étroitement de façon à mieux utiliser les ressources et les compétences disponibles pour réduire la fragmentation de l'offre de soins et accroître l'efficacité du système de soins. » (Contandriopoulos et al., 2001 : 5)

À ce propos d'ailleurs rappelons ici même que la définition apposée au concept d'intégration par nos auteurs inclut trois concepts clés tels la coordination, l'interdépendance et la coopération qui sans aucun doute et si appliquées telles quelles, conduiront indubitablement à rétablir les bouleversements mis en exergue par l'exposition de ces différents facteurs. Rappelons à cet égard le contenu de cette définition afin de pouvoir l'appréhender comme un véritable moyen d'atteindre ce nouvel espace :

« L'intégration est le processus qui consiste à créer et à maintenir, au cours du temps, une gouvernance commune entre des acteurs (et des organisations) autonomes dans le but de coordonner leurs interdépendances pour leur permettre de coopérer à la réalisation d'un projet collectif. » (Contandriopoulos et al., 2001 : 4)

La coopération devient ici un élément important de cette définition puisqu'elle constitue le moyen par lequel les acteurs entre eux parviendront à coordonner leur interdépendance. L'interdépendance s'avère en effet indispensable pour nos auteurs dans la

mesure où elle permet et encourage cette coopération jugée alors nécessaire à la création du système de soins sans murs tel qu'appréhendée quelques années auparavant par Contandriopoulos.

« Il y a interdépendance quand des acteurs (ou des organisations) autonomes doivent résoudre des problèmes collectifs, c'est à dire quand aucun des acteurs concernés détient toutes les ressources, les compétences, la légitimité nécessaire pour apporter une réponse (scientifiquement, professionnellement, techniquement, socialement) légitime et valide aux problèmes auxquels chaque acteur (ou organisation) du champ est confronté. La coopération des acteurs est donc au centre de la problématique de l'intégration. » (Contandriopoulos et al., 2001 : 4)

Aussi, et pour qu'il y ait coopération entre les acteurs ou les organisations, cela nécessite une coordination du projet qui les amène à interagir ensemble. Cette coordination ne peut-être, selon nos auteurs, laissées à elle même comme ce que la logique économique tend à vouloir faire; au contraire elle doit témoigner, tout comme la coopération, « d'un volontarisme fort pour faire fonctionner un système et agencer le comportement des acteurs. »

« Les organisations sont en elles-mêmes le résultat d'une coopération et d'une coordination, elles représentent la « main visible » plutôt que le laissez-faire lorsqu'il s'agit d'agencer des ressources et des interventions. Un des enjeux de l'intégration consiste, entre autres, à créer de nouveaux canaux de coopération et de coordination entre des organisations autonomes ayant leurs propres frontières. » (Contandriopoulos et al., 2001 : 5)

Tandis que nos auteurs exposent trois types de coordinations lesquels incitent chacun et à leur façon à définir le niveau d'interdépendance nécessaire entre acteurs et organisations, suivi de trois types de systèmes ainsi que de plusieurs dimensions de l'intégration, nous retiendrons ici que l'intégration telle que nous l'avons définie dès le début de notre mémoire contient en elle-même les moyens de pallier à ce processus de reproduction. Car en effet, si cette intégration était adaptée telle que définie, elle ne pourrait en aucun cas être vouée à l'assimilation-reproduction – telle que décrite lors du second chapitre de ce mémoire – étant donné qu'elle ne peut se réaliser « sans une volonté de préserver la liberté des acteurs et le potentiel d'innovation qui peut en découler » (2001 : 7).

Autrement dit, elle ne peut-être vouée à la reproduction si chacune des composantes de cette définition bénéficiait de toutes les ressources nécessaires pour être mises en action.

Cependant, nous ne pouvons nier que sa mise en œuvre est telle que mentionnée par nos auteurs « une entreprise longue, difficile et exigeante » (2001 : 10) en vue de la situation actuelle. Nous comprenons aussi qu'elle suppose une véritable réforme étant donné le niveau d'interdépendance entre chaque structure d'abord puis entre chaque modalité organisationnelle ensuite. En ce sens d'ailleurs, nous comprenons davantage encore ce que nous signifions lors du chapitre quatre lorsque nous évoquons la reproduction dans laquelle se fourvoyait le projet pilote de notre informatrice. Car en effet, pour nos auteurs il est dorénavant « difficile d'imaginer qu'un projet pilote puisse fonctionner très longtemps et aller au bout de son potentiel d'innovation, si le reste du système de soins n'entre pas, lui-même, dans un processus général de transformation. » (Contandriopoulos et al., 2001 : 10).

« En effet, changer les pratiques est un exercice difficile, long et exigeant; il demande la présence de nouvelles compétences et d'un leadership dynamique. Il ne peut exister que si les différents acteurs adoptent des idées nouvelles et trouvent les stratégies de mobilisation en sorte que ces idées amènent à repenser les problèmes et à les appliquer, c'est à dire à donner lieu à des solutions nouvelles. Et finalement, il demande des ressources importantes; non seulement des ressources matérielles et financières mais aussi du temps, des informations, de nouvelles connaissances et chez les différents acteurs de nouvelles capacités cognitives. » (Contandriopoulos, 2001 : 11)

Ainsi et afin d'encourager l'adoption de ces nouvelles compétences et aptitudes chez nos différents acteurs, nous avons donc jugé intéressant de vous faire part dans la seconde partie de ce mémoire d'un processus interdisciplinaire lequel pourrait – dépendant des intentions qui y sont allouées – renverser la dynamique actuelle laquelle contribue toujours plus à enserrer la logique démocratique et par la même à morceler les espaces d'interactions entre les différents acteurs.

5.2 L'interdisciplinarité pratique : des avantages et des inconvénients à sa mise en pratique

5.2.1 La Trousse Médico-Légale appréhendée par Nélisse : une véritable « technologie sociale »

En 1996, Claude Nélisse, sociologue et professeur dans les services sociaux, publie un article intitulé « La trousse médico-légale : technologie sociale et protocolarisation de l'intervention ». Cet article est le résultat de l'analyse d'un travail de terrain réalisé auprès de divers professionnels ayant en commun l'utilisation de la trousse médico-légale (TML) dans les activités qui leur incombent. La TML apparaissant de prime abord comme un outil offrant aux victimes d'abus sexuels de multiples moyens « d'uniformiser l'information recueillie et les prélèvements effectués pour obtenir des preuves scientifiques objectives » (1996 : 158) de leur agression ainsi que de leur agresseur, elle s'avère très vite être pour notre auteur plus que ce simple outil de standardisation de l'information. En effet, et dès son apparition alors que Nélisse dispensait un cours universitaire « portant sur les conditions sociales et institutionnelles d'établissement des diagnostics (et plus généralement des jugements professionnels) avec une attention particulière sur les malentendus et les querelles qu'occasionne leur circulation d'un secteur ou d'un univers professionnel à un autre », il eut l'intuition que la TML représentait « une manière nouvelle » d'approcher ces questions (1996 : 158).

Et si nombreux furent les chercheurs à investir les potentiels de l'interdisciplinarité pratique en regard d'un savoir professionnel de plus en plus spécialisé qui ne permet que très peu, dans les bases de son apprentissage, d'appréhender des situations, des comportements ou des contextes qui ne sont précisément pas définis par l'application d'un modèle strict, la conception de la TML de Nélisse nous paraît tout à fait intéressante en raison des nouvelles compétences qu'elle permet de mettre en œuvre au sein des univers professionnels.

Car en effet, et après avoir accompli un travail de terrain exhaustif auprès de professionnels usant de la TML, deux thèses peuvent être aisément soutenues par l'auteur. L'une considérant d'une part, la TML comme ce qu'il nomme une véritable « technologie sociale » « qui agglomère des instruments et des outils composites pour constituer un type d'entités peu reconnues jusqu'à présent dans les univers techno-scientifique et professionnel » (1996 : 158). L'autre s'attachant d'autre part à relever les raisons d'être de cette technologie, démontrant par là même sa capacité à produire une nouvelle forme d'intervention qui appelle au savoir-faire de chacun des intervenants concernés et qui rend alors possible par sa protocolarisation un « système d'action » centré sur la victime (1996 : 158). Aussi, et afin de mieux appréhender encore tout le potentiel de la TML à mettre en forme des compétences telles que la coopération, la coordination et l'interdépendance entre les acteurs, commençons par étayer davantage la première thèse avant de revenir sur la seconde.

Mais d'abord et afin de s'entendre sur la forme et le contenu de la trousse médico-légale, nous jugeons utile de rapporter ici mot pour mot la description de Néliste :

« Il s'agit en fait d'une enveloppe apposée sur une boîte scellée. L'enveloppe comprend un guide d'intervention sur l'accueil et les soins immédiats, un formulaire de demande d'expertise du Laboratoire de police scientifique, huit formulaires médicaux en quatre exemplaires (bénéficiaire, agent de la paix, Laboratoire de police scientifique, substitut du procureur général) et des autocollants servant à sceller des sacs de papier ainsi que la boîte elle-même après son utilisation. Cette boîte comprend un spéculum, une enveloppe pour les prélèvements les plus usuels (sang, salive, sécrétions vaginales...), une autre pour des prélèvements complémentaires moins fréquents (par exemple sur la peau s'il y a des tâches de sperme) et un grand sac de polythène destiné à contenir des vêtements. Ces prélèvements nécessitent des écouvillons, des lames, des paquets d'éprouvettes qui seront réinsérés dans les sacs sur lesquels seront apposés les autocollants identifiés et numérotés selon chacun d'eux. « Comprendre les victimes d'agression sexuelle ... et leur besoin de réconfort » est le titre qui revient très visiblement et en leitmotiv sur toutes les enveloppes ainsi que sur tous les documents de présentation. » (Néliste, 1996 : 157)

Aussi et après lecture de cette description il est évident que la TML peut apparaître comme un simple outil permettant de rassembler les informations nécessaires sur l'agression.

Cela dit, il est clair que pour Nélisse la TML dépasse le rôle du simple outil en s'appropriant d'une « fonctionnalité multidirectionnelle ». Et bien qu'il insiste et à raison – nous y reviendrons plus tard –, sur le fait que chacun des acteurs professionnels concernés par cet « outil » possède une définition différente et de sa fonction et de ses composantes, l'auteur garde de ces visions multiples et variées « l'agglomérat foncièrement composite » que constitue la TML. « Ces visions techniques ou strictement instrumentales réduisent la TML à une seule de ses dimensions » dit l'auteur avant de poursuivre: « ... et s'interdisent par là de la concevoir pleinement comme l'objet composite et hétéroclite qu'elle est très matériellement. » (1996 : 160). C'est ainsi que l'auteur démontrera qu'elle n'est pas simplement outil, ni technique, mais qu'elle est davantage technologie. Et plus encore « technologie sociale ».

