

Comment se faire sujet ? Philosopher à partir des « Cliniques de Concertation »

lettre concertative n°1



Patrice Maniglier, Paris, 2006

Collectif de recherche de la « Clinique de Concertation »


I.L.T.F.
Institut liégeois de thérapie
familiale


ÉCOLE ET FAMILLE
Réseaux Ecole – Famille


Concertation
Concertazione


I.F.T.C.
Institut de Formation à
la Thérapie contextuelle

Plumes et porte-plume

Ce texte est extrait de l'intervention de Patrice Maniglier au 3^{ème} congrès International de la « Clinique de Concertation de Paris en 2006

Patrice Maniglier, docteur et agrégé de philosophie, est spécialiste du structuralisme français et des enjeux philosophiques des sciences humaines

Les notes et lettres concertatives témoignent du travail mené par le Collectif de recherche de la « Clinique de Concertation ». Ils ne visent pas à une forme aboutie, mais à être remis sur le métier, modifiés et enrichis au fur et à mesure de leur diffusion à travers les différents groupes et territoires du collectif.

Comment se faire sujet ?

Philosopher à partir des « Cliniques de Concertation »

1. M'introduire dans votre histoire.

On invite bien souvent le philosophe pour qu'il s'engage dans qu'on peut appeler une entreprise de fondation, c'est-à-dire pour qu'il apporte les justifications ultimes et les plus profondes à une réalité ou à une décision déjà donnée, qu'il assoie bien solidement cette chose ou cette action sur un socle indubitable auquel nul conscience humaine ne pourrait refuser son accord, une « vérité première » comme l'est, dit-on, le fameux « Je pense donc je suis » de Descartes. On lui demande donc de nous dire de quelles vérités philosophiques éternelles et universelles une pratique peut se recommander pour défendre son existence devant le jugement des hommes et – qui sait ? – de Dieu. Or, comme le dit excellemment Madame Despret dans le petit texte qu'avec Géraldine Brausch elle a eu la gentillesse de préparer pour introduire ce drôle d'élément surnuméraire que je suis, ce n'est pas ainsi que je conçois la philosophie : je la conçois, dans l'esprit de Michel Foucault d'ailleurs, non pas comme une tentative pour mesurer les pratiques humaines à une vérité ou à une norme qui serait celle de la raison universelle, de ce qu'en tous temps et en tous lieux, les hommes auraient dû penser, mais plutôt comme un exercice de diagnostic c'est-à-dire de repérage d'un *événement* en train d'arriver, et d'un événement qui affecte les catégories philosophiques et force ainsi, *me* force du moins, à penser autrement. Etre ainsi forcé, c'est, je crois, le plaisir propre du philosophe.

Aussi ne viens-je pas ici vous apporter quelque vérité philosophique dont je me serais rendu détenteur par l'assiduité de mon travail d'érudition et l'intensité de mes efforts de méditation. Je ne souhaite pas comparer les pratiques dans lesquelles vous êtes engagés à quelque sagesse philosophique ou théorique dont j'aurais le secret. Je souhaite surtout tenter devant vous un exercice, un simple exercice. On a trop souvent tendance à voir dans la philosophie un ensemble de thèses à défendre, d'affirmations à formuler, de vérités à établir, de messages à transmettre, de significations à communiquer, sur un mode quelque peu édificateur. Or je crois que la philosophie est avant tout un métier, une certaine manière de faire, et qu'il faut la définir par ses opérations plutôt que par ses contenus, par ses gestes plutôt que par ses objets.

Je vais donc me livrer à un exercice philosophique : ayant été invité, c'est-à-dire sollicité du dehors, par le docteur Lemaire, à intervenir dans ce colloque à propos des Cliniques de Concertation, et n'ayant pas eu pour ma part l'occasion de rencontrer cette démarche psychothérapeutique dans mes recherches passées, ne travaillant pas par ailleurs sur – disons – l'épistémologie de la clinique, la philosophie de la

médecine, l'histoire des psychothérapies, ou je ne sais quel domaine de compétence qui justifierait ma présence ici, j'ai été surpris, mais touché aussi, bien sûr, et intéressé, que le docteur Lemaire et ceux avec qui il a préparé cette rencontre, aient pu être curieux de mon discours, comme si j'avais quelque chose d'utile à vous apporter. J'aurais pu être tenté de me dérober à une sollicitation qui me poussait à m'occuper de ce qui, comme on dit, n'est pas mon problème, mais j'ai choisi de faire confiance à leur jugement : j'ai imaginé qu'ils devaient savoir, eux, pourquoi ils m'avaient invité, et qu'il y avait donc sans doute des raisons tout fait à fait objectives de penser que je pouvais me sentir concerné. En d'autres termes, qu'ils me connaissaient mieux que je ne me connaissais. Profitant donc de leur étrange initiative, je me suis dit que j'allais non pas vous apporter quelque savoir, mais au contraire faire l'effort de m'approprier un savoir sur moi-même dont j'étais jusqu'à présent séparé.

Voici ce que je voudrais faire. Je souhaite prendre cette pratique, m'interroger sur les raisons concrètes qui ont conduit aux « cliniques de concertation », pour évaluer les problèmes philosophiques que ce geste libère, involontairement peut-être, en tout cas sans avoir l'intention exclusive de faire de la philosophie. Comprenez-moi bien : vous aurez peut-être l'impression que je tente, dans les réflexions qui suivent, de dire à ceux qui pratiquent ces cliniques de concertation quelle est la vérité de ce qu'ils font, adoptant ainsi une posture philosophique en quelque sorte de surplomb dans laquelle le philosophe serait le détenteur éclairé d'un savoir exclusif sur ce que les gens font sans le savoir. Ce n'est pas du tout mon intention. Non pas parce que je la trouve trop arrogante – je n'ai rien contre l'arrogance – mais uniquement parce que je ne la considère pas assez efficace pour la philosophie elle-même. Car ce qui m'intéresse c'est d'essayer de dégager les effets philosophiques d'une pratique qui est d'autant plus intéressante pour la philosophie qu'elle la rencontre sans nécessairement l'avoir cherchée, mieux : qui se passe parfaitement de la philosophie. Je ne cherche donc pas à dire la vérité sur ce que sont ces pratiques ; je ne prétends rien leur apporter de positif ; je prétends au contraire diagnostiquer pour ainsi dire, cartographier les effets de déplacements sur mes propres problèmes philosophiques que peut avoir cette *invention* – car c'en est une – d'une démarche psychothérapeutique.

