

PARADIGMES, PROJETS, REPRESENTATIONS DU SUJET DANS LES PRATIQUES CLINIQUES

Giovanni Guerra

Dipartimento di Scienze Neurologiche e Psichiatriche

Università di Firenze

[*Publicato* Guerra G. (2008): Paradigmes, projets, représentations du sujet dans les pratiques cliniques, *Cliniques méditerranéennes*, 77, 63-76.]

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 été toujours 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.

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 les pratiques et les théories de référence les 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 l'influence de la sociologie, de l'anthropologie et, bien entendu, de la politique. Tous ces professionnels qu'est-ce qu'ils partagent ? en quoi se différencient-ils ?

Encore, les différents milieux et setting de travail : services hospitaliers, hôpitaux de jour, ambulatoires, communautés thérapeutiques ... donnent, à leur tour, un facteur supplémentaire de complication.

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

Par exemple, il est coutume de proposer une série d'oppositions : organique/psychique, objectivité/subjectivité, classification/relation, médicament/parole etc. Mais s'il est vari 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.

Dans ce que je vais proposer je ne ferais pas de distinctions de « nature » entre psychologie générale et clinique et psychopathologique. 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 -comme nous dirons - les projets qui donnent sens aux différentes orientations.

PSYCHIATRES ET PSYCHOLOGUES

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

Il est utile introduire un petit rappel historique sur la question de la prise en charge de la folie et de la santé mentale.

La psychiatrie doit son identité à son objet, à savoir la maladie mentale. Mais il est seulement plus ou moins à la moitié du XVII 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. Une conséquence est que la folie prend le statut de maladie. Une autre conséquence est que la psychiatrie commence à essayer de suivre le développement de la médecine, en fonction du fait qu'elle y appartienne. Il s'agit de deux conséquences reliées entre elles et qui donnent lieu à une série de difficultés qu'on va discuter plus de près.

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, à son tour, deux conséquences. La première est que chaque modification des catégories provoque une modification aussi dans la définition de la déviance et de la maladie mentale. N'est pas petite la liste des comportements autrefois marqués comme déviants ou dégénérés et donc objet de la psychiatrie et aujourd'hui socialement plus acceptés et sortis de la nosographie. La deuxième conséquence est que la psychiatrie a dû toujours 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. Dans le même sens, ses instruments d'intervention varient amplement, empruntés à différents domaines : de la pharmacothérapie à la thérapie, de la psychothérapie à la 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 de raisons économiques.

En tout état de cause, on ne peut pas identifier d'une manière simpliste la psychiatrie à un organicisme - 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.

L'apparition de la psychologie moderne a rendu le domaine plus riche et plus complexe. La psychologie a proposé des regards sur la maladie mentale nouveaux 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 à niveau des instruments de mesure. Inévitablement les psychiatres se sont emparés de ces nouveaux regards et de ces nouveaux instruments de intervention.

Mais, dans le même temps, le domaine est devenu aussi plus complexe. En effet, dire « psychologie moderne » n'est pas trop éclairante, non plus que parler de « psychiatrie » et on va discuter tout à l'heure 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.

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.

Je pense que pour aborder correctement la question il faut se déplacer de plan : 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 diagnostics 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 c'est claire que les psychologues, par exemple, souvent se placent dans un modèle de relation médical et les médecins aussi peuvent se placer dans un modèle psychologique.

Je m'explique en disant que, dans le *modèle médical*, l'usager peut ou moins avoir conscience d'un problème ; le titulariat du problème appartient au technicien dans le sens que 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 diagnostics et thérapeutiques, à savoir : les processus de connaissance (diagnostic) et de intervention (thérapie) n'impliquent aucunement la relation en tant que telle. Dans le *modèle psychologique*, il est prévue dans l'usager une certaine conscience d'un quelque problème – même si la conscience peut être confuse et l'attribution de la siège du problème peut être placée en dehors de soi ; la responsabilité de conduire sa vie reste toujours à l'usager ; la relation est le lieu de la connaissance et l'instrument de l'intervention : les manières de l'usager de se mettre en relation, de formuler une demande, de porter certains contenus, de avancer ses attentes etc. deviennent l'objet de la connaissance et de l'intervention. (Je laisse de côté ici le *modèle de l'hygiéniste*).

