



HAL
open science

Médecins et thérapeutes alternatifs. Sur l'usage sociologique et indigène du concept de profession

Nicolas Marquis, Silvia Giraldo

► **To cite this version:**

Nicolas Marquis, Silvia Giraldo. Médecins et thérapeutes alternatifs. Sur l'usage sociologique et indigène du concept de profession. 2010. halshs-00559212

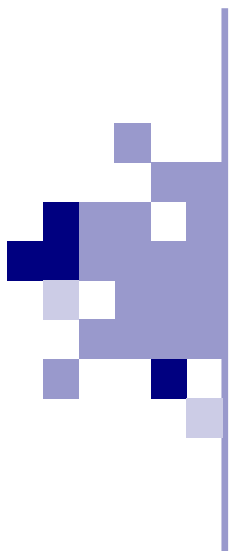
HAL Id: halshs-00559212

<https://shs.hal.science/halshs-00559212>

Submitted on 25 Jan 2011

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Les Cahiers de Recherche en Education et Formation

Médecins et thérapeutes alternatifs

Sur l'usage sociologique et indigène du concept de profession

Nicolas Marquis et Silvia Giraldo***

N° 79 • SEPTEMBRE 2010 •



L'éducation et la formation constituent des enjeux fondamentaux pour la société contemporaine. Deux équipes de recherche à l'UCL se préoccupent de ces questions : le Groupe interfacultaire de recherche sur les systèmes d'éducation et de formation (GIRSEF) et la Chaire UNESCO de pédagogie universitaire (CPU).

Le GIRSEF est un groupe de recherche pluridisciplinaire fondé en 1998 afin d'étudier les systèmes d'éducation et de formation, réunissant des sociologues, économistes, psychologues et psychopédagogues. L'attention est portée notamment sur l'évaluation des résultats des systèmes éducatifs en termes d'équité et d'efficacité, sur leurs modes de fonctionnement et de régulation, sur les politiques publiques à leur endroit, les logiques des acteurs principaux ou encore sur le fonctionnement local des organisations de formation et l'engagement et la motivation des apprenants. Sur le plan empirique, ses recherches portent essentiellement sur le niveau primaire et secondaire d'enseignement, mais aussi sur l'enseignement supérieur et la formation d'adultes.

La Chaire de Pédagogie Universitaire (CPU) a été créée en mai 2001 et a reçu le label de Chaire UNESCO en septembre 2002. Elle assure également le secrétariat et la coordination du Réseau Européen de Recherche et d'Innovation en Enseignement Supérieur (RERIES), réseau européen des chaires Unesco sur l'Enseignement supérieur. Elle a pour mission de contribuer à la promotion de la qualité de la pédagogie universitaire à l'UCL, en contribuant à la fois à la recherche dans ce domaine et en coordonnant une formation diplômante en pédagogie universitaire (Master complémentaire en pédagogie universitaire et de l'enseignement supérieur).

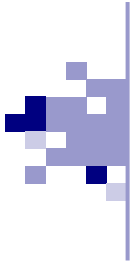
Chacun des cahiers de la série, depuis le premier numéro, peut être téléchargé gratuitement depuis le site d'I6doc (www.i6doc.com/girsef).

Responsable de la publication : Hughes Draelants
Secrétariat de rédaction : Dominique Demey

* Centre d'études sociologiques, Facultés universitaires Saint-Louis
** GIRSEF, Université catholique de Louvain.

Table des matières

Résumé	4
Introduction	4
1. Perspective théorique	5
2. Hypothèse de travail	7
3. Méthodologie de récolte des données	8
4. Analyse	9
4.1. Le fait professionnel comme processus subjectif	9
4.1.1. Parler de soi	9
4.1.2. Parler des autres	13
4.1.3. Illusio et Illusions, des catégories différentes pour analyser soi et autrui	15
Conclusion	18
Bibliographie	19



Résumé

Cet article se donne pour objectif d'explorer la pertinence de la notion de profession en tant qu'il s'agit à la fois d'une notion indigène et sociologique. Nous y étudions la manière dont les individus (médecins d'une part et thérapeutes alternatifs d'autre part) se définissent eux-mêmes en tant que membres d'un groupe plus large et la manière dont ils se rapprochent ou se différencient de leurs concurrents dans le champ de la pratique médicale. En prenant une

posture résolument phénoménologique, nous y proposons une analyse des discours récoltés par entretiens compréhensifs. Cette analyse nous permet de donner chair aux opérations de qualification et de disqualification des pratiques thérapeutiques des uns et des autres.

Mots-clés : profession, médecine, thérapies alternatives, pragmatisme, *illusio*

Introduction

La question de ce qu'est un groupe professionnel n'a cessé de faire l'objet de débats clés pour la discipline sociologique. Parmi les arguments mobilisés pour tenter de discuter la pertinence de cette notion, on retrouve la question des frontières des groupes professionnels (Abott, 1988, 1995), les questions d'identification des individus à leur groupe (Dubar, 2000a), ainsi que le problème des définitions indigènes de la profession (Hughes, 1983). Le concept de profession a été longtemps écarté car il renvoyait selon de nombreux auteurs à une réalité trop diffuse, voire inexistante. Depuis quelques années cependant, la sociologie des professions ou des groupes professionnels connaît un intérêt nouveau et ce, notamment en France (Demazière et Gadéa, 2009, et Champy, 2009).

Le présent article saisit l'opportunité de poser la question de la pertinence heuristique de la notion de profession en comparant deux terrains investigués par le biais d'entretiens compréhensifs, à savoir les médecins et les thérapeutes alternatifs. Nous repre-

nons l'appellation « thérapeutes alternatifs » à Mike Saks (1992, 2002) qui souligne dans ses propres travaux qu'elle ne fait pas tant référence au contenu substantif de ces thérapies qu'à leur marginalité politique (Saks, 2002:148). Autrement dit, nous regroupons sous une même appellation à des fins analytiques des pratiques multiples qui ont pour point commun de se situer aux frontières du groupe professionnel des médecins. La porte d'entrée que propose cet article sera la manière dont les individus se définissent eux-mêmes en tant que membres d'un groupe plus large, et la manière dont ils se rapprochent ou se différencient de leurs concurrents dans le champ.

Si la méthodologie utilisée pour aborder la problématique de la notion de profession se veut originale, le sujet d'étude n'est pas neuf (voir par exemple Schmitz, 2006 sur les guérisseurs et Dodier, 1993 sur l'expertise médicale). Et pour cause, les deux groupes comparés représentent a priori la situation idéal-typique de la concurrence entre un groupe ca-

ractérisé par une forte intégration et totalement installé dans un champ qu'il domine (le groupe des médecins), et un groupe minoritaire qui tente de se créer une niche en revendiquant son caractère alternatif et en insistant sur les insuffisances des pratiques du groupe installé (les praticiens alternatifs).

Dans un premier temps, nous détaillerons comment médecins et thérapeutes alternatifs se définissent

comme membres d'un groupe plus large, présentent et tentent de légitimer leur pratique. Ensuite nous mettrons en lumière la manière dont ils présentent leurs concurrents mutuels, et les armes qu'ils mobilisent pour tenter de décrédibiliser autrui en s'en différenciant de manière tranchée. Enfin, nous concluons en nous attachant à tirer les enseignements pour un usage sociologique de la notion de profession.

1. Perspective théorique

Notre démarche s'inscrit dans une perspective à la fois constructiviste et phénoménologique suivant les propositions théoriques issues de l'école de Chicago. De sa sociologie des professions nous retenons l'idée que la profession peut être réfléchie comme une catégorisation culturellement située reflétant une reconnaissance par les autres et une définition de soi. En effet les interactionnistes de l'école de Chicago vont s'intéresser à la construction sociale de la légitimité des groupes professionnels. Les auteurs de cette obédience analysent ces processus sociohistoriques et microsociologiques en refusant de voir l'appartenance professionnelle comme un donné.

Abbott (1995), par exemple, insiste sur la définition de la réalité par les acteurs sociaux et réfléchit les entités comme le résultat de la définition de frontières, provenant de l'assemblage par les acteurs de plusieurs points locaux de différenciations qui se cristallisent ensuite autour d'un axe de différenciation. Cela a ensuite pour résultat que certains seront placés dedans et d'autres en dehors de l'entité ainsi apparue. A partir de là, Abbott (1998) se penche sur les processus d'apparition, d'endurance, de renforcement et de disparition des groupes professionnels, avec une attention particulière à la dimension écolo-

gique de ce processus. Selon lui, ce qui fait qu'une entité perdure ce sont des effets de système, qui vont soutenir ou modifier cette réalité, notamment les acteurs qui vont faire exister cette réalité en s'y référant. Cette perspective constructiviste nous a conduit à nous pencher sur l'expression par les acteurs (extérieurs et intérieurs aux groupes) de ces différenciations en tant qu'expression du façonnement de la réalité sociale. Toutefois notre objectif n'a pas été ici de prendre en compte l'ensemble des acteurs sociaux (institutions, règles, outils) qui font la structure écologique dans laquelle vient s'inscrire un groupe professionnel donné comme le suggérerait Abbott. Cette limite est le reflet d'un second choix guidé par une seconde proposition de l'analyse interactionniste des professions, à savoir, sa perspective phénoménologique qui nous a conduit vers une analyse approfondie des discours des individus et des constructions d'objets par la pensée courante (Schutz, 1987).