Je dois dire qu'à peine ai-je commencé à m'informer avec plus d'intensité de la nature exact du travail que font les cliniques de concertation, que je me suis senti récompensé de mes efforts et confirmé dans le bien-fondé de ma résolution. D'abord parce que ce n'est précisément pas en vue de défendre une thèse philosophique que se sont mises en place ces pratiques « thérapeutiques » ou « sociales » – leur statut même est ambigu, c'est un des points fondamentaux de leur intérêt – que sont les pratiques cliniques de concertation. C'est même – si j'en crois un texte qui semble être un petit manifeste écrit par Jean-Marie Lemaire et Laurent Halleux – à partir d'un souci particulièrement pragmatique : celui d'une meilleure concertation entre

les différents intervenants dans la prise en charge de famille en difficultés et d'une meilleure exploitation du potentiel thérapeutique *interne* à une situation. On part en effet du constat qu'un grand nombre de situations connues et, en principe, traitées par les institutions chargées de la « souffrance » sociale, aboutissent à une impasse, alors qu'une mise en relation de plusieurs éléments de cette situation qui sont traités séparément aurait permis un déblocage de cette situation. Je me permets de répéter l'exemple donné par Messieurs Lemaire et Halleux dans leur texte, sur lequel je reviendrais par ailleurs, parce que je le trouve particulièrement canonique, on dirait presque une parabole au sens évangélique¹. Frank, jeune homme « à problèmes », qui refuse de se faire aider, accepte en revanche d'entrer dans un espace de soin non pas pour lui-même (« pour moi, c'est foutu » dit-il), mais pour sa petite nièce de 4 ans qui se trouve elle-même en difficulté, mais qui reste inaccessible aux services sociaux parce que la grand-mère, qui s'en occupe (la mère est morte et le père est introuvable), refuse l'offre de service que les institutions lui font. Frank contribue dès lors à une dynamique de transformation de la situation. Ainsi à un problème admirablement terre à terre, les cliniques de concertation apportent elles-mêmes une réponse admirablement pragmatique : créer des espaces relativement neutres permettant aux différents individus engagés à un titre ou à un autre – voire sans titre, simplement parce qu'ils se sentent concernés –, de se retrouver de sorte à potentialiser ainsi les dynamiques positives qui tiennent à ce que les uns sont prêts à faire pour les autres, mais non pour soi. Bref, mettez les problèmes *ensemble* et vous trouverez une solution. C'est en additionnant les problèmes qu'on les résout ! Merveilleuse arithmétique de cette clinique. C'est donc un problème d'ingénierie du travail social, de tuyauterie des institutions de prise en charge : le clinicien de concertation est une sorte de plombier un peu bizarre qui vient raccorder des canalisations orphelines et réagencer un réseau qui ne conduit pas ses flux là où ils pourraient circuler... Il s'agit même d'un problème presque d'économie de l'Etat social, qui concerne l'efficacité des dispositifs de prise en charge, et c'est d'ailleurs de ce point de vue économique de le docteur Lemaire demande qu'on évalue ces dispositifs.

Ces pratiques n'ont donc pas d'*intention* philosophique. Elles ne cherchent pas, et c'est heureux, à *illustrer* une *thèse* philosophique, pas même la thèse selon laquelle les pratiques thérapeutiques sont trop normalisatrices et doivent être recentrées autour du sujet lui-même... Mais elles n'en ont pas moins des *enjeux* philosophiques, enjeux dont Jean-Marie Lemaire et Laurent Halleux sont bien sûr parfaitement conscients, dans leur texte ; elles ont aussi – et c'est sans doute le plus important – des *effets* philosophiques : ce sont ceux qui nous intéressent. Ces effets sont nombreux et peuvent être pris par divers bords, je me concentrerai sur une ligne qui me semble cohérente. Elle va d'une définition de ce qu'est une psychothérapie, à la

¹ *L'inventivité démocratique aujourd'hui, Le politique à l'épreuve des pratiques*, dir. Géraldine Brausch et Edouard Delruelle, Editions du cerisier, 2005.

défense d'une démarche fondée sur le fait que les gens s'instituent *sujets* de leur propre problèmes, pour finir par réfléchir ce que la clinique de concertation, à partir des innovations techniques qui sont les siennes, et qui tiennent à son travail sur la notion de *système*, nous apprend sur ce mouvement si étrange et si fondamental qu'est le mouvement de subjectivation. A travers ce parcours, je cherche à saisir au plus près la *différence* que fait la clinique de concertation par rapport à d'autres approches, et les effets de *déplacement* que cette différence impose à cette question philosophique aussi simple que majeure : comment se fait-on sujet de sa propre histoire ?

2. Mais que fait mon psychothérapeute ?

Pour bien prendre la mesure des effets philosophiques que produisent les cliniques de concertation, consciemment sans doute quoique non volontairement, il faut rester au plus près de l'invention pratique qu'elles constituent. Que veulent donc *faire* les cliniques de concertation ? Elles s'inscrivent dans des pratiques qui sont des pratiques d'aide ou de soin – de manière tout à fait remarquable, les cliniques de concertation ne proposent pas de trancher entre ces deux termes – qu'on va appeler « psychothérapie » bien que le terme soit trop précis, et que les cliniques de concertation, me semble-t-il, mettent précisément en question les deux racines dont il est composé : à savoir que les problèmes auquel on cherche une solution sont de nature « psychologique » (et non pas « sociale », par exemple, ou « métaphysique » aussi bien, « existentielle », etc.), et aussi que la solution est de nature « thérapeutique » (et non pas « éthique », ou « politique », ou « érotique » ou « touristique » ou « artistique »), autrement dit que ces problèmes relèvent du paradigme de la maladie et les solutions de celui de la cure. Les cliniques de concertation, certes, mettent en question ces présupposés, mais elles le font de l'intérieur de ces pratiques dites psychothérapeutiques.

Il est bien difficile en vérité de définir la notion de psychothérapie. Par exemple, on ne peut pas dire que ce soit l'absence du corps qui définisse une psychothérapie, puisqu'il y a plein de manières de mettre le corps en jeu dans des psychothérapies, qui vont du psychodrame à l'imposition des mains en passant simplement par l'utilisation de la voix... D'une manière générale, si on voulait se passer tout à fait du corps pour intervenir sur autrui, on se trouverait tout de même bien désemparé... Mais je ne vais pas ici faire la liste des tentatives avortées pour définir cette notion, et j'irai droit à une sorte de postulat.