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 terroirs réservés si peut avoir un sens pour les ordres professionnels, ne peut pas tenir sur le plan de la confrontation des théories de la pratique et de la technique.

Tout ce qui a été dit jusqu'ici a multiplié peut-être les lignes de 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 faire ordre au de là du sens commun et des représentations sociales partagées. « L'opinion commune pense mal »- disait Bachelard ...

Comment, donc, faire ordre ? en utilisant quels critères ? Je propose un parcours en trois passages : des paradigmes aux projets à les représentations du sujet. ¹.

PARADIGMES

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.

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 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 cette encadrement semble apporter.

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 une certaine périodisation : *l'aliénation mentale* constitue le paradigme dominant de la fin du Siècle des lumières jusqu'au milieu du XIX siècle quand prend place le paradigme des *maladies mentales* ; c'est à partir du premier quart du XX siècle qui devient dominant le paradigme des *grandes structures psychopathologiques*.

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

Je n'insiste pas encore sur ce remarquable texte. Il suffit, je crois, cette brève indication 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.

¹En fonction de ce qui a été dit, dans ce qui suit je passe d'une manière indifférenciée de la psychiatrie à la psychologie.

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 à 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 – qui d'ailleurs est tout à fait légitime et certainement déterminant. Je veux rester sur un plan plus strictement épistémologique pour ajouter une autre question.

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 au 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.

Or, si on 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 saurait à même de donner cohérence et unité au domaine de maladie mentale.

Le résurgence imprévisible de « paradigmes » déjà parus et 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

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 »,.

Quand la méthode a pris la place de l'objet pour conférer l'unité à une science, il est apparu - 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).

Dans le domaine que nous intéresse ici, les débats infinis et même passionnants sur la nosographie visent à fixer l'objet de la clinique (psychiatrique et psychologique)². Mais pourquoi est-il si difficile de fixer cet objet ? qu'est-ce que sépare ou oppose une classification à une autre ?

Par exemple, les classification 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.

L'utilité du concept de projet peut être éclairée d'avantage en reprenant l'analyse de la psychologie de Canguilhem. L'Auteur définit trois grands projets :

- I) la psychologie comme science naturelle,
- II) la psychologie comme science de la subjectivité (articulée en physique du sens externe, science du sens interne et science du sens intime)
- III) la psychologie comme science des réactions et du comportement.

Un exemple peut éclairer le sens du projet en rapport au 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 que entre Galien, Pavlov, Kandel il n'y a rien en commun si non le sens du projet à savoir la possibilité de reconduire les processus psychologiques aux processus physiologiques. Il n'y a rien en commun entre le système nerveux des trois Auteurs et pourtant on peut voir très bien

² On peu se référer, par exemple, à l'œuvre de Serban Ionescu « Quatorze approches de la Psychopathologie » (1991).

que le sens du projet se maintient identique à l'intérieur des formes qui sont entre elles incommensurables.

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

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 de « améliorer » la partition proposée par Canguilhem. Tout en restant fidèle -je crois- à la leçon de Canguilhem³, elle me permet de insérer le cognitivisme⁴ 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 EPISTEMOLOGIQUE

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 on a 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 à se rapporter à une épistémologie normative externe (Guerra, 2001).

On peut comparer les différentes théories en remontant au projet que les inspire. Qu'on prend, par exemple, le projet de psychologie comme science naturelle et la psychologie comme science des réactions et du comportement. Tous les deux lisent le comportement en termes de stimulus/réponses : mais alors que le premier est intéressé à la connexion voire l'identité entre psychologie et physiologie, le deuxième n'est intéressé qu'au contrôle du comportement. Le conditionnement de Pavlov et le conditionnement de Skinner viennent de projets différents et vont dans directions différentes.

