

PARADIGMES, PROJETS, REPRESENTATIONS DU SUJET DANS LES PRATIQUES CLINIQUES

Giovanni Guerra

Dans Cliniques méditerranéennes 2008/1 (n° 77)

pages 63 à 76

1 L'histoire des maladies mentales, de la psychiatrie, de la psychologie clinique nous donne une grande variété d'hypothèses et sur les causes et sur les moyens d'intervention. Cette variété a toujours été source de conflits souvent très violents qui ont marqué non seulement l'interprétation et le traitement de la souffrance mentale mais aussi la politique des troubles mentaux.

2 Le domaine de la santé mentale est partagé par différents professionnels : psychiatres, psychologues cliniciens, psychothérapeutes, neuroscientifiques, psychologues de la santé, éducateurs, assistants sociaux... On sait bien que derrière le titre professionnel on trouve des pratiques et des théories de référence des plus disparates. Par exemple, les psychiatres utilisent normalement différentes théories issues de la psychologie. Il y a des superpositions avec la neurologie (les troubles cognitifs et neuropsychologiques) : les neurosciences ont une grande influence ainsi que la génétique, sans oublier la sociologie, l'anthropologie et, bien entendu, la politique. Tous ces professionnels qu'est-ce qu'ils partagent ? en quoi se différencient-ils ? Les différents milieux et *setting* de travail : services hospitaliers, hôpitaux de jour, ambulatoires, communautés thérapeutiques... donnent, à leur tour, un facteur supplémentaire de complication.

3 Dans ce bref essai je voudrais proposer certaines lignes de lecture avec l'ambition de rendre un peu plus clair le sens des différentes options dans le domaine de la santé mentale. Cette ambition est motivée par le fait qu'il n'est pas du tout évident de détecter la cause du conflit et il n'est pas rare de voir que certaines positions apparemment voisines sont, au contraire, très lointaines et d'autres qui semblent, à première vue, opposées ont, au contraire, des points de contact inattendus et très intéressants. Il faut reconnaître que les conflits sont d'ordre conceptuel, épistémologique, clinique, éthique, mais ils se fondent trop souvent moins sur un travail critique que sur des images stéréotypées ou sur des représentations sociales.

4 Par exemple, il est habituel de proposer une série d'oppositions : organique/psychique, objectivité/subjectivité, classification/relation, médicament/parole, etc. Mais s'il est vrai que toute opposition permet de donner un ordre à l'univers, on peut aussi s'interroger sur la pertinence des catégories et de l'opposition même.

5 Dans ce que je vais proposer je ne ferai pas de distinctions de « nature » entre psychologie générale et clinique et psychopathologie. Mon hypothèse est que toute orientation clinique, psychopathologique, thérapeutique se réfère directement ou indirectement à une

psychologie générale : c'est ici qu'on retrouvera les principes de base ou les projets qui donnent sens aux différentes orientations.

Psychiatres et psychologues

6 Compte tenu de la multiplicité des professionnels présents, il faut tout d'abord se poser une question : quelle est la différence entre les psychiatres et les psychologues ? Bien qu'un peu mal posée, la question peut être utile.

7 Un petit rappel historique sur la question de la prise en charge de la folie et de la santé mentale est nécessaire.

8 La psychiatrie doit son identité à son objet, à savoir la maladie mentale. Mais c'est seulement aux environs de la moitié du XVII^e siècle que le médecin commence à se substituer au magistrat et à la charité religieuse dans le traitement de la folie. La médecine affirme sa primauté dans le traitement de la maladie mentale et la confie à cette branche spécialiste qui commence à être la psychiatrie. La folie prend alors le statut de maladie. Une autre conséquence est que la psychiatrie commence à essayer de suivre le développement de la médecine. Il s'agit de deux conséquences reliées entre elles et qui donnent lieu à une série de difficultés qu'on va voir de plus près.