Et en effet, si la TML ne dit rien de plus sur les opérations techniques à utiliser chez les différents experts impliqués dans ce processus de centration des données, elle semble par ailleurs proposer un plan d'action qui non seulement « invite le médecin ou le professionnel paramédical à proposer à la victime un accompagnement tout au long de la visite elle-même » (1996 : 160), mais qui de plus contribue à modifier la configuration traditionnelle du travail dans la mesure où le médecin par exemple alors « habilité par sa seule médecine » (1996 : 160) est dans ce contexte précis convié à partager le résultat de son expertise avec un ensemble de professionnels. D'une part, la TML convie donc nos différents acteurs à se pencher sur les affects de la victime, lui porter une attention et un soutien particulier; ce qui n'est pas sans insinuer le manque de considération sociale dans les prérogatives de certaines professions dans le déroulement de leur expertise :

« On peut penser que si la TML prend la peine d'énoncer de telles consignes « relationnelles », c'est bien que « normalement », dans l'univers habituel qui est le sien, l'acteur visé par la consigne ne serait nullement prédisposé à agir dans le sens de cette dernière. » (Nélisse, 1996 : 161)

D'autre part, elle permet d'engager ces différents acteurs sur un nouveau terrain de travail, lequel contraint le cours régulier de la pratique de l'acteur pour l'intégrer au sein d'un véritable réseau professionnel :

« Avec la TML, tous les actes (des plus communs au plus spécifiques) de tous les protagonistes (médecins comme travailleuses sociales ou communautaires, infirmières comme agents de la paix) sont infléchis – voire contraints – dans un « système de travail » organisé autour d'une vision du travail et d'une finalité propre à une nouvelle classe de cas (c'est à dire « les agressions à caractère sexuelle »). [...]. Dans ce nouvel ordre, chacun y est en même temps un ACTEUR professionnel, maître et responsable de son action et de l'usage des outils qui sont les siens, et un AGENT fonctionnaire d'un système qui le dépasse en le reliant de fait à tous les autres.

Ce système d'emprise plus ou moins contraignant sur les outils et les pratiques usuelles de chacun est dit ici une technologie. » (Nélisse, 1996 : 160-161)

Dès lors, il semblerait que la TML incite de par son besoin d'expertise interdisciplinaire non seulement croirait-on à se centrer davantage sur le patient, mais aussi à socialiser « la forme traditionnelle du travail professionnel » dans la mesure où par cette technologie « chacun devient à la fois le producteur ET le subordonné d'un régime de travail qui n'est plus celui qui lui est familier. » (1996 : 161).

« Sous l'emprise d'une technologie le professionnel est dépossédé d'une partie de son autorité, de son monopole et de la responsabilité ultime du sens et du déroulement de son action; lesquels sont transférés à un processus de recomposition plus collectif, anonyme, transpersonnel. » (Nélisse, 1996 : 161)

Ainsi, la TML peut-être ici perçue comme créatrice d'interactions nouvelles dans le cours même du travail : « sa nature est d'abord sociale et relationnelle » (1996 : 161). Relationnelle dans la mesure où elle incite de par son interdisciplinarité à focaliser

davantage son attention sur les besoins de la victime; Sociale étant donné cette faculté qu'elle a d'encourager une organisation en « réseau de travail » et d'inciter par conséquent à la coordination de ces nouvelles interactions « en mettant en relation réglée des univers disjoints, en même temps qu'elle maintient globalement leur spécificités. » (1996 : 162).

Nous retrouvons donc, dans et à travers l'étude des retombées de la TML sur les activités professionnelles concernées, toutes les compétences et aptitudes nécessaires selon Contandriopoulos au processus que nous pourrions au final qualifier d'intégration.

« Nous suggérons alors de voir la TML comme une spécification d'un environnement social artificiel qui « force » expressément l'interruption du cours normal et routinier des activités professionnelles les plus coutumières pour mieux faire converger virtuellement les ressources cognitives de chacun et les engager ainsi dans la production conjointe d'un bien polyvalent. » (Nélisse, 1996 : 163)

5.2.2 La TML : un protocole nécessaire à une concertation préalable à l'intervention

Si la TML n'est pas, selon Nélisse, un programme d'action en tant que tel dans la mesure où elle ne dicte aucune finalité propre à son utilisation, sa « fonctionnalité multidirectionnelle » aurait par ailleurs suffi à bouleverser les activités professionnelles au point de générer, de manière somme toute indirecte, quelques protocoles d'intervention. En effet, quelques années suivant sa mise en œuvre en tant que projet de type recherche-action dans trois différentes régions volontaires du Québec (1977 à 1986), il semblerait que nombres de protocoles d'intervention furent depuis lors mis à l'épreuve. Et même si ces différents protocoles ne constituent pas directement le fruit de la mise en œuvre de la TML, ils semblent tout du moins être, en partie, le résultat d'une attente de beaucoup qui dès le départ concevaient le guide d'intervention de la TML comme « le premier pas d'un document qui devrait intégrer l'ensemble des actions nécessaires à une satisfaction complète des besoins des victimes : de la réponse policière au suivi psycho-social. » (1996 : 166).

« Ce projet de type-recherche action [...] conduira à la mise sur pied de table de concertations régionales ainsi qu'à la production de guides et de protocoles régionaux d'intervention socio-médicaux-judiciaire. Un mouvement est lancé au Québec qui verra se multiplier, d'année en année depuis les débuts de 1990, un nombre toujours croissant de protocoles dits d'intervention dans tous les secteurs où il est question de violence, d'abus, de négligence ... et plus largement de dépendance, de protection, de placement, de réinsertion ...

La TML n'a pas généré d'elle-même les protocoles d'intervention. Nous voudrions montrer cependant qu'elle a tout d'un protocole et que sa « simplicité » laisse mieux voir ce que peuvent être et ce pourquoi existent ces protocoles qui, aujourd'hui, l'intègrent et la dépassent. » (Nélisse, 1996 : 166)

Voyons alors de plus près et avec Nélisse ce qu'implique véritablement un protocole afin donc de saisir plus amplement ce qu'il nomme être « la raison d'être de ce type de technologie » (1996 : 163).

En effet, « un protocole est un document public qui prescrit à la fois une politique et les procédures de mise en œuvre conséquentes » (1996 : 166). Il représente pour l'auteur : « un moment particulier situé entre les intentions interministérielles d'une part, et les manuels techniques ou opérationnels, d'autre part » (1996 : 166). Il est en somme le résultat d'une concertation entre les différents acteurs et ou représentants en jeu dans un quelconque projet d'intervention. Il habilite ainsi les professionnels travaillant en réseau à respecter le degré d'intervention de chaque acteur concerné par l'entreprise en cours. Ainsi, et si le protocole fait toujours pour notre auteur « officiellement consensus » « sa création et ses mises à jour sont émaillées de mille et une tractations et chicaneries » :

« Il est indéniablement un petit « paquet » de petits compromis résultant d'une rencontre, constamment à refaire, entre des intérêts toujours différents, souvent divergents et quelque fois contradictoires. » (Nélisse, 1996 : 167)

Aussi, s'il est appliqué dans un climat de concertation démocratique, le protocole semble pouvoir justement servir à amoindrir les différents rapports de force et de pouvoir

existant au sein des structures professionnelles. Non par sa forme elle-même, mais de par son contenu qui doit sans cesse être revu, rediscuté et remanié par les acteurs qui en font usage. Le protocole est indéniablement relationnel et conventionnel nous dit l'auteur; il se rapporte en effet à « deux impératifs d'action différents » (1996 : 167). La première faisant référence à « la logique « politique » de la puissance dans l'action pour en produire une pacification. » (1996 : 167) : exemple, protocole d'entente et protocole diplomatique (1996 : 167). La seconde référant « à la logique « technique » de la méthode dans l'action pour produire une efficacité sûre » (1996 : 167) : protocole opératoire en chirurgie par exemple ou bien même aussi protocole de passation d'un test en psychologie (1996 : 167).

« Ces deux logiques sont en effet inséparables dès lors que l'action n'est plus seulement celle d'un professionnel unique et indépendant (ou celle d'une autorité professionnelle centralisant un système hiérarchique avec délégation des compétences), mais qu'elle est devenue celle d'une coordination collective, d'une action socialisée sans maître d'œuvre où chacun se doit de respecter les compétences des autres. ». (Nélisse, 1996 : 167)

Bref, cette protocolarisation de l'intervention appelle par conséquent à une concertation régulière et organisée entre les acteurs en jeu et/ou leurs représentants afin de toujours maximiser les interventions requises en fonction des besoins des intervenants ainsi que ceux des bénéficiaires. Elle est pour Nélisse « un investissement de forme » créateur d'un ordre et d'un processus négocié de travail [...] L'action commune s'appelle « intervention » et le protocole a la propriété d'y engager chacun » (1996 : 168) :

« C'est un lieu commun aujourd'hui d'énoncer ceci : l'intervention, pour mettre un terme à un problème social, une misère, un fléau, un drame, une situation inadmissible ..., nécessite la participation de tous les intervenants, qui doivent agir dans des perspectives complémentaires. L'intervention est ici un impératif moral général ascendant qui oriente, guide et mandate, à certaines conditions, les pratiques de tous genres afin d'arrimer « naturellement » le service à la personne qui les justifie concrètement à un intérêt d'ordre public qui les légitime politiquement. » (Nélisse, 1996 : 168)

Toutefois, et si la TML permet, comme tout bon protocole, d'engager différents acteurs à travailler sur un bien commun tout en respectant d'une part leurs spécificités et

d'autre part leur limite dans la contribution propre à la réciprocité de leur engagement, il est essentiel de comprendre ici que la concertation est un facteur indispensable au bien fondé de cette entreprise. S'il n'y en a pas, il est clair pour notre auteur que l'action commune sera ineffective et souvent même contre-productive. Plus encore, et dans le cas de la TML qui de par sa problématique même propre aux agressions sexuelles suscite des intérêts conflictuels entre professionnels ainsi que des avis sur la question très partagés et où ni consensus implicite, ni valeurs partagés ne peuvent rendre possible l'action commune, il semble d'autant plus primordial pour Nélisse d'encourager un « processus social quasi-permanent de négociation concertante » (1996 : 169). Processus lequel sera nommé par notre auteur de protocolarisation de l'intervention « qui consiste, au fond à engager tous les intervenants dans des ententes pratiques – à leur faire faire la paix. » (1996 : 169).