La perspective phénoménologique s'interroge alors sur le sens subjectif des activités de travail, sur la dynamique des cultures professionnelles, mais aussi sur les formes d'individualités qu'elle contribue à construire (Dubar, 2000a, 2000b, Dubar, Trippier, 2005). La question sociologique ne porte plus sur



l'essence de la profession mais d'une part sur la manière dont l'appartenance professionnelle est construite et vécue dans des activités précises et d'autre part sur les répercussions dans les rapports sociaux que peut avoir cette appartenance construite et vécue. En nous inscrivant dans cette optique nous cherchons à saisir la manière dont les acteurs construisent dans leur discours leur appartenance à un groupe professionnel et, par ricochet, l'existence de ce même groupe.

Selon cette double perspective, la profession n'est donc pas une réalité en soi dont les sciences sociales permettent de discerner les traits généraux, il s'agit plutôt d'un « folk concept » (Howard Becker), une catégorie d'usage dont les acteurs sociaux eux-mêmes se saisissent pour agir et dont le sociologue doit rendre compte s'il cherche à comprendre l'activité professionnelle. Nous rejoignons donc Freidson, pour qui cela implique que la profession soit étudiée phénoménologiquement et non pas utilisée comme un concept analytique (Freidson, 1998).

Deux précisions supplémentaires concernant notre perspective théorique s'imposent à ce stade. Tout d'abord, notre démarche ne vise pas à disqualifier l'usage théorique de la notion de profession. Au contraire, elle permet de l'enrichir en dégageant les multiples reprises par les acteurs dont elle fait l'objet. Ensuite, précisons que si nous retardons le renvoi à la structure sociale dans laquelle nos entités se trouvent, notre posture théorique ne sous-entend en aucun cas qu'il faille faire abstraction de celle-ci. La mise en équivalence méthodologique de discours émanant de membres de deux groupes qui sont dans des positions structurelles différentes ne signifie pas que nous considérons que ces discours évoluent dans une sorte d'éther social où la question du pouvoir ne se pose pas. Nous ne chercherons pas ici

à mesurer l'ampleur de la concurrence entre médecins et praticiens alternatifs (par exemple en mobilisant le schéma classique « groupe institutionnalisé vs. groupe en voie d'institutionnalisation »), mais bien à comprendre les logiques discursives mobilisées par des individus poussés (par la situation d'entretien notamment, mais aussi lorsqu'un patient va voir « à la concurrence ») à se justifier. Ce que nous étudions, ce sont des processus d'attribution de légitimité et d'illégitimité par des individus en situation de concurrence. Rien n'empêche que ce travail de cartographie des arguments soit ensuite mis en lien avec une cartographie des positions effectives dans le champ.

La réglementation belge sur l'exercice de l'art de la médecine¹

En Belgique, l'exercice de la médecine en général est réglementé par l'Arrêté royal n°78 du 10 novembre 1967. L'article 2 alinéa 1, dans son premier alinéa, donne une définition de l'exercice illégal de cet art :

Nul ne peut exercer l'art médical s'il n'est porteur du diplôme légal de docteur en médecine, chirurgie et accouchements, obtenu conformément à la législation sur la collation des grades académiques... (...) Constitue l'exercice illégal de l'art médical, l'accomplissement habituel, par une personne ne réunissant pas l'ensemble des conditions requises par l'alinéa 1^{er} du présent paragraphe de tout acte ayant pour objet ou présenté comme ayant pour objet, à l'égard d'un être humain, soit l'examen de l'état de santé, soit le dépistage de maladies et déficiences, soit l'établissement du diagnostic, l'instauration ou l'exécution du traitement d'un état pathologique, physique ou psychique, réel ou supposé, soit la vaccination (art. 2 § 1).

¹ Nous remercions Olivier Schmitz pour ces informations.

Selon ce deuxième article, seuls les détenteurs d'un diplôme de docteur en médecine, dentisterie ou pharmacie ont, par conséquent, le droit d'accomplir habituellement un examen de l'état de santé d'une personne, de poser un diagnostic et d'exercer l'art de guérir. En somme, la législation belge réserve, jusqu'à présent, la pratique d'une médecine non conventionnelle aux docteurs en médecine. Celle-ci n'est donc pas illégale en soi, mais seul un médecin titulaire du diplôme requis peut la pratiquer légalement. Ainsi, par exemple, tout ostéopathe n'étant pas médecin posant un acte de médecine manuelle s'expose à des poursuites judiciaires pour exercice illégal de la médecine.

En 1997, le Parlement européen vote une résolution sur les médecines non conventionnelles, suite aux travaux du député belge Paul Lannoye. En

octobre de la même année, le Ministre de la Santé Marcel Colla réunit une table ronde pour discuter d'un avant-projet de loi. Ces travaux aboutiront, en 1999, à la loi Colla, dite « loi relative aux pratiques non conventionnelles dans les domaines de l'art médical, de l'art pharmaceutique, de la kinésithérapie, de l'art infirmier et des professions paramédicales »² qui sera votée le 29 avril 1999. Ce projet de loi visait un aménagement de l'arrêté royal n°78, sans pour autant abroger le monopole des médecins. Il faut toutefois souligner que la loi vise un nombre limité de pratiques non conventionnelles : l'homéopathie, la chiropraxie, l'ostéopathie et l'acupuncture. Cependant, presque dix ans après son dépôt au Sénat, cette loi n'est pas encore appliquée pour l'essentiel de ses dispositions et attend encore les arrêtés royaux d'exécution qui détermineront les conditions d'accès et d'exercice des pratiques concernées.

2. Hypothèse de travail

Réfléchir à la notion de profession comme une catégorie indigène que les acteurs peuvent mobiliser dans les discours suppose de se placer dans une perspective qui prend au sérieux les constructions, les références et les attendus normatifs évoqués par les individus. Prendre au sérieux signifie d'abord accepter de ne pas *uniquement* relier les interprétations des individus à des positions dans un champ. Ensuite, cela signifie d'adopter une position agnostique par rapport aux dires des individus quant à la vérité et l'efficacité de leur pratique. Il n'est pas du ressort du sociologue de dire si la sophrologie « fonctionne vraiment », où si les anges du channeling « parlent vraiment » au thérapeute et au patient.

Cela conduit alors à prêter attention aux registres d'argumentation présents dans les discours. Nous ferons l'hypothèse que les individus, même s'ils n'utilisent pas effectivement le terme de « profession », mobilisent différents registres pour parler de l'appartenance professionnelle selon qu'ils discutent de la leur ou de celle de leurs concurrents dans le champ de la santé. On verra que lorsqu'il s'agit de présenter leur appartenance professionnelle et de justifier la pertinence de leur pratique, médecins comme TA mobilisent de nombreux critères très proches de ceux déjà évoqués par les sociologues fonctionnalistes (Carr-Saunders, 1928, Parsons, 1939) et qui sont généralement utilisés pour asseoir la légitimité d'un

² Voir les Annales parlementaires du Sénat de Belgique, séances du jeudi 22 avril 1999, pp. 7607 et suiv.



groupe professionnel (l'idéal de service, les compétences provenant d'un savoir ésotérique, le monopole de la pratique reconnu socialement et une autonomie dans l'évaluation des compétences). Cependant, à de nombreux moments des entretiens, surtout lorsqu'ils s'opposent à la pratique des concurrents, les individus interrogés se saisissent également du registre de la critique (Boltanski, 1990) pour tancer la légitimité de l'agir thérapeutique d'autrui et mettre en place des opérations de disqualification qui prennent la forme d'un dévoilement. En effet, médecins comme TA prétendent pouvoir comprendre les « véritables raisons » qui font que les concurrents

agissent comme ils agissent (intérêt vénal, aveuglement, etc.)

Ce faisant, on pourra observer que ce qui, chez les individus, peut être soumis à la discussion dans leur pratique n'est pas la même chose que ce qui peut l'être dans la pratique d'autrui. Il y a en effet de nombreux points de leur agir que les individus ne prétendent pas avoir à discuter, et que nous relierons à la notion d'*illusio* telle que Bourdieu (1980, 1997) l'a conceptualisée³. Au contraire, on montrera que l'*illusio* des concurrents est bien plutôt réfléchi comme un ensemble d'illusions qu'il convient donc de dévoiler.

3. Méthodologie de récolte des données

Du point de vue méthodologique, le mode de collecte des données ne pouvait être que qualitatif. On a donc procédé par entretiens compréhensifs. Les entretiens avec les médecins classiques furent plus nombreux (31) et plus courts (entre 20 et 60 minutes), tandis que les praticiens alternatifs interrogés sont au nombre de dix, avec des interviews qui tournent autour des deux heures environ. Pour les pratiques alternatives, on a, chaque fois que c'était possible, analysé le contenu d'un ouvrage que l'interviewé présentait comme la meilleure introduction à sa pratique (voir bibliographie).

L'échantillon des médecins, équilibré en termes de genre et de classe d'âge, est composé pour l'essentiel de médecin généraliste (27/31) dont une majorité exerce uniquement en cabinet privé (18). Du côté de praticiens alternatifs, la tâche était a priori plus ardue : les thérapeutiques proposées sont diverses,

différentes tout en étant interconnectées, et repräsentent donc elles-mêmes un critère de variation. La première chose qui lie ensemble les personnes interviewées est simplement le fait qu'elles n'appartiennent pas et ne considèrent pas appartenir à la pratique médicale classique (même si certains en ont les titres), mais se définissent toutes bien comme thérapeutes. Ont été interrogés : une praticienne en méthode Silva, un praticien en Emotional Freedom Technique, une kinésologue, une maître reiki, un psychothérapeute spécialisé dans l'accompagnement des malades et auteurs de nombreux ouvrages, une praticienne en channeling, une praticienne en biologie totale, deux naturopathes (ensemble), une praticienne en Qi-gong et un acupuncteur. Aucune volonté de saturation n'a présidé à leur sélection, même si certains principes de diversification ont été observés.