9 La folie (ou, plus génériquement, la souffrance mentale), pensée comme maladie, pose d'abord la question du normal et du pathologique. En effet, l'inscription de certains comportements dans un horizon de pathologie/ déviance/anormalité, implique l'emploi de différentes catégories non strictement techniques : morales, culturelles, sociales, anthropologiques, philosophiques, politiques. Ce qui entraîne deux conséquences. La première est que chaque modification des catégories provoque également un changement dans la définition de la déviance et de la maladie mentale. La liste des comportements autrefois marqués comme déviants ou dégénérés est importante, et donc objet de la psychiatrie aujourd'hui socialement mieux acceptés et sortis de la nosographie. La deuxième conséquence est que la psychiatrie a toujours dû se confronter avec les autres sources de définition de la maladie mentale. Pour cette raison le psychiatre a dû être non seulement médecin mais aussi un peu philosophe, sociologue, politique, psychologue naturellement, etc. Ses instruments d'intervention varient donc beaucoup et sont empruntés à différents domaines : de la pharmacothérapie à la psychothérapie, de la psychothérapie à l'ergothérapie, au bon sens. Donc parler de « psychiatrie » comme d'un ensemble homogène est évidemment très imprécis : si on continue dans cette simplification, c'est seulement pour des raisons économiques.

10 En tout état de cause, on ne peut pas identifier d'une manière simpliste la psychiatrie à un organicisme – aussi banal ou sophistiqué qu'il soit. Il y a différentes interprétations de la psychiatrie et on peut en comprendre la raison en fonction de la genèse et de la définition du champ de travail.

11 L'apparition de la psychologie moderne a rendu le domaine plus riche et plus complexe. La psychologie a proposé des regards nouveaux sur la maladie mentale par rapport à la médecine. Nouveaux dans ce sens que la psychologie n'est pas intéressée spécifiquement par la question du système nerveux central (SNC) et, d'autre part, a apporté des

contributions importantes au niveau des instruments de mesure. Inévitablement les psychiatres se sont emparés de ces nouveaux regards et de ces nouveaux instruments d'intervention.

12 Mais, dans le même temps, le domaine est devenu aussi plus complexe. En effet, dire « psychologie moderne » n'est pas trop éclairant, pas plus que parler de « psychiatrie » et on va discuter plus loin de la variété interne de la psychologie (des psychologies). Et c'est dans le sens de cette variété que le panorama est devenu certainement plus riche mais aussi bien plus compliqué.

13 On ne peut pas éviter une note sur le rapport entre psychologie et psychiatrie. Si on confronte les deux on peut penser que la psychiatrie peut utiliser non seulement les moyens « organicistes » (en particulier les médicaments) mais aussi les possibilités offertes par les psychologies. Donc le psychiatre pourrait utiliser un plus ample catalogue d'instruments. Ce qui mettrait le psychologue en position de faiblesse, une espèce de psychiatre diminué.

14 Je pense que pour aborder correctement la question il faut se déplacer, passer des prétendus instruments à la construction du champ clinique et à la position occupée par le technicien et le patient. Si on considère ces positions à la lumière des catégories suivantes : conscience de l'existence d'un problème, titulariat du problème, utilisation de la relation aux fins diagnostiques et thérapeutiques – on peut définir trois formes de construction que j'ai proposé de nommer : modèle médical, modèle psychologique, modèle de l'hygiéniste (Guerra, 2004). Ces noms sont attribués en fonction de l'image typique des professions mais les psychologues, par exemple, se placent souvent dans un modèle de relation médicale et les médecins aussi peuvent se placer dans un modèle psychologique.

15 Dans le *modèle médical*, l'utilisateur peut plus ou moins avoir conscience d'un problème. Le titulariat du problème appartient au technicien dans le sens où celui-ci ordonne au client le régime de vie qu'il doit assumer pour surmonter ses difficultés : la relation entre les deux partenaires n'a aucune valeur aux fins diagnostiques et thérapeutiques, les processus de connaissance (diagnostic) et d'intervention (thérapie) n'impliquent aucunement la relation en tant que telle. Dans le *modèle psychologique*, il est prévu pour l'utilisateur une certaine conscience d'un quelconque problème, même si la conscience peut être confuse et l'attribution du siège du problème peut être placée en dehors de soi. La responsabilité de conduire sa vie appartient toujours à l'utilisateur, la relation est le lieu de la connaissance et l'instrument de l'intervention. Les manières de l'utilisateur de se mettre en relation, de formuler une demande, de porter certains contenus, d'avancer ses attentes etc. deviennent l'objet de la connaissance et de l'intervention. (Je laisse de côté ici le *modèle de l'hygiéniste*).

16 Donc il n'est pas question d'instruments ni de savoirs mais de positions cliniques. Il n'y a plus de savoirs secrets, exotériques, interdits, propriété privée d'une coterie. La défense de territoires réservés peut avoir un sens pour les ordres professionnels, mais ne peut pas tenir sur le plan de la confrontation des théories de la pratique et de la technique.