Ce faire-la-paix particulier transforme les conflits « substantifs » propres à un champ d'intervention donné en transactions procédurales immanentes à et constructive de l'action elle-même. Ce faisant, des accords pratiques et effectifs sont possibles en évitant le couteux (et illusoire ?) détour par un consensus sur les valeurs préalables à l'action. » (Nélisse, 1996 : 169)

La coordination permet donc d'engager ce processus social de « négociation concertante » tandis que ce processus même devient un préalable «obligé de l'intervention comme action commune configurant des pratiques différentes sur un intérêt public en conjuguant une efficacité pratique à une justesse politique » (1996 : 169).

Au demeurant jugée féconde à encourager la concertation entre les acteurs, la TML évaluée par le Groupe de travail sur les agressions à caractère sexuel (GTACS) dit : « la trousse et le guide ont été des prétextes, des points de départ à une plus grande collaboration entre les intervenantes et les intervenants concernés » (1996 : 169). Cela dit, à la question de savoir si oui ou non la trousse médico-légale a rendu « l'intervention à la fois plus juste et plus efficace » (1996 : 169), l'auteur ne peut se prononcer véritablement dans la mesure où elle nécessiterait un travail plus approfondi sur le degré de concertation établie entre les différents acteurs concernés ainsi que sur l'exacte mesure de la procéduralisation de

l'intervention. Qui plus est, elle « exigera aussi qu'on donne la parole aux victimes, et surtout qu'on prenne cette parole plus au sérieux » conclut notre auteur.

5.2.3 De la Trousse Médico-Légale à l'édification d'un système de soins sans murs : quelques limites à envisager

Ainsi, et afin d'être mieux à même d'appréhender quelques limites sous-jacentes à l'interdisciplinarité pratique telle qu'appréhendée par Nélisse dans la mise en œuvre d'éléments tels que coopération, coordination et interdépendance entre les professionnels et dans l'optique bien sûr de pouvoir ensuite outrepasser ces limites, résumons ici et en quelques phrases le raisonnement mené jusqu'à présent et depuis le début de ce chapitre. En effet, et ayant tout d'abord convenu de l'importance qu'il y a de réintégrer l'acteur humain au cœur des prérogatives de l'État, nous nous sommes donc penchés sur quelques réflexions d'auteurs dont l'intérêt principal se trouve justement à être dans l'organisation d'un système de travail novateur lequel permettrait d'habiliter ses professionnels comme ses bénéficiaires à s'estimer véritablement acteur de la réalité dans laquelle ils évoluent. Aussi, c'est grâce à la conceptualisation du « système de soins sans murs » tel qu'appréhendé par André-Pierre Contandriopoulos que nous nous sommes peu à peu concentrés sur les transformations jugées utiles à sa réalisation. Et s'il est clair pour notre auteur que ces transformations sont non seulement d'ordre structurel, mais aussi et peut-être surtout d'ordre représentationnel, notre attention s'est jusqu'à présent davantage portée sur l'organisation structurel d'un système de soins qui pourrait éventuellement accueillir de nouvelles façons de voir, de penser et d'agir.

En effet, de la nécessité de réagencer les quatre logiques de régulation du système de soins (Contandriopoulos, 1997) à celle d'une véritable réforme par l'intégration (Contandriopoulos et al, 2001), nous avons eu l'occasion de mettre en perspective les nécessités qu'il y a 1- de trouver des moyens par lesquels la logique démocratique

bénéficiera de plus d'espace 2- de redéfinir le rôle de l'État dans la définition de ces espaces démocratiques et enfin 3- de mettre en oeuvre tout le potentiel que représente les trois composantes (coordination, interdépendance, coopération) de la définition de l'intégration dans la mise en forme de ces espaces.

Dès lors, et à partir de ces composantes estimées comme de véritables moyens de pallier à ce processus de reproduction des représentations dominantes, la Trousse Médico-Légale telle qu'approchée par Claude Néliste nous est apparue comme une technologie sociale passible de les mettre en action. De cette technologie semble s'être mis en évidence une protocolarisation de l'intervention laquelle conduit à véritablement penser cette dernière si tant est qu'il y ait au préalable un processus social de « négociation concertante ». Toutefois – et nonobstant la perspective innovante de la TML qui est de promouvoir de nouvelles aptitudes dans la configuration actuelle du travail – deux limites au moins semblent s'imposer à nous dans l'indispensable réalisation d'un processus social de « négociation concertante ». L'une et l'autre correspondant, chacune à leur manière, à des défis non plus structurels, mais cette fois-ci représentationnels.

La première se rapporte directement au risque que comporte cette « coordination collective », cette « action socialisée » dont témoigne Néliste qui est de se centrer sur le protocole qu'il génère plus que sur le patient lui-même. Car en effet l'auteur sous entend que la plupart, si ce n'est l'ensemble des acteurs concernés par l'usage de la TML, n'y voit la qu'un simple outil, la réduisant ainsi « à une seule de ses dimensions » (1996 : 160). Autrement dit, le dispositif mis en place par la TML, s'il n'est pas conçu, pensé, appréhendé par les professionnels concernés comme une technologie sociale, mais plutôt comme relevant d'un simple outil, le danger est de porter trop d'attention aux procédés à suivre et d'ainsi rendre le patient aussi passif qu'il peut l'être au cours d'une intervention isolée. Dans ce cas – pensons nous – l'interdisciplinarité pratique ne se fera pas au bénéfice du patient, ni moins encore à la réintégration du pouvoir social et individuel au coeur des prérogatives de l'État, mais servira plutôt à renforcer les rapports de pouvoir asymétrique entre

professionnels et patients ainsi qu'entre professionnels entre eux et à reproduire alors le modèle dominant, dans l'illusion toutefois que celui-ci s'ouvre à la différence.

De plus, nonobstant les qualités propres à cette approche qui a sans aucun doute le potentiel de générer un système d'intervention plus efficace et mieux à même de répondre à un ensemble plus large de besoins et de demandes, ce modèle se confronte à un second obstacle; cette fois-ci en lien direct avec notre problématique sur l'intégration de l'alternative médicale. Effectivement, l'interdisciplinarité qu'engendre la TML ne rend pas nécessairement compte, sinon dans son ensemble, de la « réalité » que constitue une potentielle conciliation de deux approches médicales fondées sur des représentations différentes. Autrement dit, l'intervention interdisciplinaire suscitée par la TML s'établit autour de professionnels reconnus socialement comme possédant des connaissances fondées et légitimes, expertises certes différentes, mais appartenant généralement à un même soubassement représentationnel. Tandis que les médecines dites alternatives dans leur essence ne répondent pas aux mêmes réquisits supportés par la logique professionnelle. Aussi, l'interdisciplinarité requise, avec tous les enjeux qu'elle engendre d'elle-même doit dans ce contexte également composer avec une perspective inter-représentationnelle.

Tandis que la première limite semble faire davantage écho au mécanisme de reproduction à l'œuvre au sein du système et encourage à envisager quelques moyens plausibles de contourner cette force, la seconde limite à l'application de ce modèle réside dans le fait qu'il ne sort pas des carcans dominants, soit de « l'idéal-type » positiviste appliqué à l'ensemble du système sociétal occidental. Aussi, et afin de passer outre ces limites, lesquels nous allons davantage développer dans la dernière partie de ce mémoire, nous aborderons l'autre pan des transformations jugées nécessaires à la mise en place d'un « système de soins sans murs », soit celui des représentations. Et, si notre acupuncteur Daniel estime qu'un changement de l'ordre des représentations s'avère être un impératif pour l'avenir de l'acupuncture au sein du système de santé conventionnel, il n'en émet pas moins l'insécurité sociale que ce changement peut représenter :

« Comment peut-on faire pour accompagner cette souffrance là, cette insécurité là pour celui qui ...change... introduit... développe... un paradigme ? On change le monde et dans cette conception là c'est la définition de soi-même qui est le plus dur à changer. Si je vous dis que vous êtes pas ce que vous êtes et que vous êtes autre chose et que je commence à glisser le miroir devant vous et que vous voyez un p'tit coin de quelque chose que vous connaissez pas y a de forte chance que vous enlevez miroir parce que Wow wow c'est l'angoisse ! (rire) Donc c'est des processus qui sont très très très long. » (Daniel)

C'est ici précisément qu'interviennent quelques éléments théoriques de la structuration de Giddens, lesquels nous permettrons d'envisager non plus seulement des possibilités d'ordre structurel à une reconnaissance des pouvoirs sociaux au cœur des prérogatives de l'État, mais tout à la fois des possibilités de transformation de l'ordre des représentations. Ainsi, et développées l'une à la suite de l'autre, nous verrons que ces deux limites se rejoignent immanquablement. D'une part, dans la mesure où la seconde limite ne pourra être franchie tant que la première n'aura trouvé de véritables moyens de pallier à ce mécanisme. D'autre part, étant donné la nécessité qu'elles ont en commun d'user d'un type de conscience particulier lequel sera développé par Giddens afin de passer outre leurs enjeux ainsi que cette insécurité y étant largement associée.

5.3 Médecines alternatives et biomédecine : Alliance possible ou scission inévitable ?

5.3.1 Au delà des limites de la TML : un besoin de renouveau au sein des perspectives sociales

S'il est clair que la première limite retenue au modèle interdisciplinaire, laquelle est de se centrer davantage sur le protocole que sur le patient, fait ici directement écho aux enjeux de reproduction en cause au sein du système dominant, il nous paraît tout aussi évident – suite aux nouveaux apports conceptuels de nos auteurs – qu'elle pourrait-être ici aisément contrariée par la mise en place d'espaces démocratiques suffisamment interactif au cœur des activités professionnelles. Toutefois, si nous pensons sincèrement le pouvoir de ces espaces sur la réduction de ce mécanisme de reproduction, nous pensons également qu'il ne peut véritablement prendre forme dans un tel contexte étant donné 1- la quasi-imposition de ce nouveau système de travail *ad hoc* pour les acteurs concernés et 2- le rôle actuel de l'État dans la définition de ces espaces démocratiques.