Nous conviendrons d'appeler psychothérapie au sens large toute démarche qui se propose d'identifier des problèmes et de trouver des solutions qui n'existent et n'ont d'efficacité qu'à la condition que celui à qui elles sont destinées les appréhende,

même sans les comprendre, s'en fasse le destinataire, conscient et inconscient². Autrement dit, alors qu'un médicament agira normalement que le patient sache ou non qu'on le lui a administré, une psychothérapie n'aura d'efficacité que par la médiation de ce savoir. Maintenant, les psychothérapies différeront bien sûr dans leur manière de concevoir ce savoir : on peut admettre ou ne pas admettre qu'il existe un savoir inconscient, c'est-à-dire que quelqu'un puisse se faire le destinataire d'un geste sans se le représenter consciemment ; on peut penser que ce savoir même inconscient a la forme d'une représentation, ou bien que la notion de représentation est trop lié au savoir conscient ; on peut estimer que la thérapie doit passer par la verbalisation de ce savoir ou autour de ce savoir – ou au contraire qu'on peut rester dans le silence, le geste, le sentiment, comme le recommandent les techniques d'hypnose ; et bien d'autres alternatives encore. Mais, quelles que soient leurs immenses différences, toutes ces démarches ont en commun de faire reposer leur efficacité non pas sur des processus causaux aveugles et indifférents à l'existence de toute pensée, mais au contraire en tenant compte du fait que l'être humain est – pour son bonheur et son malheur indissolublement, et sans qu'on comprenne trop bien ce que cela veut dire – un *être pensant*, et qu'il y a beaucoup de choses qui se produisent du seul fait que nous pensons ce qui nous arrive. Ce qui arrive n'est pas seulement un événement opaque et brut enfoncé dans le silence des choses, mais aussi quelque chose à quoi nous donnons un *sens*, et les effets que ça a sur la réalité dépendent largement du sens que nous lui donnons. Appelons cet effet qui dépend du *sens* des choses et non pas de leur « vraie nature », l'efficacité *symbolique*, en reprenant ici le titre d'un célèbre article de Claude Lévi-Strauss³. Et disons donc que les psychothérapies sont autant de techniques permettant de produire une efficacité symbolique.

Une fois ce premier partage effectué, un second s'impose. Car, au sein des psychothérapies, les cliniques de concertation se rangent du côté de tout un ensemble de pratiques qui reposent sur l'idée que *les « solutions » des problèmes que confesse un sujet ou qu'on lui attribue ne sont pas à chercher ailleurs que dans le sujet lui-même*. Autrement dit, elles font partie de ces techniques qui pensent qu'aider un sujet, c'est l'aider à s'aider lui-même, et que nul ne peut rien faire pour nous sinon nous-mêmes. D'où, d'ailleurs, le caractère limite de ces démarches par rapport au modèle médical, dont on voit bien, jusque dans les débats politiques qui aujourd'hui concernent l'encadrement institutionnel des psychothérapies en France, qu'elles

² J'essaie ici de trouver des termes à la fois non techniques afin d'être compris de tous, mais aussi suffisamment souples pour ne pas être piégés dans les termes d'une certaine conception philosophique. En philosophie, on appellera classiquement cet élément l'*intentionnalité*, le fait que ce qui est est reçu comme objet de « visée », qu'il est l'objet d'une intention non pas au sens d'un but, mais au sens d'un objet de conscience, d'un contenu de conscience. Mais ce terme contient trop de présupposés philosophiques pour se tenir au niveau de généralité souhaitable.

³ Claude Lévi-Strauss, *Anthropologie structurale*, Plon, 1955.

résistent à l'idée qu'un médecin, c'est quelqu'un qui est capable de diagnostiquer un écart objectivable à une norme et qui sait puiser dans un panel de solutions disponibles pour combler cet écart grâce à une série d'opérations bien définies. Ici, précisément, on refuse de dire au patient « ce qu'il a », on refuse même de supposer qu'il a quelque chose ; encore moins pense-t-on disposer d'une petite boîte composée de petites procédures toute faites qui, appliquées sur la personne, résoudraient ses problèmes mécaniquement ; tout au plus essaye-t-on de se débrouiller pour lui donner la force de défaire lui-même les nœuds qu'il rencontre. C'est sans doute là un point de clivage avec, par exemple, certaines thérapies cognitives ou comportementales qui veulent rapprocher le modèle de l'efficacité symbolique d'un processus mécanique, dans lequel le médecin dispose en somme de *trucs* efficaces pour transformer un individu, sans que *lui-même* en quelque sorte ait à réaliser l'opération, puisque c'est l'efficacité du conditionnement qui s'en charge. Il me semble que les cliniques de concertation, sans rien exclure des autres démarches, s'inscrivent, pour ce qui les concerne, dans des pratiques qui font reposer l'efficacité sur l'*engagement* des sujets, et maintiennent contre vents et marées qu'on ne peut éliminer tout à fait d'une entreprise psychothérapeutique le problème de la « bonne » ou « mauvaise » volonté des sujets.

Il faut être attentif à ne pas diminuer ce que peuvent avoir de *scandaleux*, par là même, de telles professions. Car, finalement, que nous disent-elles : que ce n'est pas le psychothérapeute qui nous soigne ; c'est nous-mêmes qui nous soignons. Mais alors pourquoi payer le psychothérapeute ? Et puis quelle est sa compétence ? Qu'est-ce qu'il sait faire, si finalement il refuse d'admettre qu'il y a des écarts à la norme et des procédés eux-mêmes normaux pour reconduire à la norme au sens médical du terme ? Qu'est-ce qu'il *fait* s'il se contente de faire faire, voire de se laisser faire faire ? Pourquoi revendique-t-il le titre de « médecin » ? N'est-il pas intrinsèquement dans la position de l'imposteur ?

Quelles que soient les profondes divergences qui peuvent opposer les cliniques de concertation, comme toutes les formes d'analyses systémiques, avec la psychanalyse, je crois qu'elles partagent avec elle ces problèmes et doivent affronter finalement les mêmes soupçons, tout comme d'autres d'ailleurs, comme l'hypnose ericksonnienne par exemple. C'est que toutes ont en commun cette conviction thérapeutique très forte, à savoir que *c'est le sujet qui est à lui-même sa propre ressource* « médicale », conviction qui est aussi, on le voit bien, une posture politique et même éthique, puisqu'elle concerne le rapport à la norme. Elle conduit à refuser de supposer qu'il existe des normes « psychologiques » de même qu'il y a des normes organiques ; elle oblige à une profonde remise en question de la notion même de « santé » mentale, etc., tous problèmes qu'on trouve particulièrement thématiques chez Freud et peut-

être encore plus chez Lacan⁴. Il ne s'agit donc pas tant de permettre à un individu ou à un groupe de rentrer dans la norme, que de permettre à un sujet (individuel ou collectif) d'apparaître, de se construire, au risque de le voir contribuer à la délimitation des normes et donc à leur critique. Toute la vertu thérapeutique tient précisément à ce qu'on peut appeler cet effet de subjectivation, ce devenir-sujet, c'est-à-dire cette manière de devenir un agent de transformation de la situation dans laquelle on est pris soi-même. On n'a pas un modèle de vie à apporter aux gens, disent ces psychothérapeutes : nous ne sommes pas des prophètes. Nous voulons seulement que ces gens ne subissent pas simplement ce qui se présente comme des défauts par rapport aux modèles dominants, mais soient capables de définir eux-mêmes leurs propres modèles...