³ On verra en quoi il est intéressant de mobiliser ce concept même si on ne fait pas usage du lexique des champs.

Le traitement des données a consisté en un codage thématique via le logiciel Nvivo suivant les préceptes de la *Grounded Theory* (Glaser et Strauss, 1967), dont la grille a été constituée de manière totalement inductive, pour finalement remonter vers les catégories-mères « définition de soi » et « définition des

concurrents dans le champ ». Cette grille de codage, créée à partir de 10 de nos entretiens, a ensuite été appliquée à l'ensemble du matériau. Nous avons procédé à une codification descriptive, puis axiale et analytique des passages significatifs.

4. Analyse

4.1. Le fait professionnel comme processus subjectif

4.1.1. Parler de soi

En parlant de leur pratique, les individus insistent sur leurs convictions, les raisons qui les poussent à agir comme ils le font, ce qui fait qu'ils se sentent en confiance avec le corps de savoirs théoriques et pratiques qu'ils mobilisent pour soigner.

Un premier élément qui ressort de l'analyse est le fait que lorsque les praticiens des deux groupes sont interrogés sur ce qui fait leur pratique, sur ce qui lui donne de la valeur et la légitime, sur ce qui fait qu'elle « vaut la peine », on y découvre deux formes de discours. Il y a d'abord l'expression enthousiaste de ce qui caractérise et valorise l'agir thérapeutique. Ensuite, il y a l'étonnement que des interrogations puissent surgir (de la part de l'enquêteur) quant à ce qui fonde la pratique de soin. L'enthousiasme pour parler de sa pratique est une composante bien plus présente chez les thérapeutes alternatifs. De l'autre côté, la relative absence de questionnement sur ce qui fonde la pratique thérapeutique et l'étonnement se retrouvent plus fréquemment chez les médecins. On peut faire l'hypothèse que cet état de fait découle des positionnements objectifs dans le champ et à la conscience de groupe ou l'identité collective plus présente chez les médecins et par conséquent plus

structurante pour ses membres. Les médecins bénéficient d'une reconnaissance sociale et institutionnelle sans pareille. Dès lors le questionnement sur les fondements de leur pratique est une démarche qui peut posséder un caractère étrange, voire attentatoire. Le discours des TA, du fait de la situation marginale de ceux-ci, se caractérise lui par sa dimension prosélyte (il faut ouvrir les yeux aux gens, leur faire connaître notre pratique, les convaincre – le différentiel de durée des interviews n'est pas neutre à ce propos).

Ces deux modes d'expression, l'enthousiasme et l'évidence, sont visibles sur trois types de légitimité affirmée: 1) la légitimité socialement construite et/ou institutionnalisée (les formations, l'assise sociale, les « assurances instituées » - cela vaut parce que c'est déjà utilisé), qui confère une expertise socialement reconnue aux praticiens, 2) la légitimité intrinsèque (la validité du corps de savoir - cela vaut parce que c'est prouvé) qui rend le savoir ésotérique dont disposent les praticiens valable, sérieux et nécessaire, 3) la légitimité pragmatique (la reconnaissance de l'efficacité par ceux qui bénéficient des soins - cela vaut parce que c'est efficace) que l'on retire des succès obtenus par l'application des dispositifs thérapeutiques. Ces manières de légitimer la pratique thérapeutique peuvent être considérées comme autant de lieux qui prouvent que le jeu en vaut la chandelle, que « ça marche ».



A. La question de l'expertise socialement reconnue

Les **médecins** font référence à l'expertise sérieuse qui sous-tend leur pratique. Ils évoquent les connaissances scientifiques demandant une formation de base longue et ample et dont la rapide évolution impose une formation continue qui va au-delà des exigences étatiques. A cela s'ajoute la reconnaissance de ces acquis qui se fait par l'obtention du code INA-MI, moment où les médecins se voient reconnaître (par une instance étatique) le droit d'exercer *la médecine et l'art de guérir*. A quelques occasions, ils font plus explicitement référence au contrôle interne à la profession pris en charge par l'Ordre des médecins, au contrôle et à la régulation externe de la pratique assurés par l'Etat, aux revues, aux articles scientifiques. Les médecins évoquent enfin les règles éthiques qui les habitent et qui guident leurs pratiques.

Jacques (MG) : On a des responsabilités légales de soigner les gens, la continuation des soins, de ne pas nous tromper. On a un devoir de moyen, on doit avoir tout mis en route pour ne pas avoir raté le diagnostique et le traitement.

L'expertise dont se targuent les médecins semble être de l'ordre du donné, de l'indiscutable, tant elle est matérialisée dans de nombreux dispositifs qui lui donnent force. Il ne leur est donc plus nécessaire de chercher à convaincre les patients (ou le chercheur) de l'intérêt du soin médicalisé.

Les TA, même s'ils ne peuvent pas se prévaloir de la même reconnaissance institutionnelle, adoptent le même type de discours lorsqu'il s'agit de légitimer leur pratique à partir d'un corps de savoir extérieur et institué. Le sérieux des formations et la reconnaissance dont pourrait bénéficier celles-ci sont abondamment documentés à force de titres, de cours suivis, de stages avec les « maîtres », etc. Les personnes interrogées n'hésitent pas à montrer livres, portefeuilles de cours et diplômes pour faire comprendre

que c'est « du sérieux » (Claire, praticienne en reiki). Le rejet des praticiens qui s'instaurent thérapeutes « après quelques WE de formations » est d'ailleurs unanime.

L'assise sociale de la pratique que revendiquent les praticiens alternatifs ne se limite pas aux formations qu'ils reçoivent de la part de gens compétents. En effet, les TA postulent également que les outils thérapeutiques qu'ils mobilisent sont le fruit d'une longue tradition, constitués par des savoirs populaires qu'il convient dès lors de « redécouvrir ». Ailleurs et en d'autre temps, le savoir porté par les TA aujourd'hui se serait donc vu attribuer la légitimité dont peut se targuer la médecine classique actuellement. Certains insistent alors sur l'institutionnalisation progressive de leurs pratiques dans des cénacles *a priori* peu réceptifs.

Jeanne (praticienne en Qi Gong) : Bon, il y a déjà pas mal de lieu où ça se développe. Par exemple aux Etats-Unis, il y a une université où on enseigne le Qi gong, donc c'est vraiment du niveau universitaire, et ils font là-bas énormément de recherches sur toutes les pratiques taoïstes.

B. La validité intrinsèque du corps de savoir

La validité intrinsèque du corps de savoir que mobilisent les uns et les autres dans leur pratique constitue un autre élément définitionnel de l'appartenance au groupe dans lequel on se reconnaît.

Pour les **médecins**, la méthode scientifique est logiquement la principale référence mobilisée lorsqu'il s'agit de valoriser les outils thérapeutiques et diagnostiques efficaces qui constituent leur arsenal thérapeutique. On peut aisément imaginer qu'à l'instar de la légitimité des formations reçues qui leur confère une certaine expertise, l'efficacité de la science, avec ses modes institués d'administration de la preuve, fait partie de ce qui n'est pas questionnable pour les médecins.

Jean (MG) : Les médicaments que je donne ont fait l'objet de toutes sortes d'études. On sait qu'un tel comprimé contient autant de microgrammes de telle substance et on connaît les effets secondaires à un médicament, les risques toxiques éventuels.

Si la validité interne du corps de savoir ne fait pas l'objet d'une démonstration en bonne et due forme, certains médecins vont toutefois mobiliser d'autres éléments : les avancées que la médecine a permises en son temps (les baisses de mortalité, l'augmentation de l'espérance de vie) qui explique la place importante qu'elle occupe à présent dans le champ de la santé et le soutien étatique qu'elle a reçu. A coté d'un savoir purement scientifique, les médecins mobilisent dans leur discours des règles de déontologie propre à leur profession. Mais le rappel de ces éléments historiques ne surgit dans les entretiens que pour contrer les critiques présumées des thérapeutes alternatifs, même si par là le médecin légitime au passage le rôle dominant de la médecine classique dans le champ de la santé.

Jérôme (MG) : La médecine conventionnelle a fait tellement de progrès. La médecine non conventionnelle n'a pas permis d'augmenter la durée de vie, n'a pas permis de guérir des cancers, n'a pas permis de stabiliser les diabétiques.

Les **TA** mobilisent également des références scientifiques, alors que les médecins ont tendance à considérer que celles-ci tendent à prouver leur absence d'efficacité. On retrouve chez certains thérapeutes ou dans certains ouvrages la volonté de fonctionner avec la terminologie scientifique (voir Latour, 1996). Un exemple idéal-typique est fourni par *La quintessence du reiki*, où le chapitre 9 s'intitule « une explication scientifique du reiki ». On y cite des personnes consacrées (Dr Oschman, etc.), et on mobilise des instruments et unités de mesure scientifiques :

«Les mains des guérisseurs ont un champ magnétique dont la rémanence est de 0,002 Gauss, ce qui est un millier de fois plus fort que n'importe quel

autre champ émis par le corps. [...] Il existe des preuves que des rayons infrarouges, des micro-ondes et d'autres formes d'émission de photons proviennent des mains de guérisseurs et que les systèmes biologiques y sont réceptifs. [...] Aujourd'hui nous en avons la preuve scientifique». (Lübeck *et al.*, 2002 : 66).

Les TA en appellent cependant à d'autres topiques que celle de la science. Ces topiques doivent être considérés comme des « lieux » dépositaires d'une sagesse, d'un savoir dont on peut tirer des enseignements. Ces topiques ont trait au naturel, au corps, à l'émotion et au sens.