Car en effet, c'est à plusieurs reprises au cours de son article que Nélisse fait référence à la TML comme d'une technologie sociale qui « force, « contraint », « oblige », ... à engager les acteurs à établir de nouveaux rapports, lesquels mèneront peu à peu à ce « processus social de négociation concertante » (1996 : 169) préalable à l'intervention. Cela dit, il nous semble évident que si les acteurs se sentent contraints d'adopter de nouveaux comportements et de nouvelles pratiques sans même véritablement en comprendre son sens profond tant il semble être ici inscrit entre les lignes de la TML – faisant ici référence au fait que la plupart d'entre eux n'y voient ici qu'un « simple outil » – le protocole deviendra une fin en soi au détriment du patient lui-même. Phénomène qui ne fera que renforcer encore l'intervention telle que nous l'avons décrite lors des chapitres précédents, soit comme étant le résultat de la normalisation de comportements et de pratiques de plus en plus codifiés et standardisés. À cet effet, Nélisse décrit l'intervention dans les termes suivants :

« Le discours inflationniste de l'intervention est en quelque sorte une autojustification de l'action. Il constitue progressivement un réseau fermé sur lui-même, un système suffisamment auto-référent, comme on dit en théorie des systèmes, pour être à même de s'autolégitimer au point « d'aller de soi », de chasser tout autre possible et d'invalider même les alternatives. Il permet en particulier à chaque professionnel de passer à l'action sans avoir à s'attarder sur la délicate question de l'existence d'une demande subjective. » (Nélisse, 1993 : 174)

Aussi, et dans l'optique de modifier cette trajectoire et d'offrir alors de nouveaux espaces d'autonomie aux professionnels afin qu'ils puissent se sentir assurément responsables de leurs actions, il s'agit donc, en partie du moins, que le changement envisagé, dans ce contexte par la TML, « soit perçu par une large coalition d'acteurs comme le moyen de réaliser un projet collectif excitant et pas seulement imposé de l'extérieur » (Contandriopoulos, 2001 : 11). Car en effet, comment assurer la continuité de modification apportée sur l'environnement concerné s'il n'y a ni véritable compréhension des enjeux qu'elle tend à enrayer – sinon à amoindrir – ni par conséquent de réelle motivation à perpétuer ces changements ? Sans compréhension, ni motivation de la part des acteurs, nous prétendons, en vertu de ce que nous avons démontré jusqu'à présent, que quelque soient les modifications apportées au système concerné elles seront sans aucun doute assimilées à l'ancien mécanisme. D'où la production et reproduction quasi-mécanique des mêmes contraintes dans le système de santé québécois, année après année, réforme après réforme.

Afin donc d'aller au delà de ce mécanisme, l'éducation ainsi que l'information nous paraissent être des éléments indispensables à cette entreprise. Informer les professionnels non seulement du potentiel social, mais aussi et à plus long terme peut-être du potentiel holistique que recèle un outil tel que la TML conduirait sans aucun doute à encourager la réalisation d'espace démocratique assez conséquent pour mettre en œuvre ce processus de « négociation concertante ». Toutefois pour que cela puisse être, pour que l'acteur puisse pleinement prendre conscience de son pouvoir d'influer sur la trajectoire actuel du système, il s'agit selon nous de procéder à une véritable réforme au niveau du système de

représentation, laquelle nous allons davantage développer à travers la théorie de la structuration de Giddens.

Aussi et si nous avons prétexté le rôle actuel de l'État dans la définition des espaces démocratiques comme étant une contrainte à la mise en forme et à la diffusion de ces espaces, c'est bien parce que nous pensons qu'actuellement l'État est en quelque sorte « forcé », « contraint », « obligé » de répondre à des impératifs d'ordre international avant même de pouvoir satisfaire à ses propres exigences sociales. Il n'est pas étonnant d'ailleurs, en regard du « risque » que peut potentiellement générer le fait de ne pas répondre à ces impératifs, que l'administration judiciaire ne fasse que très peu de cas de la TML depuis sa parution dans le système et « ce en dépit des demandes réitérées par les autres partenaires (Gingras, 1988 et Ministère de la Justice du Québec, 1990). » (Nélisse, 1996 : 165) :

« Il est étonnant qu'une des raisons d'être de la TML – fournir des constats médicaux-légaux – soit presque ignorée par l'institution à laquelle elle est censée servir en bout de ligne. » (Nélisse, 1996 : 165)

Non pas si étonnant dans la mesure où le système judiciaire devient un moyen de maintenir le système tel qu'il est, contraignant de plus en plus la place du débat démocratique « en le subordonnant en quelque sorte à une logique normative (la judiciarisation) peu différentes dans ses fondements et dans sa forme à la logique que nous avons appelée technocratique. » (Contandriopoulos, 1997 : 19). Il est clair ici que le rôle actuel de l'État, si contraint de répondre à des impératifs de marchés mondiaux, se doit de développer quelques structures prenant en comptes ses nouvelles prérogatives. Ceci dit, il est évident qu'en vertu de ce manque d'espace démocratique, il s'avère nécessaire, comme le mentionne Contandriopoulos, de faire preuve « de nouvelles capacités cognitives chez les acteurs eux-mêmes ».

La seconde limite à ce modèle interdisciplinaire, directement en lien avec notre problématique liée à l'intégration de l'alternative médicale, rend compte ici d'un défi

supplémentaire : celui que constitue une perspective inter-représentationnelle dans l'intégration des soins. Aussi, et afin de passer outre cet enjeu nous comprenons la nécessité qu'il y a de tout d'abord considérer les moyens de pallier à notre première limite. Car ce n'est qu'une fois intégrée cette nécessité qu'il y a de se concentrer avant tout sur les besoins du patient plutôt que sur le protocole en soi que pourra enfin être considérée une perspective de conciliation entre médecines alternatives et médecines conventionnelles.

Dès lors, il s'agit ici, et dans la dernière partie de ce chapitre, de mettre en perspective de nouvelles représentations des rapports sociaux et structurels, lesquels aboutiront à une transformation dans les manières de penser et donc de mettre en action. Pour cela, c'est à travers quelques éléments conceptuels de la théorie de la structuration de Giddens que nous pourrions entrevoir la possibilité de promouvoir les espaces démocratiques afin non seulement de réaliser un « système de soins sans murs », mais plus encore afin de réaliser cet espace de conciliation entre les médecines.

5.3.2 La « dualité du structurel » de Giddens : une conception du social et du structurel mieux à même de créer la nouveauté

Si nous avons, dès le début de ce mémoire évoqué le concept de l'intégration en retenant la perspective d'André-Pierre Contandriopoulos, celle de Giddens n'en a pas été pour autant mise de côté. En effet, nous avons retenu sa définition dans l'optique d'insister sur la réciprocité des pratiques et sur les relations qu'implique ce concept, dans le but toutefois d'y revenir une fois la situation de l'alternative en contexte de conventionnalité décrite et appréhendée sous différentes formes. Pour Giddens donc « l'intégration signifie réciprocité de pratique entre des acteurs ou des collectivités liés par des relations d'autonomie et de dépendance » (Alcouffe : 6). Cette appréhension de l'intégration, laquelle est sans aucun doute davantage développée encore, fait partie intégrante de toute une théorie de la structuration sociale dont nous fait part Giddens à travers une œuvre intitulée *La*

Constitution de la Société. Écrit et publié en 1984 cet ouvrage constitue une minutieuse recomposition de la vision de la structuration de la société par notre auteur, laquelle est édiflée en un tout théorique somme toute très intéressant quant à notre préoccupation qui est de mettre en place un espace inter-représentationnelle dans lequel il serait possible de voir, de penser et d'agir de manières différentes. Aussi, dans l'impossibilité de vous faire part de tous les éléments conceptuels développés par l'auteur pour mettre en lumière sa propre réalité sociétale tant elle est imposante de par son contenu, nous retiendrons quelques éléments clés nous paraissant dès lors utiles à la propension d'espaces démocratiques susceptibles d'encourager une autre façon pour les acteurs de concevoir le milieu dans lequel ils évoluent et d'évaluer ainsi leur compétence à conduire l'évolution de ce milieu.

D'abord et pour commencer, il faut savoir que notre auteur fonde sa théorie de la structuration sur une dualité structurelle, laquelle constitue à n'en pas douter le pilier de cette théorie. En effet, « partant de l'existence du dualisme profond, dans la théorie du social, entre *objectivisme* et *subjectivisme*, l'auteur fonde sa théorie de la structuration sur une dualité, *la dualité du structurel*, qui consiste en fait en une nouvelle conceptualisation de ce dualisme » (Alcouffe : 2). Pour lui, il ne devrait pas y avoir de théories sociales prônant soit la domination de l'acteur individuel soit celles des structures sociales; ces deux aspects constituant les deux faces d'une même médaille et ne se comprenant véritablement que dans une « relation dialectique » (Rojot : 70). Autrement dit, les acteurs sociaux baptisés par Giddens sous le terme d'« agent » n'ont de réalités indépendantes des structures dans et à travers lesquelles ils produisent et reproduisent, de par leur action, les ressources nécessaires à la constitution de la société. Ainsi, c'est au moyen de l'appréhension de cette dualité structurelle et de ce qu'elle revête que les limites décelées au modèle de l'interdisciplinarité pratique telle qu'appréhendée par Néliste pourront jouir d'une conception laquelle sera plus à même d'outrepasser les enjeux précédemment soulevés par ces limites.

D'abord et afin de mieux expliciter la conception de l'auteur nous considérons nécessaire de vous faire part ici de trois de ses dix postulats tant ils constituent les fondations de sa théorie (Alcouffe : 2).

- 1- Tous les êtres humains sont des agents compétents. Tous les acteurs sociaux ont une connaissance remarquable des conditions et conséquences de ce qu'ils font dans leur vie de tous les jours.
- 2- La compétence des acteurs humains est sans cesse limitée, d'une part, par l'inconscient, et, de l'autre, par les conditions non reconnues et les conséquences non intentionnelles de l'action.
- 3- Liés sur le plan psychologique, à la réduction des sources inconscientes d'angoisse, la routine est la forme prédominante d'activité sociale accomplie au jour le jour. Les pratiques routinières sont l'expression par excellence de la dualité du structurel, en regard de la continuité de la vie sociale

Aussi, il est nécessaire ici et avant de définir plus amplement ce que l'auteur entend par « dualité du structurel » de s'attarder sur la signification des termes de « structurel », de « structure » et de « système sociaux ». Giddens conçoit en effet le structurel comme des règles et des ressources tandis que les structures constituent selon lui des ensembles isolables de règles et de ressources engagés dans l'articulation institutionnelle des systèmes sociaux. Ces systèmes sociaux sont quant à eux le résultat de relations entre les acteurs, reproduites et organisées en tant que pratiques sociales régulières. En d'autres termes, la relation agent-structure conceptualisée de cette manière implique une récursivité telle que la structure comme l'agent ne peut-être en aucun cas considéré indépendamment. Aussi, la dualité du structurel « désigne le fait que les règles et les ressources utilisées par des acteurs dans la production et la reproduction de leurs actions sont en même temps les moyens de la reproduction du système social concerné » (Rojot : 83) :

« Il en résulte suivant Giddens (1984), que les activités sociales des acteurs sont récursives et recrées sans cesse par eux en faisant usage des moyens qui leur permettent de s'exprimer en tant qu'acteurs qu'elles ont elles-mêmes créés. Les agents produisent et reproduisent les conditions mêmes qui rendent leurs activités possibles. La récursivité implique qu'il n'existe pas de relations univoques « cause-effet » mais bien des relations circulaires, des anneaux de causalité, dans la terminologie de Weik (1979). » (Rojot : 71)

« *Les propriétés structurelles des systèmes sociaux sont à la fois des conditions et des résultats des activités accomplies par les agents qui font partie de ces systèmes* ». (Giddens, 1984 : 15). Cependant cette dualité ne s'arrête pas ici, elle implique une série de représentation, laquelle sera en partie illustrée ci dessous avant d'en venir au fait qu'elle engage nécessairement les structures à détenir un potentiel tout à la fois contraignant et habilitant pour ses agents.