3. L'excès subjectif.

Mais sans doute n'est-il pas nécessaire d'insister trop longtemps sur ces questions de rapport à la norme, car elles sont finalement bien connues : elles ont animées, il y a plusieurs décennies, de longs débats, historiques et hystériques, autour de la psychiatrie et des psychothérapies en général, et elles sont restées souvent, hélas ! sans issue. Il serait peut-être plus intéressant pour nous aujourd'hui, de remarquer ce que cette sorte d'axiome thérapeutique a d'extrêmement intrigant philosophiquement. Car qu'est-ce que ça dit, finalement, qu'il faille renvoyer le sujet à lui-même pour trouver la solution de ses propres problèmes ? Ca dit que *le sujet peut plus sur lui-même que ce qu'il n'est capable de se représenter*. C'est dans le fond toute la problématique de l'inconscient... Que suggère la thèse de l'inconscient sinon que, d'une part, on en *sait* beaucoup plus que ce qu'on ne croit (et que ce qu'on ne voudrait en savoir), et, d'autre part, que pour cette raison même on peut sur soi beaucoup plus que ce que notre maîtrise sur nous-mêmes ne nous laisse espérer. Or je crois justement qu'on pourrait – et même qu'on devrait – définir le sujet par ce *plus* de pouvoir sur soi, ce pouvoir sur soi en excès sur le « moi ». Il n'y a peut-être pas de meilleure définition du « je » que de dire : « je » est celui qui peut plus que ce que « moi » se représente... « Pour moi, c'est foutu », disait Frank dans l'histoire rapportée par J.-M. Lemaire et L. Halleux et que j'ai déjà rappelée. Mais le « moi » est *essentiellement* « foutu », il est de l'essence du moi d'être passé et « dépassé » ; c'est précisément lorsqu'il y a dépassement du moi qu'il y a apparition d'un sujet, en excès sur ce moi qui n'est qu'une fonction de représentation, donc une fonction sociale, forcément aliénée par ses tâches de représentation.

⁴ Freud par exemple dans « analyse terminée analyse interminable », quand il conduit la psychanalyse le plus près de la notion d'*éthique*, ou aussi dans *Malaise dans la culture*, et Lacan par exemple dans le séminaire sur l'*Éthique de la psychanalyse*.

L'intérêt de définir le sujet par cet excès de pouvoir, c'est qu'il permet de montrer que le sujet n'est pas forcément individuel. On a trop souvent tendance à imaginer que le sujet se confond avec l'individu. C'est précisément parce qu'on le confond avec la conscience, avec quelque chose d'existant et de réel. Mais le sujet, ça n'existe pas : ça n'est qu'un pur excès. Et on peut très bien dire d'un collectif qu'il devient sujet dès lors qu'il se met à pouvoir beaucoup plus qu'on ne le croyait – et qu'il ne se croyait – capable, voire qu'il n'était objectivement capable s'il se pliait aux pesanteurs sociales et culturelles qui s'exercent sur lui. On peut donc donner une définition plus générale de cet excès subjectif, qui inclurait des collectifs. On dirait : il y a sujet parce qu'un *système* peut toujours plus que ce qui est représentable à l'intérieur de lui-même, ou encore parce qu'il y a toujours *plus* dans un *ensemble* que ce que cet ensemble *comprend*, dans les deux sens terme, à la fois détient à l'intérieur de lui-même et trouve intelligible. Et nous dirons qu'il y a constitution d'un *sujet* – ce qu'on peut appeler *subjectivation* – au moment où cet excès est actualisé ; dès lors le système devient « subjectif » ou il y a du subjectif dans le système, en ce sens qu'il n'est plus seulement une chose, mais qu'il se transforme de lui-même. Le sujet, c'est donc cet élément surnuméraire qui n'était pas compris dans l'ensemble de départ⁵.

Ainsi, on voit bien qu'un sujet n'est pas une chose réelle, déjà existante, que nous serions tous déjà naturellement rien que parce que nous sommes des êtres pensants et que, comme Descartes nous l'a dit, un être pensant c'est un *ego* qui *cogito* plus ou moins fort. On ne naît pas sujet, on le devient. C'est même pire : car on ne le devient qu'à condition de se confondre avec son propre devenir. Le sujet n'est qu'un devenir. Et s'il est bien, comme on l'a beaucoup dit des années cinquante à soixante-dix, aux grandes heures du structuralisme, une *fonction*, cette fonction ne sert pas seulement à faire marcher un système, à le faire tourner pour produire ses petits effets, comme un cochon d'Inde sur sa roue, mais c'est aussi une fonction qui tient à ce que, pour une raison que nous ne comprenons pas encore, les systèmes *que nous sommes*, sont capables de plus que ce qu'ils ne peuvent se représenter.

Avant, précisément, de se pencher sur la raison de cet excès, résumons ce que nous avons acquis et tirons-en toutes les conséquences philosophiques. Nous disons que certains effets thérapeutiques reposent sur le fait qu'il y a un excès de pouvoir sur soi au sein de la situation, qu'il revient au thérapeute de libérer. On peut plus que ce qu'on se représente pouvoir : il y a un écart entre les virtualités subjectives d'une situation – on appelle sujet cette capacité de transformation de soi par soi – et ce que cette situation peut se représenter comme instance capable de se donner à elle-même ses propres buts. Etre séparé de sa propre puissance, telle est la condition – et la seule – à laquelle ce genre de psychothérapie cherche à remédier. En cela, elle est

⁵ On trouve de semblables réflexions sur la notion de sujet par exemple chez Alain Badiou, *Théorie du sujet*, Seuil, 1982, ou dans *L'être et l'événement*, Seuil, 1988.