Les TA se targuent en effet de posséder un savoir qui leur permet de se (re)connecter au monde naturel, dont on peut tirer de nombreux moyens thérapeutiques. Comme Herzlich (1969) l'avait déjà noté, le « naturel » est paré de certaines vertus : le naturel est corrélé au bon (il permet de guérir), au bien, et au vrai (à ce qui ne ment pas). Il n'est pas corrompu par une série de facteurs, parmi lesquels l'intellect et le savoir qui lui est inhérent peut se développer dans sa pleine mesure.

« Tout ce qui est issu de notre partie naturelle, de notre cerveau reptilien, du système limbique ne ment pas. Des émotions positives vont de pair avec une augmentation de l'immunité des cellules (Natural Killer) » (Janssen, *La solution intérieure*, 2006 : 66)

La méthode Silva se nourrit de cette sagesse: elle propose pour cela, lorsque l'on est atteint d'une affection, de descendre au niveau Alpha, pour que le corps « désormais libéré, se sent[e] prêt à entreprendre la tâche que lui a confiée la nature: se réparer lui-même. » (Silva, Miele, *La méthode Silva*, 1991 : 85). Dans cette topique du naturel, le corps et le psychisme possèdent une place particulière, et les TA mettent en avant leur capacité à décoder les messages que ceux-ci envoient. Si l'écoute de ces messa-



ges est pertinente, c'est parce qu'ils émanent d'une source affublée d'une certaine sagesse et de moyens d'action. On retrouve ici également la fascination pour l'authenticité que révèle l'émotion, évoquée par Despret (2001).

Patricia (praticienne en channeling) : Les Êtres de Lumière [des entités qui parlent à la thérapeute et au patient], qu'est-ce qu'ils font? Ils donnent un enseignement. Mais ce point de vue correspond à ce que la personne a de plus sage et de plus profond en elle. Les Êtres de Lumière, c'est ça aussi leur mission, c'est de nous accompagner dans ce qu'on a de meilleur.

Dès lors, un corps de savoir légitime doit permettre au praticien les opérations suivantes : comprendre, donner du sens, faire des connexions entre le psychique et le physique. C'est ce qui permet au patient de guérir et c'est à cet endroit que les praticiens alternatifs revendiquent un certain savoir faire : ils peuvent, mieux que tout autres, interpréter avec l'individu, donner du sens, faire lien entre les affections et d'autres événements, interpréter les messages du corps, parce que les TA se caractérisent fondamentalement par l'ouverture dont elles font preuve.

C. L'efficacité pragmatique

Dans tous les entretiens avec les **TA**, l'argument de l'efficacité pragmatique passe au-delà de celui de la validité interne du corps de savoir. Autrement dit, même la preuve scientifique ne peut concourir avec le fait que des dispositifs thérapeutiques peuvent fonctionner.

Delphine (naturopathe) : Il y a toutes sortes de techniques et je ne rentrerai pas dans le détail, parce que bon, il y a des choses qui sont contestées par la médecine académique. N'empêche que ça marche.

L'idée de « cela marche » peut prendre plusieurs formes. Dans la totalité des entretiens, les acteurs

défendent l'idée que pour expliquer les résultats produits, considérer que leur pratique fonctionne est la seule possibilité logique. Un motif qui revient souvent pour exemplifier cela est celui selon lequel la pratique a permis au thérapeute de découvrir des choses sur son patient *qu'il n'aurait pas pu savoir autrement*.

Mais c'est surtout de la satisfaction des bénéficiaires que les TA disent tirer une certaine légitimité. Parmi ceux-ci, l'avis des personnes *a priori* moins réceptives (les « intellectuels », les « ingénieurs », et bien sûr les praticiens classiques) est souvent érigé en exemple. Même pour ceux dont les préjugés rendaient difficile un dialogue, force a été de constater que cela marchait.

Il faut enfin noter que les TA insistent tous sans exception sur le fait qu'ils ont testé eux-mêmes l'efficacité de leur pratique, d'abord dans une posture très méfiante (« cartésienne », diront certains) pour ensuite se retrouver devant une évidence qu'ils ne pouvaient nier. Ce discours constitue un moyen de signifier qu'il ne faut pas devenir « autre » pour appréhender la pertinence des thérapies alternatives. Les personnes interrogées insistent d'ailleurs sur le fait qu'elles n'ont pas renoncé au rationalisme qui les habitait auparavant, forgé dans des professions aussi diverses qu'architecte (Claire, Reiki), infirmière (Jeanne), etc.

Les **médecins** aussi insistent sur la satisfaction du patient. S'ils le font de manière moins appuyée, c'est parce qu'ils partagent la conviction que l'efficacité des pratiques médicales n'est plus à démontrer: les médicaments fonctionnent, les catégories nosographiques aident à rendre compte des affections et les symptômes disparaissent après le traitement, la médecine a fait preuve de son efficacité au cours des ans.

Jonathan (MG): Je veux dire si vous dites par exemple, depuis qu'on fait des vaccins contre la polio et bien le taux de polio est descendu de autant de % Voilà et ça a été étudié comme ça, c'est quelque chose de très clair et de très net

Au final, les caractérisations par chacun de sa pratique, à partir de laquelle nous supposons que l'appartenance au groupe se dessine, semblent relativement attendues. La légitimité de la pratique thérapeutique est soulignée avec beaucoup de sincérité et d'enthousiasme, et/ou ne semble pas devoir être remise en question.

La ressemblance entre les réponses des médecins et des TA est frappante. Tous se voient comme membres d'une « profession consultante » (au sens de Freidson) qui visent à rétablir les conditions d'une action possible pour le patient. Pour cela, les praticiens disposent d'une expertise qu'ils sont prêts à mettre au service d'autrui. Cette expertise, dotée d'une efficacité qui lui est propre est décrite avec enthousiasme ou avec le respect qui convient aux éléments institués

4.1.2. Parler des autres

Lorsque l'interview porte sur les « concurrents » dans le champ, d'autres registres de discours sont mobilisés lorsqu'il s'agit d'en livrer une critique. Globalement, on retrouve trois types de critiques. D'abord, on met en lumière l'inefficacité de la thérapie pratiquée par le concurrent dans le champ, qui est en partie due à un manque de fondements philosophiques ou scientifiques (1). Deuxièmement, on critique l'aveuglement relatif des concurrents par rapport à cette inefficacité, et leur entêtement à rester sclérosés dans une pratique insuffisante (2). Enfin, on suppose parfois que les concurrents sont partiellement ou totalement clairvoyants par rapport à cette inefficacité, mais qu'ils utilisent à des fins économiques la crédulité des individus ou le respect que ces pratiques thérapeutiques leur inspirent. Les concurrents se rendent alors coupables d'un abus de position par rapport au patient/client (3).

A. L'inefficacité et le manque de fondements

Du point de vue des **thérapeutes alternatifs**, la médecine conventionnelle pêche par certains manquements, que l'on peut résumer sous l'idée d'un « oubli

de l'être humain » dans le processus de soin. L'oubli de l'être humain se matérialiserait dans deux faits particuliers : la négligence du fait que l'être humain fonctionne comme une totalité et qu'il n'est pas pertinent de procéder à une segmentation des problèmes, et l'éviction de ce qui est de l'ordre du sens, du non-biologique. Le technicisme dont la médecine ferait preuve est à la fois la cause et la conséquence de cet oubli. Les praticiens alternatifs lui reprochent l'application de procédures standardisées qui ne laisseraient que très peu de place aux particularités de chacun.

La médecine classique ne serait pas seulement incomplète, elle serait aussi inefficace et potentiellement dangereuse. Une thématique sur laquelle les praticiens alternatifs prennent souvent à partie la médecine classique dans les entretiens est celle des effets secondaires, symptômes selon eux parlants d'une pratique peu attentive à la particularité des cas qu'elle a à traiter. Tous les praticiens interrogés, ainsi que la plupart des ouvrages mentionnent le fait que leur thérapeutique ne comporte aucun effet secondaire : « dans le pire des cas, ce qui peut se passer, c'est rien » (Fabienne, Silva). Au contraire, la médecine classique n'y prêterait pas attention.

Les considérations des **médecins** à propos des pratiques alternatives sont bien plus éclatées que ce que l'on avait pu relever dans l'autre sens : on observe en effet des attitudes qui vont du rejet total à la considération relative en passant par l'indifférence.

Parmi ceux qui rejettent les pratiques alternatives, plusieurs raisons à la déconsidération sont invoquées. Le manque de base scientifique et/ou d'efficacité démontrée est sans surprise le principal motif allégué. Selon les médecins réfractaires aux TA, non seulement, il n'y a pas de preuves scientifiques que les praticiens peuvent mobiliser à leur crédit, et quand bien même ce serait le cas, *cela ne marche pas*.

Jacqueline (MG): Pour moi il y a deux sous-ensembles : les médecines exercées par des médecins et les médecines exercées par des non-



médecins. Des actes médicaux effectués par des non médecins, ça je crois que c'est dangereux. Ce sont les fameux kinésioles, tous ces médecins qui donnent des conseils, par exemple soigner des cancers avec des plantes ou avec un pendule.

La relative efficacité que la plupart des médecins reconnaissent (même parmi ceux qui les rejettent) à certaines thérapies alternatives ne devrait pas leur être attribuée, puisque c'est selon eux l'effet placebo qui travaille. Ce n'est donc pas d'une pertinence interne qu'elles tirent leur efficacité, mais bien d'un effet relationnel basique (la suggestion), qui serait enrobé d'une série de choses qui n'ont pas d'autre fonction que de masquer ce processus.