Aussi, l'action de l'agent est dans ce contexte indissociable de la nature réflexive de ce dernier. Toutefois, cet état de réflexivité varie en fonction du degré d'usage de trois ensemble de procès dit « contrôle réflexif », « rationalisation » et « motivation » (Alcouffe : 3), lesquels nous ne développeront pas davantage dans cette étude, mais qui semblent par ailleurs déterminer le type et la nature des actions entreprises. Pour l'auteur, « l'action est donc un procès continu, un flot, dans lequel le contrôle réflexif qu'exerce une personne est fondamental pour le contrôle du corps, contrôle qu'elle assure de façon ordinaire dans sa vie de tous les jours. » (Alcouffe : 4). D'ailleurs, cette appréhension théorique invalide toute autre forme d'explication du changement social qui reposerait « sur un ensemble simple et souverain de mécanismes causaux » : « prendre connaissance de ce qui se passe dans l'histoire devient non seulement partie constituante de ce qu'est l'histoire, mais aussi un moyen de la transformer. » (Alcouffe : 20).

De plus, le pouvoir est pour notre auteur un élément indispensable à l'action dans la mesure où il est « la capacité d'accomplir des résultats » (Alcouffe : 21). L'action et le pouvoir sont donc deux concepts intimement liés :

« Être capable d'agir autrement signifie de pouvoir intervenir dans l'univers ou de s'abstenir d'intervenir pour influencer le cours d'un procès concret. Être un agent c'est donc pouvoir déployer continuellement, dans la vie courante, une batterie de capacités causales, y compris celles qui sont à même d'influencer les capacités causales déployées par d'autres agents. L'action dépend donc de la capacité d'une personne de créer une différence dans un procès concret, dans le cours des événements. Un agent cesse de l'être s'il perd cette capacité de créer une différence, donc d'exercer un pouvoir ». (Alcouffe : 5)

Le pouvoir n'est pas conçu comme un obstacle à l'émancipation des acteurs, sinon au contraire il constitue même un médium inéluctable à la liberté de chacun, quelque soit ses propriétés contraignantes nous dit l'auteur. Le pouvoir des acteurs dépend en grande partie de l'accès aux ressources et des règles propres à l'institution dans laquelle ils exercent (Giddens, 1984). Par conséquent, les structures sont pour l'auteur tout à la fois contraignantes de par les conditions qu'elles imposent et les limites qu'elles manifestent à travers diverses règles et ressources (Giddens, 1984). Et tout à la fois habilitantes de par le fait même qu'à travers ses conditions seulement vont pouvoir prendre forme toutes sortes d'actions, qui vont être légitimées et ainsi participer à la continuité du système soit en le consolidant, soit en le modifiant.

« La théorie de la structuration repose sur l'idée que la structure est toujours à la fois habilitante et contraignante, de par la nature même des rapports qui lient nécessairement le structurel et l'action ainsi que l'action et le pouvoir. » (Alcouffe : 15)

Et en effet comment pourrait-il en être autrement étant donné l'idée même de la dualité structurel qui est que « les règles et les ressources utilisées par les agents dans la production et la reproduction de leurs actions sont en même temps les moyens de la reproduction du système social concerné » (Rojot : 83).

Dès lors, l'appréhension de la dualité du structurel de Giddens permet ici non seulement de révoquer l'idée selon laquelle la structure constitue une entité indépendante qui s'autorégule, mais elle permet de considérer enfin l'agent comme véritablement actif dans la

production et la reproduction du système. En effet, cette vision tend à mettre en perspective l'existence d'une force passible de détourner la puissance de reproduction présentée à travers ce mémoire, puisque de par le caractère des actions que l'agent choisit d'entreprendre et de mettre en œuvre, celui-ci contribue soit à reproduire le système tel qu'il est actuellement, soit à l'en modifier substantiellement. Par conséquent, et concernant notre propre problématique qui est de dépasser les limites décelées dans l'interdisciplinarité pratique de Nélisse afin de non seulement mettre à bien de nouveaux espaces démocratiques, mais plus profondément encore de créer un espace où la conciliation entre les médecines seraient possibles, cette représentation à toute les chances d'outrepasser ces principaux enjeux. Toutefois, une telle représentation se borne aujourd'hui à ce dualisme présent en sciences sociales, lequel oppose sans vergogne *objectivisme* vs *subjectivisme*. Il va sans dire que ce dualisme se trouve à être imprégné aussi bien dans les structures que dans les « capacités cognitives » des agents; ce qui conduira en outre à influencer les compétences de ces derniers et à recréer sans cesse les mêmes conditions favorables à ce processus d'assimilation-reproduction. Dans ce dernier cas de figure, « la réflexivité située », est pour notre auteur une « piste d'explication du changement ».

5.3.3 User d'un autre type de conscience : un état d'être proactif

« Toute connaissance (et conscience) qui ne peut concevoir l'individualité, la subjectivité, qui ne peut inclure l'observateur dans son observation, est infirme pour penser tout problème, surtout les problèmes éthiques. Elle peut-être efficace pour la domination des objets matériels, le contrôle des énergies et les manipulations sur le vivant. Mais elle est devenue myope pour appréhender les réalités humaines et elle devient une menace pour l'avenir humain. » (Edgar Morin, 2004 : 65)

Et pourtant, si une chose nous paraît être incontestable au jour d'aujourd'hui c'est bien le fait que chacune des structures sociales composant la société occidentale se fonde sur des connaissances et des savoirs dits « objectifs » et dénués le plus possible de « subjectivisme ». L'organisation de cette structure étant par conséquent en parfaite adéquation avec le fait que ses propres connaissances semblent exister indépendamment du

sujet pensant, il n'est pas étonnant donc dans ces conditions que l'idée soit répandue selon laquelle le pouvoir de l'individu, de l'acteur ou encore de l'agent n'est rien en comparaison de celui détenu par la structure. C'est mettre ici même en perspective une représentation dominante classique du dualisme présent entre *objectivisme* et *subjectivisme*. Ceci étant dit, la vision de Giddens tente justement de révoquer ce « classique » et fait de l'action et de la structure deux entités totalement interdépendantes l'une de l'autre. L'action et la structure étant en relation dialectique, ceci conduit notre auteur à penser le changement dans l'action elle-même : « Toute reproduction est nécessairement production, et le germe du changement est présent dans chaque acte qui contribue à la reproduction ordonnée de vie sociale » (Alcouffe : 19). S'il est clair alors selon notre auteur que le changement se trouve dans l'action, il est tout aussi indéniable selon lui que ce changement dépend du niveau de conscience que l'agent place dans l'action. Et en effet, il existe selon Giddens au moins deux niveaux de conscience qu'il s'agit de développer plus en détail étant donné le pouvoir qui est aujourd'hui concédé à notre mécanisme de reproduction.

La première et la plus répandue selon notre auteur est dite « conscience pratique ». Utilisée au quotidien, elle permet à l'agent de faire sans avoir à s'attarder sur le pourquoi de son action. La seconde à l'inverse moins répandue et dite « conscience discursive » mène l'acteur à exercer une certaine réflexivité, laquelle conduit ce dernier à penser son action de telle façon qu'il devient évident qu'elle a été accomplie de manière tout à fait consciente. « Pris dans ce sens, le concept de conscience présuppose qu'un agent peut faire un compte rendu cohérent de ses activités et en donner les raisons ».

« La conscience discursive fait référence à ces formes de rappel que l'acteur est capable d'exprimer de façon verbale. Quant à la conscience pratique, elle fait référence aux rappels qui sont accessibles à l'agent pendant la durée de l'action, mais qu'il est incapable d'exprimer verbalement. » (Alcouffe : 10)

Aussi, la conscience pratique est sollicitée, plus que de raison, dans les activités routinières, elle est d'ailleurs inhérente à la capacité de perpétuer les routines de la vie sociale.

« La plus grande partie de ce que Schutz (1962) appelle « les stocks de connaissances » et que Giddens (1984) préfère appeler le savoir mutuel ou connaissance mutuelle, mis en jeu dans les rencontres, n'est pas directement accessible à la conscience discursive des acteurs. Il est de nature pratique et inhérent à la capacité de continuer à accomplir les routines de la vie sociales. ». (Rojot : 79)

Elle est pour Giddens en quelque sorte à la source de la reproduction du système tel qu'il se conçoit actuellement. Tandis que l'usage de la conscience discursive – définie « comme ce qu'un acteur sait à la fois dire et faire » et non pas seulement « faire » (Alcouffe : 4) – permet à l'agent d'exercer un certain contrôle sur la continuité du système.

En regard de ces deux niveaux de conscience, il devient dès lors évident que le changement tel que perçu par notre auteur dans la production et la reproduction du système dépend, semble-t-il, largement du niveau de réflexivité préalable aux actions employées par les agents. Le recours à la conscience discursive devient par la même une façon non seulement de permettre à l'agent de poser un regard davantage critique sur le pourquoi et plus profondément même sur la motivation de ses actions, mais qui plus est, il permet à l'agent de prendre une part active quant à la continuité du système. En d'autres termes et dorénavant moins passif quant à la marche actuelle du système, de par le fait même de poser un autre type de conscience face à ses activités, l'agent devient à la fois actif et responsable de son état.

Cet état de proactivité conduirait sans nul doute l'acteur à mener des actions qui sortiraient du courant infléchi par les représentations dominantes, et par conséquent à conduire ses mêmes actions à la production de nouveaux comportements et de nouvelles pratiques, lesquels induiront finalement à l'adoption de nouvelles représentations. Toutefois, le potentiel créateur d'une telle démarche peut être entravé selon notre auteur si n'est pas

considéré au préalable quatre différents facteurs jugés potentiellement source de contrariété pour tout changement se profilant à l'horizon.

En effet, quatre facteurs selon lui influent sur « le niveau et la nature de la pénétration qu'ont les acteurs des conditions de reproduction du système social » (Alcouffe : 11). Le premier fait directement référence aux *moyens d'accès* aux connaissances. Selon l'auteur d'ailleurs ces accès dépendent du positionnement social des acteurs. Le second, est attribué aux *modes d'articulation des connaissances*, soit au « degré d'organisation des croyances articulées sous la forme de « discours » globaux ainsi que la nature de ces différents discours » (Alcouffe : 11). Quant au troisième facteur influant sur « le niveau et la nature de la pénétration qu'ont les acteurs des conditions de reproduction d'un système social », il se trouve à être dans ce que l'auteur nomme les *circonstances* qui concernent la *validité des croyances* affirmées, considérées comme *connaissance*. C'est à dire que l'auteur convient ici du fait que certaines connaissances peuvent être erronées, mais tout de même tenues pour acquies, ce qui conduirait à des sources de tensions possibles entre nos deux types de consciences (pratique et discursive). Le mode réifiant étant selon notre auteur « une forme ou un style de discours dans lequel on attribue aux propriétés des systèmes sociaux la même fixité que celle qui est présumée dans les lois de la nature. » (Alcouffe : 16). Enfin, le quatrième facteur est lié *aux moyens de diffusion* de la connaissance disponible (parole, écriture, imprimerie, etc.).