très proche de la philosophe comme pratique d'émancipation⁶. Toutes pensent que l'ensemble à la fois des problèmes et des solutions de l'humanité tiennent à cet élément mystérieux qu'est la *liberté* humaine... Mais on ne peut comprendre cette thèse qu'en refusant d'assigner d'emblée cette liberté à un être en particulier, disant par exemple qu'il s'agit de la liberté *individuelle* ou au contraire *politique*. On se contente de dire que toute la question est de rendre un système à sa propre puissance. Surtout – et c'est ce sur quoi je voudrais conclure ce point – on doit prendre conscience que cette liberté n'a rien à voir avec l'idée d'une *maîtrise de soi* ; il s'agit plutôt d'un *dépassement de soi*. On est trop souvent victime d'une représentation de la liberté comme capacité à se contraindre, à faire ce que notre volonté nous représente comme le but à atteindre. Cette philosophie de la liberté inspire même jusqu'à nos institutions politiques, dans lesquelles on imagine que l'Etat serait en quelque sorte le cerveau de nos sociétés, capable de se donner des buts et de mettre les ressources collectives au service de ces « projets ». Il s'agit de ce qu'on peut appeler une conception « moderne » de la liberté, pour l'opposer – avec toutes les facilités de ce genre de vocabulaire – à une conception « post-moderne », qui se représente la liberté dans la figure toute opposée d'un dépassement de soi, d'une ouverture à quelque chose de soi dans lequel, précisément, on ne se *reconnaît* pas. Etre libre, ce n'est pas se tenir bien en laisse, c'est pouvoir actualiser ce plus de possible auquel la maîtrise de soi ne nous donnera jamais accès.

4. Des limites du système.

Maintenant – et c'est là que ça devient le plus intéressant – les cliniques de la concertation diffèrent des autres démarches psychothérapeutiques dont j'ai parlées (de celles, donc, qui confient l'efficacité symbolique à ce qu'on pourrait appeler l'effet-sujet) par la manière dont elles pensent qu'il faut s'y prendre, techniquement, pour *opérer* cette actualisation d'un excès subjectif dans une situation. Et c'est précisément dans cette différence technique que sa force de provocation philosophique se joue. Car là où la psychanalyse, par exemple, pense que les limites du système doivent être en quelque sorte fixées d'avance – en les contenant dans les frontières de l'*individu* – les cliniques de concertation font l'hypothèse que ces virtualités subjectives n'ont de chances de s'actualiser qu'à la condition, précisément, de *ne pas définir les limites du système*, de *ne pas assigner d'identité préalable à cette situation qui doit trouver en elle-même plus que ce qu'elle ne peut*, de laisser le système définir lui-même sa propre frontière et par là même *construire* ses propres problèmes. Ce que je perçois comme les deux grandes innovations techniques des cliniques de la concertation peuvent se ramener à cet unique principe : il me semble

⁶ C'est ainsi par exemple que Gilles Deleuze définissait la philosophie dans une inspiration qu'il voulait spinoziste, reprenant une phrase célèbre de Spinoza qui disait : « On ne sait pas ce que peut un corps... » De même, nous pourrions nous contenter de dire : « On ne sait pas ce que peut un système... ».

en effet que les cliniques de concertation se distinguent des autres psychothérapies du sujet en ce qu'elles soutiennent que les processus de subjectivation doivent être cherchés par deux moyens : premièrement, *l'activation des relations internes à une situation*, autrement dit les engagements et les interactions des gens les uns avec les autres ; deuxièmement, *l'ouverture de ce dispositif relationnel*, c'est-à-dire la possibilité pour toute personne qu'on considère ou qui se sent concerné par la situation de participer à une consultation autour de cette situation, soit encore l'accueil de qu'on y appelle « l'intrus ». Ce sont là deux innovations très concrètes, mais dont les implications philosophiques sont très fortes puisqu'elles nous disent en somme *comment s'y prendre* pour faire en sorte que nous devenions le plus possible sujets de notre propre histoire, et nous renseigne donc sur cette chose étrange qu'on appelle sujet et qui est si profondément liée à notre conception de la liberté.

Commençons par la première : miser sur l'activation des relations internes à une situation. Je fais ici allusion à cet événement dans la parabole déjà mentionnée : Frank, qui ne veut ni ne peut rien pour lui, veut et peut beaucoup – et même a priori *tout ce qui sera possible* – pour sa petite nièce. Si on les prend séparément, on n'obtient rien ; ensemble, une dynamique de transformation de la situation s'installe. On va donc faire reposer le processus thérapeutique (c'est-à-dire le procès de subjectivation) sur la mise en relation des éléments au sein d'un système. Ce refus d'assigner a priori *l'individu* comme étant l'unité pertinente où doivent se poser et se résoudre les problèmes, inscrit clairement les cliniques de concertation dans le large ensemble des approches systémiques. Les cliniques de concertation ont retenu des nombreuses réflexions à la fois thérapeutiques, politiques et philosophiques de l'après-guerre, la conviction que le comportement et même l'expérience intérieure d'un individu est fonction de sa *position* dans un ensemble, qu'il n'y a d'individualisation qu'au sein de mouvements corrélés d'individualisations, bref que je ne suis ce que je suis que parce que je viens, comme on le disait aux grandes heures du structuralisme, *prendre place* dans une structure où je me définis différemment par rapport à d'autres – à mes parents, à mes frères et sœurs, à mes cousins et à bien d'autres encore : je n'ai d'identité que *de position* ; je deviens quelque chose ou plutôt quelqu'un en fonction de la case que je suis amené à occuper dans un système de lieux qui précède et conditionne jusqu'à mon existence, qui se répète et se transmet de génération en génération⁷. C'est là, à la vérité, une thèse philosophique forte et profonde, sur laquelle il est impossible de dire ici autre chose que des banalités, mais qu'il faut néanmoins relever ne serait-ce qu'intuitivement. Car elle dit en somme que l'individu (ou la personne psychologique) n'a pas de contenu intérieur, il n'a pas d'*essence* au sens où il n'est rien de positif : il n'est pas quelque chose de déterminé, il n'est qu'une simple différence et ce qu'il est

⁷ Sur cette définition de la structure comme système de lieux, on peut renvoyer par exemple au petit texte de Gilles Deleuze, « A quoi reconnaît-on le structuralisme ? », in *L'île déserte et autres textes*, Minuit, 2002.

dépend des relations dans lesquelles il se trouve. Le simple bon sens nous apprend que nous ne sommes pas vraiment la même personne en fonction de la position que nous occupons – parce que nous prenons, alors, comme on dit « la tête de l'emploi » –, de sorte qu'un *changement de position entraînera un changement de nature*. Cela est évidemment de toute première importance pour les psychothérapies, puisque si vous arrivez à changer la position des agents les uns envers les autres (et à condition, encore une fois, que ce changement soit un effet subjectif et non pas quelque chose simplement imposé de l'extérieur), alors vous pouvez espérer une transformation des dynamiques locales et collectives.