B. L'aveuglement

Les **thérapeutes alternatifs** interrogés divisent les médecins en trois catégories. Il y a ceux qui sont ouverts aux médecines parallèles, ceux qui y sont allergiques (les médecins « fermés ») et ceux qui demanderaient à être convaincus.

Si les médecins ne sont pas ouverts, c'est soit parce qu'ils ne le veulent pas, soit parce qu'ils ne le peuvent pas.

Yves (thérapeute spécialisé dans l'accompagnement des malades et ancien urologue) : Je me suis retrouvé dans un colloque en Belgique (sur la sexualité des patients qui avaient le cancer), et à un moment j'ai dit «vous savez, j'ai le sentiment que nous avons tellement peur de cette maladie que ça nous arrange bien de rester loin de ça, dans une technologie, un savoir qui nous donne un pouvoir sur les choses, pour contrôler comment ça se passe, [...], mais il faut maintenant essayer de comprendre comment on peut réhumaniser nos pratiques, donc en nous réhumanisant chacun.» Et il y a eu une salve d'applaudissements [de la part des médecins], et ça m'a montré que le monde médical est en souffrance, et que quand on lui parle de sa souffrance, d'autant plus si c'est un des leurs qui leur en parle, il écoute et s'ouvre.

Alors qu'il ne servirait à rien d'essayer d'entrer en contact avec les premiers, les seconds pourraient bénéficier d'un changement de conditions et ainsi ouvrir leur esprit : un rythme de travail moins éreintant, une formation médicale moins rabiquée, etc. Certains interviewés endossent alors le rôle de celui qui va permettre aux médecins de parler, de pratiquer et de guérir autrement, en leur ouvrant des portes qu'ils n'avaient pas explorés jusque là. C'est ce que propose Fabienne (praticienne en méthode Silva), en parlant des médecins :

« qui viennent personnellement, et qui utilisent ça dans leur pratique aussi, simplement pour être plus proche des gens, et peut-être pour avoir un peu plus ce que j'appelle «la vision d'hélicoptère». Ce sont des médecins qui ne vont plus faire du saucissonnage, mais qui vont penser l'être global ».

Du côté des **médecins**, on critique également l'aveuglement, l'ignorance ou l'entêtement de certains thérapeutes alternatifs qui persistent dans une pratique qui serait inefficace en refusant tout crédit à la médecine classique, ce qui porterait préjudice aux patients. Cette crainte se retrouve encore dans le thème soulevé des risques d'abandon de thérapies allopathiques à l'efficacité « avérée » et par conséquent les risques d'aggravation des maladies objectivées. Il y aurait selon certains médecins un réel danger dans le cas de pathologies diagnostiquées par les techniques médicales actuelles; lésion, infection, cancer, maladie chronique style diabète. C'est donc ici aussi le patient qui risque de payer l'« intégrisme » de ceux qui refusent de rentrer dans une logique de complémentarité et de reconnaître les « bienfaits » de la médecine classique.

C. L'abus

Dans la plupart des entretiens, de médecins ou de TA, on retrouve l'évocation d'une catégorie de personnes particulièrement critiquée. Il s'agit des concurrents qui, bien qu'ils aient conscience des insuffisances de leurs moyens thérapeutiques, en profitent tout de même pour notamment faire rentrer le

patient dans une relation de pouvoir qui peut confiner à l'abus.

Chez les TA, les personnes interrogées pointent plusieurs formes d'abus de position dominante, liée à la situation plus ou moins monopolistique que les médecins occuperaient dans le champ des soins de santé. Il y a d'abord le sentiment de suffisance de celui dont la position est assurée, qui se traduit notamment par un manque d'ouverture vis-à-vis d'autres pratiques (les leurs) et des pratiques de déconsidérations basiques et dépassées

Béatrice (biologie totale) : Tout ça pour discréditer un maximum et en prenant dans la biologie totale les morceaux choisis, les cadavres exquis, comme si dans la médecine traditionnelle, il n'y en avait pas. Mais bon, eux ils ont le droit. Par exemple, il y a quelqu'un qui est mort d'un cancer [alors qu'il était suivi par quelqu'un qui pratique la biologie totale], et bien oui, quelqu'un est mort d'un cancer mais il y en a combien par jours qui meurent d'un cancer dans les hôpitaux universitaires.

Au final, ce seraient les patients qui paieraient le tribut le plus lourd de cette méconnaissance suffisante : elle les obligerait à séquencer entre ce qu'ils peuvent ou non dire au médecin, et les empêcherait de profiter de nouveautés qui pourraient leur être bénéfiques, voire même de diagnostics corrects.

La deuxième forme d'abus de position dominante réside dans l'ascendant que les médecins « en blouse blanche » prennent sur les personnes qui viennent consulter, en profitant pour leur imposer contre leur désir des traitements.

Les praticiens alternatifs font le portrait d'une pratique médicale sclérosée par ses certitudes et son caractère installé. A contrario, cela leur permet de se différencier en valorisant une pratique empirique et herméneutique, en phase avec les attentes du patient et de revendiquer des capacités d'ouverture et d'adaptation que la machine médicale a perdues.

Dans les entretiens avec les **médecins** on rencontre souvent les termes de « charlatans », « thérapeutes qui ont trouvé le bon créneau commercial, qui entretiennent des pathologies pour gagner du fric ». Il s'agit donc ici pour certains médecins de ne pas prendre au sérieux les motivations affichées par les thérapeutes, mais, dans une perspective de dévoilement, de mettre au jour les véritables intérêts des praticiens. Il ne s'agit pas de pratiques dont la raison première d'exister réside dans leur pertinence thérapeutique : leur raison d'être est autre (véralité des praticiens, loi de l'offre et de la demande, effet de mode). Ici aussi les patients sont considérés comme ceux qui au final payeront les pots cassés de l'amateurisme voire de la charlatanerie de certains praticiens alternatifs.

Juvéal (MG) : Oui, j'ai retiré aussi des patients des griffes de thérapeutes qui avaient trouvé le bon créneau juteux commercial, parce que c'est intéressant de faire revenir les gens toutes les semaines, ça marche bien hein ! Là, je dirais c'est peut-être pas tellement la technique qui est à mettre en cause, c'est le praticien, c'est tout ! On soigne des gens ou on entretient une pathologie pour gagner du fric, ce n'est pas la même chose !

4.1.3. *Illusio et Illusions, des catégories différentes pour analyser soi et autrui*

Nos analyses du matériau ont directement fait apparaître une forte dichotomie entre d'une part la manière de parler de soi et la manière de parler des autres. En effet, pour le dire d'une phrase, si chaque acteur peut sans problème considérer qu'il a de bonnes raisons d'agir et de soigner comme il le fait – et que ces bonnes raisons ne sont pas à discuter puisqu'elles sont, selon les termes de Bourdieu, des « conditions indiscutées de la discussion » –, l'agir thérapeutique d'autrui est soumis à un questionnement bien plus inquisiteur où le bénéfice du doute ne lui est que rarement laissé. Les raisons (aveuglement, véralité) que les membres de l'autre



groupe peuvent avoir pour prodiguer des soins comme ils le font doivent faire l'objet d'un dévoilement, ou à tout le moins d'une suspicion légitime.

La différence entre les régimes d'argumentation mobilisés pour qualifier sa propre pratique et celle des concurrents est frappante, d'autant plus que la symétrie des arguments est bien présente : pour parler de leurs propres pratiques, médecins comme TA font référence à un certain *illusio*. Ce concept ne reçoit pas de définition précise chez Bourdieu, mais renvoie ici à quelque chose que nous avons pu observer, même si nous ne mobilisons pas l'appareillage conceptuel des champs. L'*illusio* doit être compris comme l'investissement vécu dans un champ, comme une croyance inextinguible en les enjeux du champ, en ce qu'il propose comme bien, en ce qu'il met en valeur. C'est ainsi que l'*illusio* est en quelque sorte une mise en jeu (in-ludio) de l'individu dans la réalité à laquelle il est confronté : « Participer de l'*illusio*, scientifique, littéraire, philosophique ou autre, c'est prendre au sérieux (parfois au point d'en faire, là aussi, des questions de vie ou de mort) des enjeux qui, nés de la logique du jeu lui-même, en fondent le sérieux, même s'ils peuvent échapper ou paraître « désintéressés » et « gratuits » à ceux que l'on appelle les « profanes » [...] » (Bourdieu, 1997 : 25).

Cependant, lorsqu'ils décrivent l'*illusio* des concurrents, les individus s'y réfèrent bien plus comme des illusions (fausses) sur lesquelles il faut appliquer un dévoilement. Cette thèse peut-être étayée lorsqu'on observe la manière dont les deux groupes envisagent une possible collaboration avec les concurrents.

Cet investissement dans l'*illusio* n'est pas sans conséquence sur la manière dont les médecins et les TA discutent de l'éventuelle complémentarité de leur pratique. En suivant la littérature (Abbott, 1998), on pourrait penser que les arguments présentés pour se

légitimer et délégitimer autrui tentent de définir des territoires (*turfs*) de compétences, dans une écologie concurrentielle du champ des soins de santé. Par exemple, les TA tenteraient de se créer une niche dans un marché monopolisé jusqu'alors par les médecins. Mais un tel constat ne rendrait pas pleinement justice à notre matériau. En effet, dans la mise en complémentarité présentée par les uns et les autres, l'une des pratiques peut être présentée comme ayant l'ascendant sur l'autre, la première soignant les « vrais » problèmes, tandis que la seconde ne représente qu'un emplâtre. Les traitements conventionnels sont présentés par les TA comme des soins de symptômes qui n'ont que peu d'effets sur les causes. Dans la version extrême de cet argument, le rôle de la médecine est de maintenir les gens physiologiquement en vie, afin de donner du temps à ceux-ci de régler leurs « véritables » problèmes, ce que leur permettraient les TA.