Ces quatre facteurs directement liés semble-t-il au niveau d'importance attribuée par les structures sociales à l'éducation peut aisément contribuer soit à encourager les acteurs du système donné à acquies un état de proactivité, soit à concourir à la reproduction quasi-mécanique d'un système, lequel sera par conséquent tenu de se rigidifier. L'éducation semble donc être, et plus que jamais, une source d'émancipation.

Par rigidité nous ne souhaitons émettre ici aucun jugement de valeur, si ce n'est qu'elle renvoie directement l'acteur à ses propres représentations qui fondent le pourquoi et

le comment de ses actions. En effet, la responsabilité invoquée dans l'état de proactivité témoigne – au delà même du simple fait de respecter tel ou tel code de déontologie qui a cours dans telle ou telle institution – de la capacité même de l'acteur à concevoir la structure dans laquelle il exerce comme le reflet de ses propres représentations et de ses propres structures internes combinés avec celles des agents présents et passés. Giddens témoigne de cet état de proactivité comme suit :

« La structure n'est pas extérieure aux agents : en tant que traces mémoire et en tant qu'actualisée dans les pratiques sociales, elle est, dit Giddens (1984), au sens de Durkheim, plus interne qu'externe à leurs activités. » (Rojot : 85)

CONCLUSION

Il va sans dire que de s'approprier une telle façon de penser notre monde environnant n'est pas encore chose répandue en Occident. Car en effet, si les représentations les plus courantes ont plutôt cette tendance à scinder en deux ou plusieurs parties ce qui est interne à l'individu de ce qui lui est externe, comment sortir du carcan disciplinaire dans lequel est aujourd'hui encore plongé la TML ? En d'autres termes, comment selon l'intention d'André-Pierre Contandriopoulos, pourrions nous aboutir à une structure aussi « souple et adaptative » que possible afin de s'arrimer toujours aux conditions extérieures sans même d'abord être éduqué à penser de cette manière ? N'avons-nous d'ailleurs pas remarqué au cours de ce mémoire à quel point l'environnement extérieur représente davantage un risque à craindre et à éloigné qu'un potentiel pour l'être humain d'établir des structures mieux à même de s'adapter aux changements éventuels ?

Aussi, et pour en revenir au sujet principal de ce chapitre qui est celui de conceptualiser un espace où l'individu puisse s'estimer de nouveau en tant qu'acteur afin d'être plus à même de concilier diverses représentations au sein d'un même espace, il s'agit non seulement de conceptualiser cette structure, mais plus encore d'intégrer certaines

représentations, lesquelles sont indispensables à sa réalisation. L'intégration telle que définie par Contandriopoulos, ne peut, selon nous, se satisfaire des représentations actuelles. Or, pour intégrer de nouvelles façons de voir, de penser et d'agir, il va sans contre dire que le domaine de l'éducation est un champ dans lequel il serait utile d'investiguer afin d'élargir non seulement les domaines des connaissances, mais aussi en vue de décroiser, défragmenter, démorceler ces différents types de connaissance. Ceci, afin d'arriver à opérer un lien entre les parties et les totalités (Morin, 1999 : 12). Edgar Morin considère à juste titre que les connaissances partagées dans la sphère de l'éducation sont trop souvent « aveugles sur ce qu'est la connaissance humaine, ses dispositifs, ses infirmités, ses difficultés, ses propensions à l'erreur comme à l'illusion, et ne se préoccupe nullement de faire connaître ce qu'est connaître. » (Morin, 1999 : 11).

Conclusion

« L'homme n'est ni ange, ni bête. Mais, cette idée simple nous demeure difficile à comprendre, car nos catégories de pensée opposent le corps et l'esprit, le « matérialisme » et le « spiritualisme ». Attisé par les progrès des sciences et des techniques, ces dichotomies nous portent à croire d'une part que l'Homme pourra être expliqué comme n'importe quel objet naturel, qu'il n'y a rien à savoir sur lui que les sciences de la nature ne puissent un jour nous dévoiler et nous permettre de manipuler : et, d'autre part, que l'Homme ainsi devenu transparent à lui-même pourrait s'affranchir un jour de toute détermination naturelle : choisir son sexe, ne plus être atteint par l'âge, vaincre la maladie et, pourquoi pas la mort elle-même. Regarder l'Homme comme un pur objet ou le regarder comme un pur esprit sont les deux faces d'un même délire. » (Supiot, 2005 : 10)

Et en effet si ce mémoire s'est tant intéressé au sujet de l'alternative, de sa relation avec le système conventionnel aux enjeux sous-jacents de son intégration, ce n'est aucunement dans l'intention de vanter ses qualités et vertus, sinon dans celle de rendre compte de la nécessité d'allier les mérites de ces deux domaines conceptuels. Reflet certain d'un déséquilibre au cœur des prérogatives actuelles de l'État, l'alternative médicale nous est apparue comme à la fois vectrice et réparatrice d'un symptôme sociétal qui trouve son origine dans l'asymétrie des pouvoirs. Vectrice dans la mesure où elle semble porteuse d'un symptôme lié à une certaine désaffiliation sociale – résultat d'un mécanisme de reproduction, lequel tend à se dissimuler sans trop de peine sous une « illusoire ouverture ». Réparatrice en ce sens que de par son existence même, elle encourage ses utilisateurs à mettre en forme de nouvelles compétences en activant chez eux ce qui jusqu'ici étaient soit annihilés, soit instrumentalisés, à savoir des valeurs telle que responsabilité, liberté et autonomie. Autrement dit, et si nous avons tout particulièrement insisté sur le fonctionnement de ce mécanisme de reproduction à l'œuvre au sein du système dominant ce n'est pas uniquement dans le but de faire état de la scission établie entre médecines alternatives et médecines conventionnelles, mais bien plus dans l'intérêt de rendre compte de certaines composantes de cette scission afin de pouvoir y porter un nouveau regard, lequel nous a ainsi permis de réfléchir ensemble un nouvel espace conciliateur.

Notre étude de terrain ainsi que l'analyse de nos données ont sans aucun doute participé à rendre plus tangibles encore les répercussions de cette scission et ont contribué

pour beaucoup dans la motivation de conceptualiser un espace passible d'accueillir des pratiques médicales plurielles. Toutefois, et avant que cela puisse être véritablement, avant qu'une alliance entre les médecines puisse avoir lieu et avant même que cela ne paraisse tout à fait envisageable, il va sans dire que nous ne pouvons éviter d'importantes réformes, lesquelles devront se manifester sur deux pôles qui, de façon récursive seulement, pourront avoir un impact positif sur le devenir d'une pluralité intégrée. Ainsi, la structure et les représentations sociales, toutes deux impliquées dans ce qu'Anthony Giddens nomme la « structuration de la société » devront être pensées en conjonction et non plus comme deux entités distinctes et indépendantes l'une de l'autre. Il va sans dire ici que cette conception dichotomique met en évidence d'autres binarités sur lesquels nous nous sommes penchés lors de ce mémoire. Et pour cause, nous avons établi que la nature même des rapports entre le domaine de l'alternative et celui du conventionnel reflétait celle des rapports entretenus entre État de droit et État social. Dès lors, et face à ce constat, il y a tout lieu de penser qu'une conciliation entre les différentes prérogatives de l'État mènerait sans doute à une alliance possible entre les médecines. Autrement dit, selon notre interprétation, l'unification des pouvoirs entre État de droit et État social serait assurément source de réconciliation possible entre ces deux domaines conceptuels que sont les médecines alternatives et la biomédecine.

De cette union s'estomperait de beaucoup l'écart actuel entre besoins et attentes de la population et réponses apportées par le système. Par conséquent, les pratiques dites aujourd'hui « alternatives », « non conventionnelles » ou encore « parallèles » seraient non pas assimilées comme c'est le cas actuellement, mais intégrées aux pratiques médicales dans une perspective de complémentarité. Ainsi, l'intervention ne serait plus une façon d'infléchir des comportements – résultat du manque d'autonomie des professionnels comme des patients – mais une intervention laquelle engagerait le professionnel et son patient dans un dialogue qui permettrait d'établir ensemble les besoins et les attentes de chacun des acteurs afin de s'arrimer dans un cadre d'intervention, lequel serait plus adaptés aux réalités présentes.

Néanmoins, et pour que cela puisse être, l'ouverture des espaces démocratiques nous est apparue comme un moyen indispensable à cette conciliation. Indispensable dans la mesure où il pourrait permettre de réintégrer l'individu en tant qu'acteur positionné au cœur de l'espace dans lequel il évolue, en tant qu'être proactif. À cet effet, il serait un moyen efficace pour rétablir ce fragile équilibre qui semble s'être instauré entre logiques démocratiques et professionnelles d'un côté et logiques technocrates et économiques de l'autre. Un moyen donc de transformer la nature des liens entre ces différentes logiques; un moyen aussi d'inverser la dynamique des rapports qu'entretient l'État avec ces différentes structures sociétales. Enfin, et au terme de nombreuses négociations avec toutes les parties impliquées, cette ouverture démocratique pourrait bien réinvestir la balance des pouvoirs et intérêts au sein de l'État.

En somme, et pour que cela puisse se réaliser, il ne fait aucun doute que nous ne pouvons nous satisfaire du modèle éducatif tel qu'il se conçoit actuellement et que nous devons investir ce domaine afin que lui-même devienne assez « souple et adaptatif » pour accueillir une pluralité de représentations et de pratiques en son antre. D'ainsi profiter d'un éventail de possible permet de mettre à profit de nouvelles façons de voir, de penser et d'agir. Dans ces conditions, et afin que les multiples barrières séparant aujourd'hui l'être humain de la nature, l'objectivisme du subjectivisme, la science de la spiritualité ... deviennent de plus en plus poreuses, les consensus qui sont de l'ordre de l'acquis doivent être remis en question. Il s'agit donc non seulement de créer une défragmentation des savoirs, des logiques et des rapports, mais plus encore il s'agit de sortir de ce mode de pensée manichéen.