Une retombée sur notre thème est la flagrante contradiction conceptuelle qu'on retrouve dans une de plus répandue psychothérapie: 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, coupler deux théories qui appartiennent à deux projets différents et qui donnent du sujet deux représentations différentes – question qu'on va maintenant discuter?

DES PROJETS AUX REPRESENTATIONS DU SUJET

A partir des projets, il me semble utile et logique 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 ?

³ Peut-être je suis moins intéressé à montrer certaines filiations de la psychologie des demandes philosophiques.

⁴ A la moitié des années cinquante, le cognitivisme n'était pas encore apparu ni avec ce nom (qui date de la fin des années soixante) ni avec la puissance des recherches qui étaient alors presque au début. Canguilhem s'occupe de certains aspects du cognitivisme dans un article daté 1980 : « Le cerveau et la pensée » mais, dans cette occasion, il n'utilise pas le concept de projet.

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.

Je propose de 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 soi même ou avec la description phénoménologique que un observateur peut donner de lui.

Le sujet passif

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.

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 tout 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.

Pourtant 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 le 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

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.

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

Le sujet autonome

Le concept d'autonomie est un peu plus complexe et moins évident de 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 de 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.

Qu'est-ce que l'autonomie ? Je trouve très utile et très clarifiant le concept qui ressort de la biologie. Un premier principe qui caractérise l'autonomie est l'autorganisation: 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'autorganisation est évidemment une norme qui vient du système lui même et non de l'extérieur⁵.

Il faut éviter deux dangereuses fourvoiements. L'un est de penser l'autonomie comme autosuffisance, toute-puissance, maîtrise de soi, réalisation d'un projet sur soi. Le concept de autonomie doit être toujours associé avec le 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 au contraire de « indépendance » qui est « dépendance » et au contraire

⁵ On retrouve ici le concept de *normativité* proposé depuis longtemps par G. Canguilhem.

de « 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 parce que je disais que 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.

Ce concept d'autonomie (en tant que processus) est importable tel quel dans le domaine psychologique. Plusieurs fois j'ai eu l'occasion pour 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).

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'équilibration entre assimilation et accommodation qui construit corrélativement le monde. Le processus d'équilibration atteint des niveaux de plus en plus complexes mais le développement maintient comme point de référence la cohérence interne du système.

Le sujet construit la réalité de soi et du monde attribuant sens à ses propres expériences, à son histoire, à ses relations. Cette capacité (ou sa faillite) est le produit de la complexe articulation de la psyché comme est présentée par Freud. Le sens est le produit du travail des différentes instances psychiques, est 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 des problèmes dans la manière la plus rationnelle possible mais de donner sens, on peut dire : la capacité même de se poser des problèmes. Et cette capacité témoigne de l'autonomie du sujet.

Le point central de cette partition des représentations du sujet est le rapport à la norme. D'où vient-elle 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 que autonome.

CONCLUSIONS

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.

Dans ce sens, le conflit, pour donner un exemple, n'est pas entre une pratique qui utilise les médicaments et une pratique centrée sur la parole. La question porte sur la manière de 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'autorganiser différemment ?

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 –si non le but principale- est de rendre les patients « autonomes »⁶. Dans la pratique 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 il devient un peu plus intégré dans le système social -du moins d'un point de vue comportementale- mais il est sûrement hétéronome.

⁶ Une idée de autonomie tout à fait différente de celle que je viens de proposer : c'est un « faux ami » que j'emploie pour remarquer l'imprécision conceptuelle et la confusion .