17 Tout ce qui a été dit jusqu'ici a multiplié peut-être les lignes d'intersection et de faille entre les savoirs et les professions qui se partagent le domaine de la santé mentale. Le but, évidemment, n'est pas de rendre les choses encore plus confuses mais de poser d'une manière encore plus urgente la question de « mettre en ordre » au-delà du sens commun et

des représentations sociales partagées. « L'opinion commune pense mal » – disait Bachelard...

18 Comment, donc, mettre en ordre ? en utilisant quels critères ? Je propose un parcours en trois étapes : des paradigmes aux projets, puis aux représentations du sujet [1][1] En fonction de ce qui a été dit, dans ce qui suit je passe....

Paradigmes

19 Il est assez probable que pour donner un ordre compréhensible aux théories et aux pratiques, une référence immédiate qui vient à l'esprit est la référence au concept de « paradigme », d'autant plus qu'il s'agit d'un concept qui permet des emplois suffisamment flous.

20 Je me limite à citer deux auteurs qui utilisent le concept de paradigme en psychiatrie. Eugenio Borgna (2001) affirme que « dans l'évolution historique de la psychiatrie il est possible de saisir trois [paradigmes] : le paradigme scientifique-naturaliste, le phénoménologique-herméneutique et le scientifique-social » (p. 163). Le discours de Borgna, après cette introduction, se développe dans d'autres directions mais il est intéressant de noter l'effet immédiat de clarification que cet encadrement semble apporter.

21 Un deuxième auteur qu'il faut rappeler est, sans doute, Georges Lantéri-Laura et notamment sa magistrale œuvre sur les paradigmes de la psychiatrie moderne (1998). Pour Lantéri-Laura le paradigme désigne « une conception assez globale qui, pendant toute la durée d'une certaine période, servira à réguler tout un ensemble de connaissances théoriques et pratiques alors en usage, non pas comme une théorisation dont elles se déduiraient, mais comme la délimitation et l'organisation d'un certain domaine où des *possibles* pourraient aussi bien se compléter que s'opposer » (p. 42). Il est ainsi possible de structurer des périodes historiques : *l'aliénation mentale* constitue le paradigme dominant de la fin du Siècle des lumières jusqu'au milieu du XIX^e siècle quand prend place le paradigme des *maladies mentales* ; c'est à partir du premier quart du XX^e siècle que devient dominant le paradigme des *grandes structures psychopathologiques*.

22 Lantéri-Laura ne manque pas de signaler que la substitution d'un paradigme avec un autre n'équivaut pas à la disparition du premier qui poursuit ses voies bien que sur un mode mineur.

23 Je n'insiste pas encore sur ce remarquable texte. Cette brève indication suffit pour poser la question : le concept de paradigme nous permet-il de faire ordre dans le domaine de la psychiatrie ? Certainement oui, dans le sens et dans les limites utilisés par Lantéri-Laura.

24 Toutefois le fait de reconnaître que certaines lignes de recherche se poursuivent et de temps en temps ressortent au premier plan, pose la question de comprendre si la domination d'un paradigme signifie un rapprochement de la « vérité » – comme dirait Popper – ou répond à d'autres facteurs, notamment d'ordre socioculturel. Je ne veux pas déplacer la question sur ce dernier plan – ce qui d'ailleurs serait tout à fait légitime et certainement déterminant. Je veux rester sur un plan plus strictement épistémologique pour ajouter une autre question.

25 Pour confronter les différents paradigmes il faut qu'ils portent sur le même « objet ». Je m'explique en reprenant l'exemple le plus célèbre et peut-être le plus facile de substitution de paradigme à savoir le passage du géocentrisme à l'héliocentrisme. Les deux positions sont totalement opposées mais les tenants de l'une et de l'autre se posaient les mêmes questions autour du même objet. Dans ce sens, on peut confronter l'évolution des paradigmes qui appartiennent au même questionnement.

26 Or, si on en vient au milieu « psycho », on peut constater que les choses se passent d'une manière différente. C'est la construction même de l'objet qui est en cause. On procède comme si la « bonne » définition de l'objet serait à même de donner cohérence et unité au domaine de maladie mentale.