Béatrice (biologie totale) : « si les traitements médicaux peuvent laisser du temps au temps et les [les patients] maintenir en vie le plus longtemps possible pour leur laisser le temps de faire leurs transformations nécessaires pour pouvoir survivre et guérir enfin, et bien moi je n'ai aucun problème avec ça. Et donc, cette espèce d'esprit de concurrence ou de dénigrement, moi je crois que ça fait plus de tort qu'autre chose ».

Chez les médecins, même si les cas de figures sont extrêmement divers (puisque certains médecins disent être ouverts aux pratiques alternatives tandis que d'autres y sont fortement réfractaires), il faut souligner que dans aucune des interviews on ne reconnaît aux autres thérapies la capacité à prendre en charge l'ensemble des problèmes de santé des individus. Les thérapies alternatives sont renvoyées à trois domaines: la prévention, la prise en charge psychologique ou émotionnelle des patients en souff-

france, et l'établissement d'un rapport de confiance avec le patient.

Jean (MG) : « L'acupuncture pour ce qui est du sevrage tabagique, pour ce qui est des douleurs chroniques pour ce qui est des lombalgies, mais c'est tout.»

Les praticiens montrent qu'ils sont prêts à envisager des collaborations, et les occurrences d'une dénégation totale de la pertinence de la pratique d'autrui sont très rares. Mais c'est une collaboration de type bien spécifique qui est à chaque fois présentée. Il ne s'agirait pas d'une coopération d'égal à égal, ou d'un fonctionnement où chacun a « sa » zone de compétence sur laquelle les concurrents ne peuvent empiéter, mais bien d'un fonctionnement où l'un serait subordonné à l'autre. Les prétentions semblent aller de part et d'autre au-delà d'une division du travail. De manière générale, les médecins imaginent utiliser les thérapies alternatives pour la prévention, les maux mineurs – bref pas pour ce qui est au cœur de la pratique médicale.

Même si le constat est plus nuancé du côté des TA - mais c'est en effet sous la probable crainte de se voir taxés d'« exercice illégal de la médecine » (sanction grave passible de peines lourdes) - et même si quasiment tous les thérapeutes alternatifs insistent sur le fait qu'il ne font pas le boulot du médecin, certains n'hésitent pas à marginaliser tant que faire se peut la pratique médicale.

Nous faisons l'hypothèse que si la complémentarité envisagée d'un côté comme de l'autre prend la forme d'une hiérarchisation même minime, c'est parce que les individus pensent qu'il n'existe pas une infinité de bonnes manières de soigner. Les médecins ne pensent pas que l'on puisse faire de la thérapeutique en abandonnant les principes fondamentaux de la mé-

decine, et les thérapeutes alternatifs disent qu'il est impensable d'être utile au patient si on n'adopte pas l'attitude d'ouverture dont ils se vantent. L'*illusio* auquel se réfèrent les individus ne souffrirait pas d'aménagements.

Autrement dit, nous pensons que l'analyse de la pratique d'autrui en termes de stratégie ou d'incompétence n'est qu'un symptôme de la conviction profonde qu'on a d'être du côté du rationnel, du raisonnable, du bon sens. Si je crois que mes adversaires utilisent un discours, une pratique, stratégiquement, ou qu'il ne sont pas en état de reconnaître l'intérêt de ma propre pratique, je pense logiquement qu'eux aussi, finalement, peuvent accepter la légitimité de ma pratique, sauf que la situation actuelle fait qu'ils ne sont pas en mesure de le reconnaître publiquement, soit qu'ils ne le veulent pas (parce qu'ils ont des intérêts à ne pas le faire), soit parce qu'ils ne le peuvent pas (parce qu'ils ne sont pas en mesure de voir que la raison se trouve de mon côté). Si mes concurrents n'avaient pas agi en fonction de certains intérêts ou connu des circonstances particulières (par exemple une formation médicale trop orthodoxe ou la rencontre avec tel maître à penser charlatan), ils en seraient arrivés à la même pratique thérapeutique que moi.

En conclusion de ce point, on peut dire que les tentatives de décrédibilisation de l'agir des concurrents gagnent à être comprises moins comme un acte tactique que comme un indicateur de l'*illusio* de chacun des sous-groupes. Elles indiquent, mieux que les caractérisations par chacun de sa propre pratique, ce sur quoi les individus, estiment qu'il est impensable de transiger. De plus, elles permettent aux individus de sauvegarder l'idée qu'au fond, il n'existerait qu'une seule bonne manière de faire, celle selon laquelle ils agissent.



5. Conclusion

Notre conclusion ne portera pas tant sur les rapports entre médecins et TA proprement dits que sur ce qu'ils peuvent nous apprendre sur l'usage de la notion de profession.

Le premier intérêt de notre article est tout d'abord épistémologico-méthodologique. Nous avons décidé, en suivant le précepte de l'approche interactionniste, de mobiliser l'idée de profession en tant qu'elle est ancrée dans des discours et des pratiques quotidiennes, en tant qu'elle est appropriée pour valoriser ou disqualifier sa pratique comme celle d'autrui. Pour ce faire, proposer aux individus de fonctionner de manière comparative semble être une piste intéressante. En effet, en parlant des concurrents dans le champ et de ce qui fonde les éventuelles insuffisances de leurs pratiques, les individus en viennent à se dévoiler, à expliciter ce qui constitue pour eux une condition indiscutable de l'entrée dans l'univers professionnel dans lequel ils se reconnaissent.

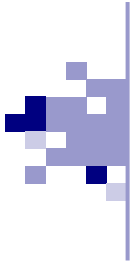
Le deuxième intérêt de l'article est de donner chair à ces opérations de qualification et de disqualification en repérant les registres de discours mobilisés par les praticiens alternatifs et les médecins. On a pu repérer une symétrie dans la manière dont les individus parlaient d'eux-mêmes et d'autrui. Outre que cette mise en perspective des discours des uns et des autres invite à ne pas tomber dans la perspective irénique critiquée en début d'article, elle nous permet de mieux comprendre les mécanismes d'attribution de la crédibilité dans un contexte concurren-

tiel. Dans un cas comme dans l'autre, ce ne sont pas les mêmes éléments qui peuvent être soumis à la discussion. Il y a d'un côté, lorsque l'on parle de soi, ce que l'on a pu appeler avec Bourdieu un *illusio*, qui possède la force de l'évidence et qu'il ne convient pas de discuter, et de l'autre côté, lorsque l'on parle d'autrui des « raisons d'agir » qu'il faut alors dévoiler et expliciter. La prégnance de cet *illusio* semble pousser les individus interrogés à développer un découpage particulier des zones de compétences en refusant plus ou moins un partage d'égal à égal et en insistant au contraire sur la nécessité relative d'une intronisation de sa propre pratique comme thérapeutique principale.

Au final, notre article tente de donner un contenu empirique à l'idée d'*illusio* professionnel, en mettant en lumière ce à quoi les individus tiennent (au double sens du terme) et les opérations de présentation de soi et d'autrui qui en découlent. Pour ce faire, la prise au sérieux du discours des individus semble utile, particulièrement dans un contexte concurrentiel. Nous avons essayé d'insister sur la pertinence heuristique d'une utilisation sociologique non « naturalisante » de l'idée de profession, en la comprenant plutôt comme une ressource discursive et symbolique pour les individus qui la mobilisent. Cette utilisation sociologique de la notion de profession est alors ancrée dans ses usages et ne s'inscrit pas pour autant dans une volonté de dévoilement des véritables motivations des acteurs.

Bibliographie

- Abbott, Andrew, (1995), *Things of Boundaries*, *Social Research*, Vol. 62, n°4, (Winter, 1995)
- Abbott, A. (1988), *The system of professions. An essay on the division of expert labor*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Boltanski, L. (1990). *L'amour et la justice comme compétences*. Paris : Métailié.
- Bourdieu, P. (1997). *Méditations pascaliennes*. Paris : Seuil.
- Carr-Saunders, A.W., (1928), *Professionalization in historical perspective*, in H.-M. Vollmer et D.L. Mills (eds), (1966), *Professionalization*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall. .
- Champy, F. (2009). *La sociologie des professions*. Paris : Presses universitaires de France.
- Chapoulie, J.-M. (1973). « Sur l'analyse sociologique des groupes professionnels », *Revue française de sociologie*, Vol. 14, N°1, pp : 86-114.
- Demazière, D., Gadea, Ch. (2009). *Sociologie des groupes professionnels, acquis récents et nouveaux défis*. Paris : la Découverte.
- Despret, V. (2001) *Ces émotions qui nous fabriquent. Ethnopsychologie des émotions*. Paris : Seuil.
- Dodier, N. (1993). *L'expertise médicale. Essai de sociologie sur l'exercice du jugement*. Paris : Métailié.
- Dubar C., Trippier P. (2005). *Sociologie des professions*. 2^{ème} édition. Paris : Armand Colin.
- Dubar, C. (2000a). *La socialisation*. 3^e édition. Paris : A. Colin.
- Dubar, C. (2000b), *La crise des identités : l'interprétation d'une mutation*. Paris : Presses universitaires de France.
- Durkheim, E. (1967). « Quelques remarques sur les groupements professionnels », préface de la seconde édition de *De la division du travail social*, 8^e édition. Paris : Presses universitaires de France.
- Freidson, E. (1994). *Professionalism reborn, theory, prophecy and policy*. Chicago: The University of Chicago Press.
- Freidson, E., (1970), « Influence du Client sur l'exercice de la médecine », in, Herlich, C., Médecine, *Maladie et société*. France : Ed. Mouton.
- Freidson, E., (1998), *Une conférence d'Eliot Freidson*, Introduction et traduction, Chapoulie, S. DEES, Déc. 1998, France.
- Glaser, B.G., Strauss, A. L., (1967), *The Discovery of Grounded Theory : Stratégies for Qualitative Research*. Hawthorne: Aldine de Gruyter, p. 21-31.
- Goffman, E. (1968). « Les hôpitaux psychiatriques et le schéma médical type : quelques remarques sur les vicissitudes des métiers de réparateurs », in, *Asiles. Étude sur la condition sociale des maladies mentales*. Paris : Les éditions de minuit. pp :375-438.