Mais il y a autre chose : car si on ne se contente pas de l'idée que l'unité pertinente où doivent se poser et se résoudre les problèmes soit l'*individu*, corrélativement, on n'attend pas non plus d'un *travail sur soi*, d'un retour sur les replis plus ou moins obscurs de son intériorité et d'une reprise en main de sa propre personne – par le secours, notamment, de quelque insight immédiatement libérateur – la résolution d'une situation. Une fois qu'on a renoncé à se focaliser sur l'élément, et qu'on a mis en question précisément les limites et la nature du niveau où la thérapie doit travailler, on peut se demander si ce changement concernant l'échelle pertinente n'implique pas aussi un véritable changement de méthode. Ici, de nouveau, une alternative se présente. Doit-on prendre en compte non plus l'élément isolé mais le système uniquement afin de pouvoir faire en sorte que tout le monde réfléchisse ensemble à ce qui ne va pas ? S'agit-il de pouvoir dire : « Qu'est-ce que vous faites pour votre fille ? et vous, Mademoiselle, demandez-vous ce que vous faites pour que votre mère vous traite de cette manière... Voyons, revenons en arrière, à quel moment cela a-t-il commencé à dégénérer entre vous ? » ?... S'agit-il en somme d'importer au niveau collectif les méthodes de « retour sur soi » qui passent pour particulièrement appropriés à l'individu ? Doit-on attendre des familles qu'elles fassent un travail d'*interprétation* de leurs difficultés ? Les cliniques de concertation font là encore (avec d'autres) un choix qui me paraît tout à fait clair : elles ne font pas reposer leur efficacité sur la *compréhension* et la remontée en surface des non-dits ou des malentendus, mais sur la seule mise en relation de certains éléments du système qui, normalement, ne seraient pas mis en relation. Elles attendent un effet-sujet non pas de la réappropriation par la personne ou par un collectif de son être et de sa vérité intime quoiqu'obscure, mais de la simple redistribution des relations au sein d'un ensemble. Il s'agit de transformer en quelque sorte la circuiterie de l'ensemble, et non pas de travailler sur les contenus. Elles semblent reprendre le slogan de la « schizo-analyse » de Gilles Deleuze et Félix Guattari : n'interprétez pas, machinez, agencez⁸. Le sujet n'est pas dans l'approfondissement de la compréhension de soi, mais dans une connexion entre des éléments internes à un ensemble et qui, cependant, par leur seule interaction, font sortir de ce système quelque chose de plus que ce que chacun aurait pu pour eux-mêmes. Si on prend les

⁸ Deleuze et Guattari, *Anti-Œdipe*, 1973.

choses au niveau du système et non pas de l'élément, ce n'est pas pour avoir plus de sens, un sens plus vrai ou plus profond que celui dont l'individu seul serait capable, mais pour avoir plus de liberté dans la connectivité du système, plus d'opportunités dans l'établissement des *raccords*, plus de choix dans le montage et le démontage du circuit. La clinique de concertation est donc fidèle très littéralement à l'idée que l'identité est de position et uniquement de position : il s'agit seulement de changer la distribution positionnelle des éléments les uns par rapport aux autres. Encore une fois, sa grandeur est dans sa proximité avec la plomberie...

5. C'est qui qui a des problèmes ?

Mais si la clinique de concertation peut mettre ainsi un peu à distance la question du sens, de la compréhension, de la réflexivité, qui alourdit tellement toutes les démarches psychologiques habituelles, qui leur donne un air si interminablement *pieux*, c'est aussi parce que son appel au niveau systémique s'inscrit dans un profond déplacement de la problématique psychothérapeutique. En effet, alors que le présumé d'un grand nombre d'approches systémiques est en somme que *ce qui est malade et doit être traité, c'est non pas l'individu, mais le système*, les cliniques de concertation ont l'intérêt de mettre à disposition du professionnel une technique qui permet précisément de ne pas décider *qui* est malade, de ne même pas affirmer l'existence d'une maladie. Il ne s'agit pas de changer le niveau de l'observation et de l'intervention du thérapeute : il s'agit de dégager le potentiel thérapeutique *interne* à cette situation. Revenons à notre parabole. Si on refuse d'isoler le cas de Frank de celui de Sonia, ce n'est pas parce qu'on pense que c'est leur relation qui les rend malades et qu'on ne comprendra rien à ce qui leur arrive si on ne les traite pas ensemble ; c'est simplement parce que Frank est prêt à s'engager dans une dynamique positive de transformation de cette situation *afin* de s'occuper de sa nièce. C'est un fait – mais un fait bien mal utilisé et généralement plutôt soupçonné – que nous sommes bien plus disposés à faire quelque chose pour les autres plutôt que pour nous, que nous sommes même plus *capables* de trouver des solutions pour les autres. Le relation n'est donc pas prise ici comme l'objet à traiter, mais comme ce qui permet un *engagement subjectif*. On ne s'engage jamais dans le monde *pour soi*. Jamais personne n'a désiré vivre pour sa propre personne. On s'engage ou *s'insère subjectivement dans le monde le long d'une relation et même de plusieurs relations*. Ce sont les autres qui tracent pour moi les chemins qui me conduisent dans le monde, qui me donnent *envie* du réel. Cela, la sociologie, la psychologie, la philosophie même le dit⁹. Mais il est difficile de voir quel dispositif thérapeutique

⁹ Je pense ici notamment au livre de Durkheim sur *le Suicide*, qui nous montre finalement que le désir de vivre lui-même est soutenu par des forces sociales. Voir aussi le texte de Frédéric Worms qui fait la synthèse sur cette « philosophie des relations » : « La vie qui unit et la vie qui sépare ? Le problème du sens de la vie aujourd'hui », in *Kairos*, n°23, 2004.

peut faire quelque chose de ce constat. Ici encore, les cliniques de concertation ouvrent une porte.