27 La résurgence imprévisible de « paradigmes » déjà parus, puis disparus et la difficulté voire l'impossibilité de l'objet à jouer un rôle « unificateur », sont deux questions qui sollicitent à assumer une autre perspective, par exemple celle qui est offerte par le concept de *projet*.

Projets

28 C'est à Georges Canguilhem, dans son article « Qu'est-ce que la psychologie ? » (1956), qu'il faut attribuer l'introduction du concept de « projet ».

29 Quand la méthode a pris la place de l'objet pour conférer une unité à une science, il apparaît – écrit Canguilhem – que « l'objet de la science ce n'est plus seulement le domaine spécifique des problèmes, des obstacles à résoudre, c'est aussi l'intention et la visée du sujet de la science, c'est le projet spécifique qui constitue comme telle une conscience théorique » (p. 366).

30 Dans le domaine qui nous intéresse ici, les débats infinis et même passionnants sur la nosographie visent à fixer l'objet de la clinique (psychiatrique et psychologique) [2][2] On peut se référer, par exemple, à l'œuvre de Serban Ionescu,.... Mais pourquoi est-il si difficile de fixer cet objet ? qu'est-ce qui sépare ou oppose une classification à une autre ?

31 Par exemple, les classifications des psychoses portent sur le (plus ou moins) même ensemble de symptômes et de comportements. La différence réside dans les buts, le plus souvent implicites, qui donnent différentes perspectives non seulement sur l'interprétation des psychoses mais aussi sur l'intervention et sur le pronostic. Dans ce sens, toute construction de « l'objet psychopathologique » est le résultat d'une pensée qui, d'une manière plus ou moins explicite, poursuit des intentions, est le résultat justement d'un projet.

32 L'utilité du concept de projet peut être éclairée davantage en reprenant l'analyse de la psychologie de Canguilhem. L'auteur définit trois grands projets :

- la psychologie comme science naturelle ;
- la psychologie comme science de la subjectivité (articulée en physique au sens externe, science du sens interne et science du sens intime) ;

- la psychologie comme science des réactions et du comportement.

Un exemple peut éclairer le sens du projet en relation avec le concept du paradigme. Reprenons le projet de psychologie en tant que science naturelle. Un projet qui partant d'Aristote et passant par Galien rejoint Gall, Broca et – c'est moi qui ajoute – Pavlov et puis de nos jours les neurosciences. Or il est évident qu'entre Galien, Pavlov et Kandel il n'y a rien en commun sinon le sens du projet, à savoir la possibilité de reconduire les processus psychologiques en processus physiologiques. Il n'y a rien de commun entre le système nerveux tel qu'il est conçu par les trois auteurs et pourtant on peut très bien voir que le sens du projet se maintient identique à l'intérieur des formes qui sont entre elles incommensurables.

33 À la différence du paradigme, le projet permet de considérer la continuité dans le temps, à travers la différence des conceptualisations et des méthodes (on pourrait même dire : à travers la différence des paradigmes), les mêmes questions de départ, la même visée, la même intentionnalité. Si les paradigmes de recherche ont dramatiquement changé, les projets, par contre, restent toujours les mêmes.

34 Je me suis permis de modifier cette articulation en proposant une partition de la psychologie comme science de la subjectivité en deux projets : l'un s'interrogeant sur le rapport sujet/monde et l'autre qui s'occupe du sujet en tant que constructeur du monde (Guerra, 1997). Cette modification évidemment ne prétend pas « améliorer » la partition proposée par Canguilhem. Tout en restant fidèle – je crois – à la leçon de Canguilhem [3][3] Peut-être suis-je moins intéressé à montrer certaines..., elle me permet d'insérer le cognitivisme [4][4] Durant les années 1950, le cognitivisme n'était pas encore... parmi les psychologies qui s'inscrivent dans le projet qui étudie le rapport sujet/monde. D'autre part, introduisant une psychologie comme science de la construction de la réalité, j'essaie de rendre compte de l'épistémologie génétique de J. Piaget et de la psychanalyse freudienne, vue moins comme science du sens intime que science de la construction du sens donné par le sujet à ses expériences, aux relations, au monde.

Petite note épistémologique

35 Le concept de projet donne une ouverture épistémologique très intéressante. L'article de Canguilhem a été lu surtout comme une attaque contre la psychologie (Roudinesco, 1993 ; Braunstein, 1999). Peut-être a-t-on sous-estimé la contribution positive à la psychologie qui venait de cette critique ? Et cela non pour l'appel moral qu'on peut retrouver dans l'article mais pour des raisons plus strictement épistémologiques. En effet, il me semble que Canguilhem a fourni les instruments pour une critique interne à la psychologie qui n'est pas obligée de se rapporter à une épistémologie normative externe (Guerra, 2001).