- Herzlich, C., (1969) *Santé et maladie : Analyse d'une représentation sociale*. Paris : Editions de l'EHESS.
- Hughes, E. (1983) *Le regard sociologique. Essais choisis* (textes rassemblés et présentés par J.-M. Chapoulié), Paris : Editions de l'EHESS.
- Latour, B. (1996), *Petite réflexion sur le culte moderne des dieux fétiches*, Synthélabo.
- Parsons T., (1951), *The social system*. London: Routledge.
- Parsons, T., (1975), "The sick role and the role of physician". *Health and society*, Vol. 53, N°3, pp: 257-278.
- Parsons, T., (1939), *The Profession and social structure*, in H.-M. Vollmer et D.L. Mills (eds), (1966), *Professionalization*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall. .
- Schmitz, O. (2006). *Guérir par l'invisible. Enquête sur les guérisseurs aujourd'hui*. Paris : Imago.
- Schutz, A. (1987). *Le chercheur et le quotidien*, Paris : Méridien Klincksieck.
- Saks M., (2002), "Professionalization, Regulation and Alternative Medicine", in Allsop J. and Saks, M., *Regulating the Health Professions*. London : Sage.

Ouvrages de thérapeutes alternatifs

- Silva, J., Miele, P. (1991), *La méthode Silva. La réussite à la portée de tous*. Paris : Marabout.
- Lerminiaux, J. (2003). *Image mentale et déclenchement d'un cancer. L'intervention psychothérapeutique selon la biologie totale*, s.l.
- Lübeck, W., Petter, F.A., Lee Rand, W. (2002) *La Quintessence du Reiki. Le livre exhaustif sur le système Reiki*, Niando : Hendaye.
- Janssen, Th. (2006) *La solution intérieure. Vers une nouvelle médecine du corps et de l'esprit*, Paris, Fayard.
- Belanger, S. (2001), *Devenez intuitif grâce à l'Ecoute imaginaire. Enfin un véritable guide d'utilisation pour développer son intuition*, Montréal : Ojas.

Cahiers de Recherche en Éducation et Formation

Déjà Parus :

Thiéry F., Zachary M-D., De Villé Ph., Vandenberghe V. (1999) Enseignement initial : les enjeux du développement de l'enseignement supérieur sur fond de crise de l'enseignement secondaire qualifiant, *Les cahiers de Recherche du GIRSEF*, n° 1.

Conter B., Maroy C., Urger F. (1999) Le développement de la formation professionnelle continue en Belgique francophone, *Les cahiers de Recherche du GIRSEF*, n° 2.

Vandenberghe V. (1999) Regard rétrospectif sur la dynamique des dépenses d'enseignement en Communauté française de Belgique :1988-1998, *Les cahiers de Recherche du GIRSEF*, n° 3.

Dupriez V., Maroy C. (1999) Politiques scolaires et coordination de l'action, *Les cahiers de Recherche du GIRSEF*, n° 4.

Doray, P. (2000) Les articulations entre formation professionnelle initiale et formation continue au Québec :quelques pistes de travail, *Les cahiers de Recherche du GIRSEF*, n° 5.

Casalfiore S. (2000) L'activité des enseignants en classe. Contribution à la compréhension de la réalité professionnelle des enseignants, *Les cahiers de Recherche du GIRSEF*, n°6.

Vandenberghe V. et Zachary M-D. (2000) Efficacité-équité dans l'enseignement secondaire de la Communauté Wallonie Bruxelles : essai d'évaluation dans le cadre d'une comparaison internationale, *Les cahiers de Recherche du GIRSEF*, n°7.

Vandenberghe V. (2000) Enseignement et iniquité : singularités de la question en Communauté Wallonie-Bruxelles, *Les cahiers de Recherche du GIRSEF*, n°8.

Guyot J.-L., Bonami M. (2000) Modes de structuration du travail professoral et logiques disciplinaires à l'Université, *Les cahiers de Recherche du GIRSEF*, n°9.

Cattonar B. (2001) Les identités professionnelles enseignantes. Ebauche d'un cadre d'analyse. *Les cahiers de Recherche du GIRSEF*, n°10.

Maroy C. et Doray, P. (2001) La construction des relations écoles / entreprises. Le cas de la formation en alternance en Communauté Française de Belgique et au Québec, *Les cahiers de Recherche du GIRSEF*, n°11.

Maroy C. (2001) Le modèle du praticien réflexif à l'épreuve de l'enquête, *Les cahiers de Recherche du GIRSEF*, n°12.

Mangez E. (2002) Régulation et complexité des rapports familles – écoles, *Les cahiers de Recherche du GIRSEF*, n°13.

Waltenberg F. D. (2002) Polarisation et appariements sélectifs des individus. Etat de la question , *Les cahiers de Recherche du GIRSEF*, n°14.



Cahiers de Recherche en Éducation et Formation (suite)

Waltenberg F. D. et Vandenberghe V. (2002) Etat des lieux de mobilité des élèves en cours de scolarité primaire en Communauté française Wallonie – Bruxelles. Une analyse économique et quantitative, *Les cahiers de Recherche du GIRSEF*, n°15.

Casalfiore S. (2002) Les petits conflits quotidiens dans les classes de l'enseignement secondaire. I. Nature et sens des transgressions sociales à l'origine des conflits dans la dyade enseignant-élève, *Les cahiers de Recherche du GIRSEF*, n°16

De Villé Ph. (2002) Equal opportunity in the educational system and the ethics of responsibility, *Les cahiers de Recherche du GIRSEF*, n°17

Maroy M. et Cattonar B. (2002) Professionnalisation ou déprofessionnalisation des enseignants ? Le cas de la Communauté française de Belgique. *Les cahiers de Recherche du GIRSEF*, n°18.

Dauphin N. et Verhoeven M. (2002) La mobilité scolaire au cœur des transformations du système scolaire. *Les cahiers de Recherche du GIRSEF*, n°19.

Casalfiore S. (2003) Les petits conflits quotidiens dans les classes de l'enseignement secondaire. II. Nature des stratégies de résolution, *Les cahiers de Recherche du GIRSEF*, n°20

Casalfiore S. (2003) Les petits conflits quotidiens dans les classes de l'enseignement secondaire. III. Conception de l'autorité chez les élèves, *Les cahiers de Recherche du GIRSEF*, n°21

Vandenberghe V. (2003) Un enseignement secondaire technique et professionnel (dé)valorisé ?, *Les cahiers de Recherche du GIRSEF*, n°22

Dupriez V. (2003) La coordination du travail dans les établissements scolaires: les différentes voies de construction de l'accord, *Les cahiers de Recherche du GIRSEF*, n°23

Dupriez V. et Draelants H. (2003) Classes homogènes versus classes hétérogènes : les apports de la recherche à l'analyse de la problématique, *Les cahiers de Recherche du GIRSEF*, n°24

Letor C. et Vandenberghe V. (2003) L'accès aux compétences est-il plus (ini)équitable que l'accès aux savoirs traditionnels ?, *Les cahiers de Recherche du GIRSEF*, n°25

Galand B. et Gillet M.-P. (2004) Le rôle du comportement de la direction dans l'engagement professionnel des enseignants, *Les cahiers de Recherche du GIRSEF*, n°26

Dupriez V. et Vandenberghe V. (2004) L'école en Communauté française de Belgique : de quelle inégalité parlons-nous? *Les cahiers de Recherche en Éducation et Formation*, n°27

Vandenberghe V. (2004) Achievement Effectiveness and Equity. The role of Tracking, Grade-Repetition and Inter-school Segregation, *Les cahiers de Recherche en Éducation et Formation*, n°28

Cahiers de Recherche en Éducation et Formation (suite)

Galand B. et Vanlede M. (2004) Le sentiment d'efficacité personnelle dans l'apprentissage et la formation : Quel rôle joue-t-il? D'où vient-il? Comment intervenir? *Les cahiers de Recherche en Éducation et Formation*, n°29

Vandenberghé V. (2004) Les tendances longues de l'accumulation du capital humain en Belgique, *Les cahiers de Recherche en Éducation et Formation*, n°30

Dupriez V. et Dumay X. (2004) L'égalité dans les systèmes scolaires : effet école ou effet société ? *Les cahiers de Recherche en Éducation et Formation*, n°31

Waltenberg F. (2004) What is justice in education? Sketch of answer based on theories of justice and economics. *Les cahiers de Recherche en Éducation et Formation*, n°32

Frenay M. et Paul C. (2004) Le développement de projets pédagogiques : reflet ou source de l'engagement de l'enseignant universitaire dans ses activités d'enseignement ? *Les cahiers de Recherche en Éducation et Formation*, n°33