L'homme moderne ne comprend pas à quel point son rationalisme, qui a détruit sa faculté de réagir à des symboles et à des idées, l'a mis à la merci de ce monde psychique souterrain. Il s'est libéré de la « superstition » (du moins, il le croit) mais ce faisant, il a perdu ses valeurs spirituelles à un degré alarmant. Ses traditions morales et spirituelles se sont désintégrées, et il paie cet effondrement d'un désarroi et d'une dissociation qui sévissent dans le monde entier. » (C.G. Jung, 1964 : 82-94)

Bibliographie

AÏACH, P. et D. FASSIN. (1994). « Crise, pouvoir et légitimité », dans AÏACH, P. et D. FASSIN, *Les métiers de la santé : Enjeux de pouvoir et quête de légitimité*. (9-42), Coll. « Sociologique ». Paris : Éditions Anthropos.

ALCOUFFE, S. (Information manquante). « A. Giddens « La constitution de la société » (PUF, Paris, 1987) », dans *Les fiches de lecture de la chaire Développement des Systèmes d'Organisation* (D.S.O), doctorat HEC, [En ligne] http://mip-ms.cnam.fr/servlet/com.univ.collaboratif.utils.LectureFichiergw?ID_FICHER=1295877018005

BENYEKHFLEF, K. (2008). « Les droits de la personne globalisée », Dans BENYEKHFLEF, K. *Une possible histoire de la norme – les normativités émergentes de la mondialisation*, Ed. Thémis, Montréal (Chap 2, section 1).

BIBEAU, G. (2008). « Entre mépris social et vie nue, la souffrance sociale » dans *Vivre à la marge. Réflexions autour de la souffrance sociale*. (Nombre et numéro de page manquants), Ed Louise Blais, Québec : Presse de l'Université Laval.

BIBEAU, G. (2008). « Le retour de la charité. Comment penser les services publics dans un État néolibéral ? », dans *Politiques d'intégration, rapports d'exclusion. Action publique et justice sociale*. (367-384), Québec, Presse de l'Université de Laval.

BIVINS, R. (2001). « The needle and the lancet : the acupuncture in Britain, 1683-2000 », dans *Acupuncture in medicine 2001*, (2-14), [En ligne] <http://aim.bmj.com/content/19/1/2.full.pdf>

BOUCHAYER, F. (1994). « Les voies du réenchantement professionnel », dans AÏACH, P. et D. FASSIN, *Les métiers de la santé : Enjeux de pouvoir et quête de légitimité*. (201-225), Coll. « Sociologique ». Paris : Éditions Anthropos.

BOURGEAULT, G. (2004). « Entre bruit et silence. Le dit et le non-dit, l'étude des éthiques », dans BOURGEAULT, G. *Dit et non-dit, contredit, interdit*. (17-43), Sainte-Foy : Presse de l'Université du Québec.

BUNGENER, M., BASZANGER, I. (2002). « Médecine générale, le temps des redéfinitions », dans *Quelle médecine voulons-nous ?* CRESF, la dispute (Chap. 2).

BURGELIN, J-F. (2003). « La judiciarisation de la médecine », Paris, [en ligne], <http://infodoc.inserm.fr/ethique/Ethique.nsf>

CHENG, A. (1983). « De la place de l'homme dans l'univers : la conception de la triade Ciel-Terre-Homme » dans *Extrême-Orient, Extrême-occident*, (11-22), Vol 3, n 3, [En ligne]

http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/oroc_0754-5010_1983_num_3_3_893

CHENG, A. (1997). *Histoire de la pensée chinoise*, Paris : Seuil.

CONLEY, J., W.M. O'BARR, (1990). « Rules and relationships », dans CONLEY, J. et W.M. O'BARR, *Rules versus relationships: The ethnography of legal discourse*. (58-81), University of Chicago Press.

CONTANDRIOPOULOS, A-P. (1997). « La regulation d'un système de soins sans murs », Département d'administration de la santé, Université de Montréal. [En ligne]

<http://www.irspum.umontreal.ca/rapportpdf/N98-02.pdf>

CONTANDRIOPOULOS, A.P., J.L DENIS et N. TATOUI. (2001). « Intégration des soins : concepts et mise en œuvre ». Département d'administration de la santé, Université de Montréal.

CONTANDRIOPOULOS, A.P. (2006). « Santé et dignité humaine au Canada : entre espoirs et désarrois », Groupe de Recherche Interdisciplinarité en Santé (GRIS), Département de santé publique, Faculté de médecine, Université de Montréal. [En ligne]

<http://www.irspum.umontreal.ca/rapportpdf/N06-01.pdf>

FASSIN, D. (1996). *L'espace politique de la santé : essai de généalogie*, Paris : Presses universitaires de France.

FASSIN, D. (2000). « Entre politique du vivant et politique de la vie, pour une anthropologie de la santé », *Anthropologie et Société*, (84-116), vol 24, no 1.

FERREUX, M-J. (2001). « Le New-Age : un Nouveau Monde cybersacré », dans *Socio-anthropologie : religiosité contemporaine*, n10, [En ligne]

<http://socio-anthropologie.revues.org/index158.html>

FOUCAULT, M. (1976). « Droit de mort et pouvoir sur la vie », dans *Histoire de la sexualité, la volonté du savoir*, chap 5, Paris : Gallimard.

FOUCAULT, M. (2004). *Naissance de la biopolitique*, Paris : Gallimard.

FORTIN, S. (?). « Pratiques cliniques hospitalières et pluralisme urbain », dans *Département de pédiatrie et d'anthropologie Université de Montréal, Centre de Recherche CHU Ste-Justine*. Version PDF disponible en ligne.

FORTIN, S. (2004). « Les enjeux et défis d'une pratique pédiatrique en contexte pluraliste : réflexions théoriques », dans *Soins aux enfants et pluralisme culturel*. Coll. Intervenir, Montréal : Hôpital Ste-Justine.

FORTIN, S., F. ALVAREZ, G. BIBEAU, D. LAUDY. (2008). « Contemporary medicine: applied human science or technological enterprise? », dans *Ethic and Medicine*. (41-50). Vol. 24.

FROLICH, L. K., B. POLAND. (2006). « Les points d'intervention dans la pratique de la promotion de la santé : l'intérêt d'une approche du contexte social en termes de « modes de vie collectifs », (chap 4: 62-77) dans *Promotion de la santé au Canada et au Québec, perspectives critiques*, Québec : Presses de l'Université Laval.

GAINES, D. et DAVIS-FLOYD R. (2003). « On biomedicine », dans *Encyclopedia of Medical Anthropology*, Ed. Par M Ember, Human relations area Files, Yale.

GENELOT, D. (2002). « De l'absolue nécessité de la pensée transversale », dans KOURISLSKY (Éd.). *Ingénierie de l'interdisciplinarité*. Un nouvel esprit scientifique (113-119). Paris : L'Harmattan.

GIDDENS, A. (1984). *La constitution de la société*. Presse universitaire de France, Sociologie.

JUNG, C. G. (1964). *L'homme et ses symboles*. Robert Lafont.

LACOURSE, M-T. (2006). « L'institution de la santé au Québec » dans LACOURSE, M-T. *Sociologie de la santé*, 2^o éd. Chenelière Éducation.

LANGLOIS, A. M, ST-PIERRE et C. BEGIN, (2003). « Les réseaux des services intégrés : possibilités, limites et enjeux », dans *Le système de santé au Québec. Organisations, acteurs et enjeux*, Québec : Presses de l'Université de Laval.

LE BLANC, G. (2002). « L'invention de la normalité », *Esprit*, n° 284, 145-165

LE BLANC, G. (2002). « Le conflit des médecines », *Esprit*, n°284, 71-86

LE BRETON, D. (2008). « Aux sources d'une représentation moderne du corps : l'homme anatomisé », dans *Anthropologie du corps et modernité* (39-80), Paris, PUF, Coll. Quadrige.

LEVENSTEIN, J.H., E. C. Mc CRACKEN, I. R. Mc WHINNEY, M. A. STEWART et J. B. BROWN, The patient-centred clinical method. 1. A model for the doctor-patient interaction in family medicine, *Family Practice*, 3: 24-30, 1986

MENÉ, D. (1990). *La médecine chinoise*, Paris : J. Grancher.

MOISDON, J.C. (2002). « L'hôpital entre permanences et mutations », dans BASZANGER, I., M. BUNGENER et A., PAILLET (Eds). *Quelle médecine voulons-nous ?*, (Chap 2. 35-54), La dispute.

MORIN, E. (1999). *Les sept savoirs nécessaires à l'éducation du futur*, Paris : Seuil

MORIN, E. (2004). *La méthode : Tome 6, Éthique*, Paris : Seuil

NÉLISSE, C. (1992). « Le règlement déjudiciarisé : entre la flexibilité technique et la pluralité juridique », *Revue de Droit de l'Université de Sherbrooke*, [en ligne] http://www.usherbrooke.ca/droit/fileadmin/sites/droit/documents/RDUS/volume_23/23-1-nelisse.pdf

NÉLISSE, C. (1993). « L'intervention : une surcharge de sens de l'action professionnelle ». *Revue internationale d'action communautaire*, (167-181), 29 (69).

NÉLISSE, C. (1994). « La croisée du formel et de l'informel : entre l'État et les partenariats », dans *Revue Internationale d'Action Communautaire*, (179-185), n 32.

NÉLISSE, C. (1996). « La trousse médico-légale : technologie sociale et protocolarisation de l'intervention », *Sociologie et Société*, (157-171), vol XXVIII, no 2.

NÉLISSE, C. (1997). « L'intervention : catégorie floue et construction de l'objet », dans *L'intervention : les savoirs en action* (17-43), Sherbrooke : GGC.

OLIVIER, N. (1990). « Individualisme et mouvements sociaux » dans *Nouvelles pratiques sociales*, (53-60), *Érudit*, vol 3, n1, [En ligne] <http://www.erudit.org/revue/NPS/1990/v3/n1/301069ar.pdf>

PAICHELER, G. (2007). « Présentation » dans *Sociologie et Société, Risque et Santé*, (5-11), vol 39, n 1, Montréal : Presse de l'Université de Montréal.

PICARD, J-F. (1996). « Naissance de la biomédecine : le point de vue d'un historien ». Dans *Histoire de la Médecine et des Sciences* (97-102), n12, [en ligne] <http://www.vjf.cnrs.fr/histrecmed/pdf/5402.pdf>

ROJOT, J. « La théorie de la structuration d'Anthony Giddens », (69-87), [En ligne] http://www.numilog.com/package/extraits_pdf/e2627.pdf

ROSSI, I. (1994). « Corps-sujet et miroirs culturels. Santé et maladie une diagonale anthropologique. » (47-64), *Ethnologica Helvetica*, 17/18.