36 On peut comparer les différentes théories en remontant au projet qui les inspire. Qu'on prenne, par exemple, le projet de psychologie comme science naturelle et la psychologie comme science des réactions et du comportement. Tous deux lisent le comportement en termes de stimulus/réponses : mais alors que le premier s'intéresse à la connexion voire l'identité entre psychologie et physiologie, le deuxième ne se préoccupe que du contrôle du

comportement. Le conditionnement de Pavlov et le conditionnement de Skinner viennent de projets différents et vont dans des directions différentes.

37 Une retombée sur notre thème est la flagrante contradiction conceptuelle qu'on retrouve dans la psychothérapie dite cognitive-comportementaliste. Le couple cognitivisme et comportementalisme est antinomique. Si, d'un point de vue historique, le cognitivisme naît du comportementalisme, il en renverse pourtant le programme de recherche : l'esprit qui était interdit comme objet de recherche par le comportementalisme, devient l'objet spécifique de la nouvelle théorie. Comment, alors, accoupler deux théories qui appartiennent à deux projets différents et qui donnent du sujet deux représentations différentes – question que nous allons maintenant discuter ?

Des projets aux représentations du sujet

38 À partir des projets, il me semble utile et logique d'envisager un autre passage qui répond à la question suivante : quelles sont les représentations du sujet qui sortent des différents projets psychologiques ? quelle image du sujet est proposée par les différents projets ?

39 Tout d'abord, pourquoi cette question ? Parce que la technique de l'intervention (la place que l'intervenant suppose occuper, le matériel sur lequel il travaille, le sens et les objectifs des interventions etc.) se fonde précisément sur la représentation du sujet.

40 Je propose d'identifier trois représentations du sujet : passif, actif, autonome, qui émergent des théories psychologiques. Il faut préciser que la passivité, l'activité, l'autonomie n'ont rien à voir avec la perception que le sujet a de lui-même ou avec la description phénoménologique qu'un observateur peut donner de lui.

Le sujet passif

41 Les théories psychologiques stimulus-réponse (S-R) proposent très clairement un sujet qui est mis en activité par les stimulus. D'une manière rapide mais correcte, on peut dire que le sujet est *déterminé* que ce soit par l'environnement ou par son génome.

42 On peut mieux comprendre le sens de la passivité en considérant le conditionnement opérant de Skinner. Dans ce cas, il est prévu que le rat (ou toute espèce de sujet) soit « actif » ou plus précisément qu'il met en acte un comportement. Mais le comportement renforcé est choisi par l'expérimentateur qui sélectionne, parmi tous ceux qui sont exprimés, celui ou ceux qu'il a décidé de renforcer. Donc, le sujet est toujours passif.

43 Pourtant ce ne sont pas seulement les théories S-R qui donnent une représentation du sujet passif. Par exemple, dans la psychanalyse, l'hypothèse d'un sujet déterminé par la séduction, par la primauté de l'autre (Laplanche) est également la proposition d'un sujet passif. Représentation qui revient même quand on parle d'un sujet déterminé par l'inconscient comme si l'inconscient n'appartenait pas au sujet, à son histoire.

Le sujet actif

44 Dans les théories psychologiques il y a plusieurs représentations d'un sujet actif. Qu'on pense à la Théorie de la détection du signal qui introduit, dans la psychophysique, la décision du sujet – donc, son activité – dans la perception.

45 Mais, sans doute, on trouve la représentation la plus explicite du sujet actif dans les théories cognitivistes. L'activité ici a un triple sens : le sujet est pensé comme élaborateur d'information, le sujet se pose intentionnellement des objectifs (il ne répond plus aux stimulus) et il résout des problèmes pour les rejoindre.

Le sujet autonome

46 Le concept d'autonomie est un peu plus complexe et moins évident que ce qu'on peut penser. En effet, dans le milieu clinique, tout le monde peut partager l'hypothèse que le but d'une intervention est d'augmenter l'autonomie du sujet. Mais il faut aussi reconnaître que ce partage se fonde presque toujours sur une imprécision et que l'expression même « augmenter l'autonomie » est une expression contradictoire.