On peut trouver un autre exemple dans la relation avec les neurosciences. Au de là 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 plus évident des neurosciences est de réduire les processus psychologiques au processus physiologiques du SNC, on peut trouver pourtant des positions –je pense notamment à Edelman- explicitement constructivistes : le sujet, confronté avec 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 si d'une part, soutient que « tout ce qui naît dans le cerveau, des pensées les plus intimes jusqu'aux les simplex commandes motrices, constitue un processus biologique », d'autre part nous démontre la plasticité du SNC en fonction de ses expériences de relations avec le monde. Or il est bien évident que les expériences d'un homme sont rarement faites de secousses électriques (le modèle expérimentale de Kandel avec l'*Aplysia californica*) : les relations et leur qualité émotionnelle jouent le rôle cruciale – 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 de en modifier l'architecture du SNC. Il me semble, alors, de trouver ici une confirmation de l'hypothèse de l'autonomie du sujet.

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 partie pour l'une ou pour l'autre ?

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 auquel 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 inhérente 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.

BIBLIOGRAPHIE

- BORGNA E. (2001) : « Dalla mitografia cerebrale di K. Kleist alla sua trascrizione sintomatologica in K. Leonhard. Una storia di paradigmi in evoluzione ». *Quaderni italiani di Psichiatria*, XX, 4, 163-169.
- BRAUNSTEIN J.-F. (1999): « La critique canguilhemienne de la psychologie », *Bulletin de psychologie*, 52 (2), 440, 181-190.
- CANGUILHEM G. (1956): « Qu'est-ce que la psychologie ». Dans : *Etudes d'histoire et de philosophie des sciences*. Paris, Vrin, 1983.
- GUERRA G. (1997) : *Mente e scienze della vita*. Roma, Carocci.
- GUERRA G. (1999) : « Sujet et système social: autonomie et construction ». *Transhumances I*, Presses universitaires de Namur.
- GUERRA G. (2001): « 'Che cos'è la psicologia?' Commento a un saggio di Georges Canguilhem ». *Teorie & Modelli*, VI, 3, 5- 25.
- GUERRA G. (2003): « Autonomy and Constructivism ». *European Journal of School Psychology*, 1, 1, 97-118.
- Guerra G. (2004): « Qu'est-ce qu'est un fait clinique? ». *Psychologie clinique*, Nouvelle série n.

17, 29-44.

SERBAN I. (1991) : *Quatorze approches de la Psychopathologie*. Editions Nathan.

ROUDINESCO E. (1993): « Situation d'un texte: Qu'est-ce que la psychologie? ». Dans : *Georges Canguilhem, philosophe, historien des sciences*. Paris, Albin Michel.

PARADIGMES, PROJETS, REPRESENTATIONS DU SUJET DANS LES PRATIQUES CLINIQUES

Résumé

On propose une partition des disciplines qui s'occupent de la souffrance mentale (psychiatrie et psychologie) utilisant le concept de « projet » proposé par G. Canguilhem. L'organisation des sciences psychiatriques et psychologiques qui en dérive permet non seulement une confrontation entre les théories mais la mise au point des relatives représentations du sujet (passif, actif, autonome). Question qui présente un intérêt spécifique puisque c'est sur ces représentations que repose la technique de l'intervention. Théorie de la technique et éthique, sur ce point, ne sont pas dissociables.

Mots clés

Autonomie – Canguilhem – paradigme – projet

PARADIGMS, PROJECTS, REPRESENTATIONS OF THE SUBJECT IN CLINICAL PRACTICE

Summary

The paper suggests an organization of the sciences that care about mental suffering (psychiatry and clinical psychology) using the G. Canguilhem's concept of "project".

This concept allows not only to compare theories, but also to describe in detail the representations of the subject (passive, active, autonomous) that merge from the various projects.

In fact, it is on the ground of this representations that implicit and explicit techniques of intervention grow. From this point of view, technique theory and ethic choice are inseparable.

Key words

Autonomy - Canguilhem - paradigm – project