Cela est particulièrement important du point de vue des enjeux éthiques ou politiques de ces démarches. En effet, l'impératif « devenez sujet de votre propre existence » n'a de valeur réellement émancipatrice qu'à la condition qu'on ne dise pas d'avance *pour qui* et *en vertu de quoi* on doit se sentir interpellé comme sujet, c'est-à-dire convoqué comme capacité de transformation de l'état des choses. Il faut laisser les gens décider eux-mêmes de la nature exacte de la situation *qui les concerne*, c'est-à-dire ce qui en fait partie et de ce qui n'en fait pas partie. Frank ne se sent pas concerné par ce qu'il fait lui-même ? Eh bien soit : admettons qu'il ne fait pas partie de la situation qui le requiert comme sujet, et voyons ce qu'il reconnaît comme *son* problème. Car, il sait, bien sûr, qu'il est ce qu'on appelle un « garçon à problèmes », mais il sait aussi que ces problèmes sont ceux qu'il pose à la société dans laquelle il vit, et qu'on ne s'intéresse à lui que parce qu'il *gêne*. Il est un problème pour les autres avant de l'être pour lui-même, et toute tentative pour lui faire comprendre qu'il devrait se prendre en charge risque de n'aboutir à rien d'autre qu'à lui envoyer un message de menace : où tu te laisses aider par nous nous, ou bien tu te feras sanctionner par les autres (avec qui nous partageons ce monde que tu refuses). On reconnaît là le piège dans lequel se trouvent enserrés beaucoup de travailleurs sociaux, et d'une manière générale tous ces honnêtes gens fort bien intentionnés à l'égard de leurs semblables qui ne peuvent que se désoler de ce qu'on refuse leur aide. Il n'est pas possible pour eux d'ignorer que leur aide est souvent l'envers d'une peine, qu'elle se propose dans l'horizon d'une *contrainte*. La chose est devenue tellement vraie qu'on a créé des dispositifs comme les injonctions thérapeutiques qui achèvent de confondre la peine et le soin¹⁰. D'une manière générale, il n'est pas difficile de comprendre que l'impératif de subjectivation peut être mis au service d'une forme d'aliénation encore plus pénible que celle qui vous demande simplement l'obéissance pour ainsi dire extérieure, sans exiger de surcroît que vous participiez à votre propre servitude. « Prenez-vous en charge ! » : ce n'est pas là seulement la formule de l'émancipation, du passage de la « minorité », comme disait Kant, à la « majorité »¹¹ ; c'est aussi le mot d'ordre du pouvoir, d'un pouvoir qui a besoin qu'on fasse de soi-même l'instance de contrôle et de régulation dans un univers trop souple pour fixer des normes homogènes et qui n'aurait pas les moyens, de toutes manières, de surveiller et punir autant que ce serait nécessaire. « Faites quelque chose pour vous-mêmes ! », cela veut dire : exercez vous-même le contrôle que d'autres exerceraient sur vous de toutes manières... « Faire participer » les gouvernés à leur gouvernement, ce n'est bien souvent qu'une ruse un peu trop

¹⁰ Cf. l'article de Marcela Iacub, « L'esprit des peines : la prétendue fonction symbolique de la loi et les transformations réelles du droit pénal en matière sexuelle », in *L'unebêvue*, n°20, 2002.

¹¹ « Réponse à la question : Qu'est-ce que les Lumières ? », in *Critique de la faculté de juger*, Folio, Gallimard, 1985.

grossière pour réussir à obtenir d'eux ce qu'on souhaite qu'ils fassent, et ce qu'on sait qu'aucun dispositif de contrainte et de surveillance ne pourra obtenir. Ce garçon se drogue ? Nous n'allons pas le redresser à coups de bâton et lui faire comprendre qui commande ici ; non, nous ne sommes pas de ces pères fouettards à l'ancienne ; nous allons lui parler et le faire parler, nous allons négocier et délibérer, et nous allons lui faire comprendre pourquoi il doit cesser de le faire, nous allons lui apprendre à *désirer son devoir*¹² ...

Or une des grandes forces de la clinique de concertation est, me semble-t-il, d'avoir trouvé un procédé pour éviter précisément cette imposition des problèmes qui est la ressource même de l'autorité. Face à ce qui est signalé comme un « problème » (c'est-à-dire, soyons clair, un écart à la norme, au sens de quelque chose qui entrave une activité finalisée¹³), on ne croit pas que la meilleure tactique soit de l'identifier (diagnostic) pour ensuite appliquer une solution optimale extraite d'un éventail de solutions connues et disponibles (prescription). Tout au contraire, on pense que l'essentiel du travail consiste précisément à laisser le problème se déterminer lui-même. On constate que les gens ne reconnaissent pas forcément les problèmes qu'on leur attribue : par exemple, sa propre toxicomanie peut ne pas être, pour un jeune homme, un problème qu'il se reconnaisse, alors que les angoisses nocturnes de la fille de sa petite amie l'interpellent en qualité de sujet. On va donc jouer sur les relations d'objectivation et de subjectivation *internes* à une situation – c'est-à-dire sur le fait qu'on se rend sujet (instance qui se convoque pour résoudre un problème en y réfléchissant et en y intervenant) *pour un autre* et qu'on se laisse traiter comme objet *par* les autres – afin d'initier cette dynamique de subjectivation qui entraînera des *déplacements*, des changements de position des uns par rapport aux autres et finalement une transformation de l'ensemble du système. On ne décide pas à la place des gens des problèmes qu'ils ont : on cherche précisément à ce qu'ils s'engagent dans des démarches résolutoires à partir des problèmes qu'ils se donnent eux-mêmes – car, qu'est-ce qu'avoir un problème, sinon précisément avoir quelque chose à faire, avoir une tâche à accomplir, se sentir requis de mettre en œuvre un certain nombre d'opérations à réaliser pour transformer une situation ?... Permettre donc d'activer les relations internes à un système, c'est ne pas décider d'avance de la nature des problèmes à traiter, et laisser de ce fait les sujets se constituer en

¹² Ces réflexions sur la notion de sujet rejoignent le texte célèbre de Louis Althusser, « Idéologie et Appareil idéologique d'Etat », *Positions*, (Editions sociales, 1976), où il montre que le « sujet » se constitue dans le mouvement par lequel il se sent interpellé, au sens où l'interpellation est une activité policière... Jamais cette technique par laquelle on demande au sujet d'avoir une fonction de police n'a été aussi évidente que depuis quelques années où l'on veut « responsabiliser les individus », « les parents », etc.

¹³ Je reprends ici de manière très générale la définition de la norme que Canguilhem proposait dans *Le normal et le pathologique* (rééd. « Quadrige », PUF), et qui permet de souligner que c'est toujours parce qu'il y a des êtres qui ont des *intérêts* (autrement dit qui sont vivants), qu'il y a des normes. La norme n'est ni la moyenne, ni le stable : c'est une fonction pour une activité finalisée.

décidant eux-mêmes de la *structure* d'une situation, c'est-à-dire à la fois des éléments qui doivent faire partie du « système » (au sens de l'unité pertinente pour aborder les questions) et des relations que ces éléments entretiennent. Nous pourrions résumer cela sous la forme d'une sorte de théorème philosophique : *Un sujet n'est possible que s'il y a liberté pour délimiter la situation dans laquelle le sujet se sent partie prenante.* « Devenir un sujet » et « tracer la figure d'une situation », c'est une seule et même chose. De fait, concrètement, une très grande partie du travail réalisé dans les cliniques de concertation, consiste précisément à déterminer, en concertation avec les différents participants, qui fera partie de la rencontre et qui n'en fera pas partie.