47 Qu'est-ce que l'autonomie ? Je trouve très utile et très éclairant le concept qui ressort de la biologie. Un premier principe qui caractérise l'autonomie est l'auto-organisation : dans des systèmes formés d'éléments en interaction, émergent des propriétés qui ne sont pas prévues à l'avance et des configurations globales qui ne sont pas prescrites de l'extérieur. La norme qui permet l'auto-organisation est évidemment une norme qui vient du système lui-même et non de l'extérieur [5][5] On retrouve ici le concept de normativité proposé depuis....

48 Il faut éviter deux dangereux fourvoiements. L'un est de penser l'autonomie comme autosuffisance, toute-puissance, maîtrise de soi, réalisation d'un projet sur soi. Le concept d'autonomie doit être toujours associé au concept de contrainte. Ce qui permet d'éviter une deuxième confusion : celle entre autonomie et indépendance. Tout objet biologique est toujours autonome et il est toujours soumis à une série plus ou moins grande de contraintes. Pour éviter cette confusion il suffit de penser le contraire d'« indépendance » qui est « dépendance » et le contraire d'« autonomie » qui est « hétéronomie » : à savoir norme dictée par l'extérieur. C'est évident que tout objet biologique est gouverné par sa propre norme et qu'il doit faire ses comptes avec les occasions offertes par le monde alentour. Cela explique aussi en quoi l'expression « augmenter l'autonomie » est contradictoire : on peut augmenter les occasions (qui ne sont ni des stimulus ni des informations) mais non l'autonomie qui est la condition même de la vie.

49 Ce concept d'autonomie (en tant que processus) n'est pas transposable tel quel dans le domaine psychologique. Plusieurs fois j'ai eu l'occasion de plaider en faveur de l'*identité de logique* entre les processus biologiques et psychologiques tout en gardant la différence des substrats : les composants psychologiques ne sont pas les composants biologiques mais la logique de l'autonomie est la même (Guerra, 1999, 2003).

50 Pour Piaget, le développement est un processus d'auto-organisation dont le centre est le sujet même. La construction des structures cognitives du sujet est un processus d'adaptation infini, un processus d'équilibre entre assimilation et accommodation qui construit corrélativement le monde. Le processus d'équilibre atteint des niveaux de plus en plus

complexes mais le développement maintient comme point de référence la cohérence interne du système.

51 Le sujet construit la réalité de soi et du monde attribuant du sens à ses propres expériences, à son histoire, à ses relations. Cette capacité (ou sa faillite) est le produit de l'articulation complexe de la psyché telle que Freud la présente. Le sens est le produit du travail des différentes instances psychiques, le produit de l'organisation psychique. Le rôle déterminant de l'inconscient ne peut ignorer la relation avec la conscience. Le sujet se construit dans le jeu imprévisible et non maîtrisable des composantes de l'appareil psychique. Cette complexité est bien éloignée de la monodimensionnalité de l'esprit conçu par le cognitivisme. Ce qui est en cause est la capacité du sujet non seulement de résoudre les problèmes de la manière la plus rationnelle possible mais de donner du sens, on peut dire : la capacité même de se poser des problèmes. Et cette capacité témoigne de l'autonomie du sujet.

52 Le point central de cette partition des représentations du sujet est le rapport à la norme. D'où vient la norme de vie (psychologique et biologique) qui régit le sujet ? La réponse à cette question permet de réduire les représentations, en définitive, à deux : le sujet est pensé en tant que hétéronome ou en tant qu'autonome.

Conclusions

53 Le concept de projet et les représentations du sujet sont proposés comme des catégories à même de donner lieu à une confrontation entre les différentes théories et pratiques.

54 Dans ce sens, le conflit, pour donner un exemple, ne se situe pas entre une pratique qui utilise les médicaments et une pratique centrée sur la parole. La question porte sur la manière d'utiliser les mots et les médicaments en fonction de la représentation que le technicien a du sujet : est-ce qu'il lui donne des stimulus/informations pour l'adresser de quelque part ou bien il va lui donner une occasion pour que le sujet puisse s'auto-organiser différemment ?