- ROSSI, I. (2003). « Mondialisation et sociétés plurielles ou comment penser la relation entre santé et migration » dans *Médecine et Hygiène*, (2039-2042), vol. 61, n°2455, Genève.
- ROSSI, I. (2005). « Médicalisation de la vie, enjeux de société », dans *Éloge de l'Altérité*, (19-31), Collectif, Ed. de l'Hébe, Fribourg.
- ROSSI, I. (2007). « Quête de spiritualité et pluralisme médical : reconfigurations contemporaines ». Dans N.D GAUTHIER, I. ROSSI et J. STOLZ *Quêtes de santé et guérisons spirituelles*, Labor and Fides, Genève.
- SAILLANT, F., N. ROUSSEAU et M. LAVERGNE, (1997). « Notes pour une définition des pratiques alternatives et des thérapies douces au Québec », dans *Santé mentale au Québec*, (20-28), Vol. 12, no 1.
- SALIBA, J. (1994). « Les paradigmes des professions de santé », dans AÏACH. P et D. FASSIN (dir.) *Les métiers de la santé : Enjeux de pouvoir et quête de légitimité*. Coll. « Sociologique ». (43-84), Paris : Éd. Anthropos.
- SAPRIEL, M., P. STOLTZ, (2006). *Une introduction à la médecine traditionnelle chinoise : le corps théorique*, Paris : Médecine d'Asie, Savoir et Pratiques.
- SCHIPPER, C. (1993). « Le Taoïsme » dans DELUMEAU, J. *Le fait religieux* (531-577), Paris : Fayard.
- SCHÖN, D.A. (1994). « De la science appliquée à la démarche réflexive de l'agir professionnel », dans *Le praticien réflexif*. (45-102), Montréal : Éd. Logiques
- SHÖN, D.A. (1994). « La crise de confiance du savoir professionnel », dans *Le praticien réflexif*. (23-40), Montréal : Éd. Logiques
- SUPIOT, A. (2005). *Homo juridicus : Essai sur la fonction anthropologique du Droit*, Paris : Seuil
- ULETT, A. G., H. JICHENG, H. SONGPING. (1998). « Traditional and Evidence-Based Acupuncture : History, Mechanisms, and Present Status » dans *Southern Medical Journal*, 115-120.
- WHITE, D. (1990). « Le pouvoir de la culture : Les aspects politiques de l'intervention en santé mentale », *Santé, Culture, Health*, (149-167), vol. VII, no 1.
- WHORTON, C. J. (2002). *Nature Cures: The History of Alternative Medicine in America*, Oxford University Press

[ANNEXE] Questionnaire de recherche

Informateur : Pascal

Durée de l'entretien : 1h28

Praticien acupuncteur, Pascal nous ait apparu comme un véritable passionné de la médecine chinoise, acupuncteur et herboristerie compris. Curieux des moindres débats, nouveautés ou discours portant sur sa pratique tant la question de son intégration semble l'animer, il s'est montré très critique, voire des fois même « pessimiste » quant à l'avenir de l'acupuncture au Québec. Fort de son impression sur les enjeux relatifs à l'intégration de sa thérapeutique, ses données nous ont permis de développer plus encore notre réflexion.

Catégories	Questions
Intérêt personnel	<ul style="list-style-type: none"> • Quelles sont les raisons qui vous ont poussé à être acupuncteur ?
Formation / Éducation	<ul style="list-style-type: none"> • Qu'est ce que vous pouvez me dire de votre expérience auprès du collègue Rosemont ? • Quelles formations parallèles avez-vous faites ?
Ordre / Association	<ul style="list-style-type: none"> • Qu'est-ce que vous pouvez me dire sur l'Ordre, l'Association des Acupuncteurs et l'éventuelle connexion qui les relie ?
Intérêt public / Représentation	<ul style="list-style-type: none"> • Pourquoi, selon vous, les patients se retournent vers l'acupuncture plutôt qu'une autre médecine ?
Intégration	<ul style="list-style-type: none"> • Qu'est-ce que vous pouvez me dire de la collaboration entre la biomédecine et les médecines alternatives ? • Qu'est-ce qui empêche, selon vous, l'intégration de l'acupuncture dans le système actuel ? • Qu'est-ce que l'acupuncture pourrait apporter selon vous à la biomédecine ?
Solution	<ul style="list-style-type: none"> • Quelle(s) solution(s), pensez-vous qu'il serait souhaitable d'apporter au système pour l'améliorer ?

Informateur : Daniel

Durée de l'entretien : 1h13

Fort de son expérience, Daniel, acupuncteur et membre actif de l'Ordre des Acupuncteurs du Québec (OAQ), à su nous délivrer plus encore les conditions dans lesquels se démène l'intégration de sa pratique. Soucieux d'un élargissement du cadre éducatif de la pratique de l'acupuncture, il rend compte d'obstacles non seulement organisationnels, mais aussi et surtout d'ordre représentationnel, ce qui a sans aucun doute attisé notre réflexion.

Catégories	Questions
Intérêt personnel	<ul style="list-style-type: none"> • Quelles sont les raisons qui vous ont poussé à être acupuncteur ?
Formation / Éducation	<ul style="list-style-type: none"> • Qu'est ce que vous pouvez me dire de votre expérience auprès du collège Rosemont ? • Qu'est-ce qui empêche, selon vous, l'acupuncture de faire partie du cursus universitaire ? • Qu'est-ce que vous pouvez faire au sein de l'Ordre en matière de développement du domaine de la formation ?
Ordre / Association	<ul style="list-style-type: none"> • A quelle époque a été créé l'Ordre ? • Qu'est-ce que vous pouvez me dire de la principale fonction de l'Ordre ? • Qu'est-ce que vous pouvez me dire en matière de contrôle exercé par les médecins ? • Qu'est-ce que vous pouvez me dire sur les rapports avec les médecins depuis l'origine de la création de l'Ordre à aujourd'hui ? • Qu'est-ce que vous pouvez me dire en matière de conflits qui règneraient au sein de l'Ordre ? <ul style="list-style-type: none"> • Qu'est-ce qu'il en est avec l'Association des acupuncteurs ? • Et avec le collège Rosemont ?
Intérêt public / Représentation	<ul style="list-style-type: none"> • Est-ce que selon vous l'acupuncture est une alternative ou un complément ? • Que pensez-vous de l'ouverture des représentations au sein du domaine conventionnel ?
Intégration	<ul style="list-style-type: none"> • Quels sont, selon vous, les principaux obstacles à son intégration ?

Solution	<ul style="list-style-type: none"> • Quel genre de changement serait à effectuer selon vous ?
----------	--

Informateur : Katia

Durée de l'entretien : 1h02

Plus que passionnée par la question juridique de l'intégration de sa pratique, Katia, nous a permis d'en apprendre davantage encore sur les conditions d'intégration de l'acupuncture préalable à une reconnaissance jugée « satisfaisante ». Forte de sa détermination, Katia nous ait apparue comme une personne ayant soif de mener à bien ce projet d'intégration.

Catégories	Questions
Intérêt personnel	<ul style="list-style-type: none"> • Quelles sont les raisons qui vous ont poussé à être acupuncteur ? • Quel sont vos domaines d'intérêt ? • Vous avez écrit un mémoire sur le sujet, qu'est-ce que vous en avez conclu ?
Formation / Éducation	<ul style="list-style-type: none"> • Qu'est-ce qui empêche, selon vous, l'acupuncture de faire partie du cursus universitaire ?
Ordre / Association	<ul style="list-style-type: none"> • Quelles sont vos fonctions au sein de l'Ordre ?
Intérêt public / Représentation	<ul style="list-style-type: none"> • Comment vous sentez-vous par rapport aux modalités qu'impose le système biomédical sur l'acupuncture et plus particulièrement par rapport à ses spécificités (ex : acupuncture en France) ?
Intégration	<ul style="list-style-type: none"> • Qu'est-ce que « l'intégration » représente pour vous ? • Qu'est-ce que vous pouvez me dire en matière d'intégration de l'acupuncture au sein du système actuel ? • Qu'est-ce qui vous a amené à vous intéresser à son intégration au sein du système actuel ? • Qu'est-ce que vous pouvez me dire en matière de collaboration ? • Quels sont, selon vous, les principaux obstacles à son intégration ? • Qu'est-ce que vous pouvez me dire sur l'expérience d'intégration de l'acupuncture à l'hôpital Ste-Justine ?
Solution	<ul style="list-style-type: none"> • Qu'est-ce que, selon vous, il faudrait apporter comme solutions pour intégrer l'acupuncture dans le système actuel ? • Quelle serait selon vous l'intégration idéale de l'acupuncture ? <ul style="list-style-type: none"> • A quel modèle pensez-vous ? • Quels seraient, selon vous, les changements qu'il faudrait apporter ?

Francine Saillant, Nicole Rousseau et Marthe Lavergne
Santé mentale au Québec, vol. 12, n 1, 1987, p. 20-28

24

Santé mentale au Québec

TABLEAU 1

*Comparaison des approches alternative
 et biomédicale*

Approche holistique	Approche biomédicale
SANTÉ	
La santé est une valeur positive et une sensation de bien-être résultant de l'intégration des aspects physiologiques, psychologiques, sociaux, culturels et spirituels de l'individu.	La santé est l'absence de maladie. Elle correspond à un débalancement physiologique et biochimique par rapport à une norme statistique.
MALADIE	
La douleur et la maladie tendent à être perçues comme un processus, une occasion de connaissance et de croissance.	La douleur et la maladie tendent à être perçues comme un état à éliminer.
THÉRAPEUTE	
La responsabilité de la santé tend à être partagée entre le client et le thérapeute.	Tendance à la prise en charge par le thérapeute
Le thérapeute tend à s'impliquer personnellement	Le thérapeute tend à être neutre au plan affectif.
Le thérapeute tend à aider le client à miser sur sa conscience de soi et à stimuler les forces positives de guérison de son organisme.	Le thérapeute tend à miser sur la technologie pour prendre la relève de l'organisme en vue de la guérison.
INTERVENTION	
L'intervention tend à être minimale	Tendance à l'interventionnisme
Le diagnostic est partie du traitement	Le diagnostic est une opération distincte du traitement
L'intervention est davantage perçue comme un art	L'intervention est davantage perçue comme une science
L'approche tend à être centrée sur le «care»	L'approche tend à être centrée sur le «cure»
L'approche tend à valoriser l'expérientiel et le subjectif	L'approche tend à valoriser l'expérimental et l'objectif
L'être humain tend à être vu comme un système dynamique en relation avec d'autres champs d'énergie	L'être humain tend à être vu comme un ensemble de systèmes biologiques hiérarchisés assumant chacun une fonction précise dans l'organisme.

N.B.: Il est bien entendu que les propriétés ici suggérées ne sont que les marques de tendances. Les lecteurs devront éviter de s'en tenir à des conclusions définitives et dichotomiques, ce qui exagérerait la pensée des auteurs.