Dumay X. (2004) Effet établissement : effet de composition et/ou effet des pratiques managériales et pédagogiques ? Un état du débat. *Les cahiers de Recherche en Éducation et Formation*, n°34

Dupriez V. (2004) La place de l'évaluation comme ressource pour le pilotage des systèmes scolaires : état des lieux en Belgique francophone et en Angleterre. *Les cahiers de Recherche en Éducation et Formation*, n°35

Dumay X. et Dupriez V. (2004) Effet établissement : effet de processus et/ou effet de composition ? *Les cahiers de Recherche en Éducation et Formation*, n°36

Galand B., Bourgeois E. et Frenay M. (2005) The impact of a PBL curriculum on students' motivation and self-regulation. *Les cahiers de Recherche en Éducation et Formation*, n°37

Bonami M. (2005) Evaluation interne et évaluation externe : concurrence ou complémentarité? *Les cahiers de Recherche en Éducation et Formation*, n°38

Galand B. (dir.) (2005) L'échec à l'université en Communauté française de Belgique. *Les cahiers de Recherche en Éducation et Formation*, n°39

Draelants H. et Giraldo S. (2005) La politique d'éducation au risque de sa réception sur le terrain. Analyse de la mise en œuvre d'un dispositif d'« année complémentaire » dans trois établissements contrastés. *Les cahiers de Recherche en Éducation et Formation*, n°40

Vandenberghé V. et Debande O. (2005) Deferred and Income-Contingent Higher Education Fees. An empirical assessment using Belgian data. *Les cahiers de Recherche en Éducation et Formation*, n°41

Maroy C. (2005) Les évolutions du travail enseignant en Europe. Facteurs de changement, incidences et résistances. *Les cahiers de Recherche en Éducation et Formation*, n°42



Cahiers de Recherche en Éducation et Formation (suite)

- Sprietsma M. et Waltenberg F. (2005) The effect of teachers' wages on student achievement: evidence from Brazil. *Les cahiers de Recherche en Éducation et Formation*, n°43
- Vandenberghe V. (2005) Free Higher Education. Regressive Transfer or Implicit Loan? *Les cahiers de Recherche en Éducation et Formation*, n°44
- Donnay J.-Y. (2005) Sociologie des régulations de l'enseignement technique et professionnel en Communauté française de Belgique. La construction de l'offre de formation. *Les cahiers de Recherche en Éducation et Formation*, n°45
- Frenay M., Wouters P., Bourgeois E. et Galand B. (2005) Evaluation of a Teacher Program in a French-Belgian university: the Use of Teaching Portfolios. *Les cahiers de Recherche en Éducation et Formation*, n°46
- Verhoeven M, Oriane J-F. et Dupriez V. (2005) Vers des politiques d'éducation « capabilisantes » ? Une analyse critique de l'action publique en matière d'éducation. *Les cahiers de Recherche en Éducation et Formation*, n°47
- Draelants H. et Dumay X. (2005) Identités, cultures et images d'établissements scolaires. Un cadre théorique d'interprétation. *Les cahiers de Recherche en Éducation et Formation*, n°48
- Maroy C. (2005) Vers une régulation post-bureaucratique des systèmes d'enseignement en Europe ? *Les cahiers de Recherche en Éducation et Formation*, n°49
- Waltenberg F. and Vandenberghe V. (2005) What Does It Take to Achieve Equality of Opportunity in Education? An Empirical Investigation Based on Brazilian Data. *Les cahiers de Recherche en Éducation et Formation*, n°50
- Dupriez V. et Dumay X. (2006) Élèves en difficulté d'apprentissage : parcours et environnements éducatifs différenciés en fonction des structures scolaires. *Les cahiers de Recherche en Éducation et Formation*, n°51
- Draelants H. (2006) Le redoublement est moins un problème qu'une solution. Comprendre l'attachement social au redoublement en Belgique francophone. *Les cahiers de Recherche en Éducation et Formation*, n°52
- Letor C. (2006) Reconnaissances des compétences émotionnelles des enseignants comme compétences professionnelles : une analyse des représentations d'acteurs pédagogiques, *Les cahiers de Recherche en Éducation et Formation*, n°53
- Cattonar B., Draelants H., Dumay X. (2007) Exploring the interplay between organizational and professional identity, *Les cahiers de Recherche en Éducation et Formation*, n°54
- Maroy C. (2007) Pourquoi et comment réguler le marché scolaire?, *Les cahiers de Recherche en Éducation et Formation*, n°55.
- Maroy C. (2007) L'école à la lumière de la sociologie des organisations. *Les cahiers de Recherche en Éducation et Formation*, n°56.

Cahiers de Recherche en Éducation et Formation (suite)

Vandenbergh V. (2007) Au-delà de Bologne, la question du 'comment' financer l'enseignement supérieur européen persiste. *Les cahiers de Recherche en Éducation et Formation*, n°57.

Dupriez V. (2007) Quand les orientations pédagogiques aident à comprendre les modalités de division du travail à l'école : deux études de cas dans l'enseignement primaire. *Les cahiers de Recherche en Éducation et Formation*, n°58.

Draelants H. (2007) Évolution des usages politiques des savoirs pédagogiques au cours des années quatre-vingt dix en Belgique francophone. Une reconfiguration des relations entre politiques, experts et acteurs de terrain. *Les cahiers de Recherche en Éducation et Formation*, n°59.

Dumay X. et Dupriez V. (2007) Does the School Composition Effect Really Exist? Some Methodological and Conceptual Considerations. *Les cahiers de Recherche en Éducation et Formation*, n°60.

Sotomayor C. et Dupriez V. (2007) Desarrollar competencias docentes en la escuela: Aprendizajes de una experiencia chilena de asesoría a escuelas de alta vulnerabilidad social y educativa. *Les cahiers de Recherche en Éducation et Formation*, n°61.

Bouchat T.-H., Delvaux B. et Hindryckx G. (2008) Mobilité scolaire et composition sociale des écoles. Le cas de l'enseignement fondamental en Communauté française de Belgique. *Les cahiers de Recherche en Éducation et Formation*, n°62.

Vause A., Dupriez V. et Dumay X. (2008) L'efficacité des pratiques pédagogiques : la nécessité de prendre en compte l'environnement social. *Les cahiers de Recherche en Éducation et Formation*, n°63.

Delvaux B., Bouchat T.-M. et Hindryckx G. (2008) Espace local et choix du lieu de scolarisation dans l'enseignement fondamental. Le cas de trois espaces locaux urbains en Communauté française de Belgique. *Les cahiers de Recherche en Éducation et Formation*, n°64.

Van Campenhout M., Dell' Aquila F. et Dupriez V. (2009) La démocratisation de l'enseignement supérieur en Communauté française de Belgique : état des lieux. *Les cahiers de Recherche en Éducation et Formation*, n°65.

Vause A. (2009) Les croyances et connaissances des enseignants à propos de l'acte d'enseigner. Vers un cadre d'analyse. *Les cahiers de Recherche en Éducation et Formation*, n°66.

Vanlede M., Bourgeois E., Galand B. and Philippot P. (2009) Sources of academic self-efficacy-beliefs: The role of the specificity level of autobiographical memories about academic performance. *Les cahiers de Recherche en Éducation et Formation*, n°67.

Delvaux B. et Maroy C. (2009) Débat sur la régulation des inscriptions scolaire en Belgique francophone : où se situent les désaccords ? *Les cahiers de Recherche en Éducation et Formation*, n°68.



Cahiers de Recherche en Éducation et Formation (suite)

Galand B. (2009) L'école peut-elle être un lieu de prévention des comportements violents ? *Les cahiers de Recherche en Éducation et Formation*, n°69

Boudrenghien G., Frenay M. et Bourgeois E. (2009) La transition de l'enseignement secondaire vers l'enseignement supérieur : antécédents de l'engagement envers son but de formation. *Les cahiers de Recherche en Éducation et Formation*, n° 70.

Galand B. (2009) Quelle est la place des pratiques d'enseignement dans la relation entre hétérogénéité des élèves et apprentissages ? *Les cahiers de Recherche en Éducation et Formation*, n°71

Dumay X. (2009) La coordination locale du travail enseignant : une approche par le cadrage. *Les cahiers de Recherche en Éducation et Formation*, n°72

Dupont J.-P., Carlier G., Gérard P. et Delens C. (2009) Déterminants et effets de la motivation des élèves en éducation physique : revue de la littérature. *Les cahiers de Recherche en Éducation et Formation*, n°73

De Ketele J.-M. et Freres G. (2009) Les commentaires des enseignants et des élèves : Simples jugements ou processus évaluatifs ? *Les cahiers de Recherche en Éducation et Formation*, n°74

Dupriez V., Monseur C. et Van Campenhoudt M. (2009) Etudier à l'université : le poids des pairs et du capital culturel face aux aspirations d'études. *Les cahiers de Recherche en Éducation et Formation*, n°75

Dumay X. (2009) Évaluation et accompagnement des établissements en Europe : Diversité et mécanismes d'hybridation. *Les cahiers de Recherche en Éducation et Formation*, n°76

Van Campenhoudt M. et Maroy C. (2010) Les déterminants des aspirations d'études universitaires des jeunes de dernière année secondaire en Communauté française de Belgique. *Les cahiers de Recherche en Éducation et Formation*, n°77

Vermandele C., Plaigin C., Dupriez V., Maroy C., Van Campenhoudt M. et Lafontaine D. (2010) Profil des étudiants entamant des études universitaires et analyse des choix d'études. *Les cahiers de Recherche en Éducation et Formation*, n°78