55 Encore deux exemples. La réhabilitation psychiatrique est une pratique qui concerne des patients affectés par des maladies mentales graves et invalidantes du point de vue de la vie personnelle et sociale. Un des buts – sinon le but principal – est de rendre les patients « autonomes [6][6] Une idée d'autonomie tout à fait différente de celle que je... ». Dans la pratique, il arrive souvent que les efforts (d'ailleurs méritoires) de rendre le sujet « autonome » se structurent comme un classique conditionnement à la Skinner, avec des renforcements positifs ou négatifs. Même sans aucune évaluation d'une pratique de ce type, on doit admettre que le sujet ne devient dans aucune mesure autonome puisqu'il répond et il s'ajuste aux choix du thérapeute : peut-être se retrouve-t-il un peu plus intégré dans le système social – du moins d'un point de vue comportemental – mais il est sûrement hétéronome.

56 On peut trouver un autre exemple dans la relation avec les neurosciences. Au-delà des images stéréotypées, il n'est pas difficile de s'apercevoir que le milieu neuroscientifique est très diversifié et traversé par des projets non moins nombreux que ceux qui traversent la psychologie. Si le projet le plus évident des neurosciences est de réduire les processus psychologiques aux processus physiologiques du SNC, on peut trouver pourtant des positions

– je pense notamment à Edeleman – explicitement constructivistes : le sujet, confronté à un monde sans étiquettes, construit son environnement sur la base de valeurs à lui (et à sa communauté). On peut se référer aussi à Kandel. Cet auteur s’il soutient d’une part que « tout ce qui naît dans le cerveau, des pensées les plus intimes jusqu’aux simples commandes motrices, constitue un processus biologique », d’autre part il nous démontre la plasticité du SNC en fonction de ses expériences de relations avec le monde. Or il est évident que les expériences d’un homme sont rarement faites de secousses électriques (le modèle expérimental de Kandel avec *Aplysia californica*) : les relations et leur qualité émotionnelle jouent un rôle crucial – ainsi que le même Kandel l’affirme – et donc, en définitive, même les mots. Pourtant, on ne peut pas prévoir quelle va être l’expérience significative ou quel mot aura une signification particulière pour le sujet à même d’en modifier l’architecture du SNC. Il me semble, alors, trouver ici une confirmation de l’hypothèse de l’autonomie du sujet.

57 On pourrait multiplier les exemples mais il peut être utile plutôt de terminer avec une autre question : peut-on confronter les pratiques sans les évaluer ? sans les juger ? sans prendre parti pour l’une ou pour l’autre ?

58 Il me semble que la question des représentations du sujet permet une confrontation moins axée sur le choix d’une théorie que sur la technique et sur la théorie de la technique. Discuter de théories risque de devenir, au bout d’un moment, inutilement idéologique. Par contre, poser au centre la question des représentations du sujet – et donc de la pratique de l’intervention – oblige à expliciter le sens du projet dont chacun s’inspire. Explicitation nécessaire pour tout opérateur de la santé mentale mais débat non réservé seulement aux clercs, ouvert aussi aux laïques et aux autres savoirs. La santé mentale n’est pas qu’un objet interne à la psychiatrie et à la psychologie clinique. Elle interpelle les sciences de la nature et de l’esprit et la société civile. La position du sujet constitue un thème inhérent à la technique mais, dans le même temps, un thème accessible à la confrontation publique. C’est bien là que la question technique coïncide avec la question éthique. Une éthique non normative externe mais une « éthique appliquée » qui s’interroge sur les conséquences de choix qui se veulent, en principe, scientifiques donc objectives et donc indiscutables.

Notes

- [1]

En fonction de ce qui a été dit, dans ce qui suit je passe d’une manière indifférenciée de la psychiatrie à la psychologie.

- [2]

On peut se référer, par exemple, à l’œuvre de Serban Ionescu, *Quatorze approches de la psychopathologie*, 1991.

- [3]

Peut-être suis-je moins intéressé à montrer certaines filiations de la psychologie des demandes philosophiques.

- **[4]**

Durant les années 1950, le cognitivisme n'était pas encore apparu ni son nom (qui date de la fin des années 1960) ni la puissance de ses recherches. Canguilhem s'occupe de certains aspects du cognitivisme dans un article daté de 1980 : « Le cerveau et la pensée » mais où il n'utilise pas le concept de projet.

- **[5]**

On retrouve ici le concept de *normativité* proposé depuis longtemps par G. Canguilhem.

- **[6]**

Un idée d'autonomie tout à fait différente de celle que je viens de proposer : c'est un « faux ami » que j'emploie pour montrer l'imprécision conceptuelle et la confusion.