On voit que cela suppose de traiter les individus non pas comme objets passifs d'un problème que le professionnel devrait résoudre, mais au contraire comme sujets actifs opérant, par rapport aux autres parties prenantes de la situation, *sur le même plan que les professionnels eux-mêmes* – puisqu'ils s'y placent, en somme, comme thérapeutes... On sait combien il est difficile, malgré toutes les bonnes intentions qu'on peut avoir, d'éviter ce clivage majeur qui, dans un contexte « thérapeutique » institutionnalisé, finira presque toujours par mettre le professionnel dans la position de celui qui est supposé savoir, et les autres comme ceux qui sont censés recevoir un service. C'est là qu'intervient une des plus importantes innovations techniques des cliniques de concertation, une de celles qui lui est le plus caractéristique. De même, en effet, qu'on ne fait pas de l'individu isolé la cible unique de l'intervention thérapeutique, de même on ne décide pas d'avance qu'*un seul* professionnel puisse et doive se sentir concerné par une situation. Là où la plupart des analyses systémiques auraient admis la nécessité d'introduire une pluralité d'éléments liés les uns aux autres, les cliniques de concertation revendiquent la nécessité d'introduire une *double multiplicité*. Pour casser la relation d'objectivation et de surplomb qui existe entre le professionnel et l'utilisateur, on mêle ensemble plusieurs savoirs hétérogènes. Des savoirs hétérogènes placés dans un même espace et concernant un même « objet », finissent par ne plus pouvoir se rapporter à leur objet comme à quelque chose qui serait sur un tout autre plan qu'eux : leur objet finit par apparaître à son tour comme un sujet de savoir, comme détenteur d'un savoir propre, ne serait-ce que celui qui fait tenir ensemble tous ces savoirs hétérogènes. De sorte qu'on va s'articuler à lui non pas comme une théorie à un objet, mais comme un savoir à un autre, différent mais *sur le même plan*, contestable sans doute, mais comme toute *autre approche des mêmes problèmes*. Tout se passe donc comme si la détresse même des gens en détresse n'apparaissait plus comme un problème, mais comme une autre approche d'un même problème – ce problème n'étant plus tant la personne « en détresse » que l'ensemble dans lequel cette personne, ceux avec qui elle est (ou se considère en relation) et ceux qui s'en occupent, sont plongés – car, après tout, l'impuissance n'est pas seulement celle des « patients » mais aussi celle des professionnels qui se trouvent là « en échec ». On n'a donc plus une relation d'observateur à observé où il s'agit de comprendre et de faire passer un sens, mais

une relation d'agents à agents où il s'agit de faire quelque chose ensemble avec ces relations elles-mêmes.

C'est à partir de ces remarques qu'il faut aussi comprendre philosophiquement la deuxième et dernière des innovations les plus caractéristiques des cliniques de concertation : celle qui consiste à affirmer la nécessité de maintenir le système ouvert, au sens où des gens – venus du côté des professionnels ou de la « famille » – qui peuvent sembler n'avoir rien à faire ici, peuvent toujours être invités à y participer, celle qui réserve donc une place à l' « intrus ». De quoi s'agit-il ? Il s'agit de constituer un ensemble ou une situation telle qu'au sein de cet ensemble ou de cette situation se trouve donc un élément *indéterminé*, un élément virtuel, qui peut venir ou ne pas venir, mais dont on ne peut savoir d'avance l'identité. Cet élément indéterminé est en quelque sorte garant précisément de la possibilité pour tous les participants de délimiter l'espace du problème ou la taille du système où un sujet doit advenir. Il témoigne aussi de ce que les problèmes humains ne sont jamais fermés sur eux-mêmes, mais s'encastrent les uns dans les autres et se relaient. On est sans cesse confronté à cette évidence. Les problèmes psychologiques sont des problèmes familiaux, et les problèmes familiaux des problèmes sociaux, mais aussi des questions de territoire, de voisinage, etc. « Ce n'est pas moi qui aie un problème, c'est le monde dans lequel je vis qui ne veut pas de moi. C'est l'espace urbain qui est pourri, ce sont les policiers qui nous provoquent, etc. ». On sait bien, malgré tous les efforts qu'on fait aujourd'hui pour « responsabiliser les individus » ou « responsabiliser les parents », que les problèmes ne peuvent être arbitrairement isolés. Mais cette conscience est souvent futile, presque dérisoire, dans la mesure où l'on saute trop vite au niveau *global* : on va, par exemple, de l'individu à la société toute entière. « Ce n'est pas lui, le problème, c'est la société dans laquelle il vit. Transformons le tout et nous changerons les parties... » Or sur le tout, hélas, nous n'avons pas de prise, pas de prise *subjective* du moins : il y a sans doute une administration, un calcul, une rationalité possible, au niveau du tout, mais il n'y a pas de sujet. Remarquons que le vice de ce raisonnement ne tient pas à ce qu'il passe trop vite au niveau de la « société toute entière » : c'est la forme même du mouvement qui va de l'élément au système pris comme une totalité déjà donnée qui ne va pas. On commet la même faute si on dit : « ce n'est pas Peggy qui va mal, c'est toute sa famille », ou bien : « ce n'est pas Jacky, c'est le couple tout entier », car dans tous ces cas on continue à vouloir déterminer le système à l'avance, comme si on pouvait décider de cela objectivement, comme si décider de cela, ce n'était pas avoir déjà décidé de la presque intégralité des questions, comme on si on n'avait pas du même coup sacrifié toute *éventualité subjective*, toute possibilité d'un événement de subjectivation, dans cette situation.

L'une des grandes vertus des cliniques de concertation est précisément d'avoir en quelque sorte conjuré cette tentation de la totalisation grâce à son dispositif. On ne va pas d'une totalité (l'individu en étant une) à une autre (famille, société, etc.), mais

on laisse précisément les relations déterminer elles-mêmes, *localement*, leur propre extension. On peut bien déplacer l'espace du problème, mais on ne peut le faire que *de proche en proche*, par voisinage, en rajoutant une relation, et sans jamais sauter au niveau du « Tout ». Or s'il n'y a pas de sujet au niveau des totalités, parce que nous pouvons pas nous engager comme sujets au niveau de la totalité – nous devons toujours en ce cas *déléguer* notre pouvoir, et c'est ce qu'on fait lorsqu'on élit des représentants politiques mais tout autant lorsqu'on confie à des mécanos cybernétiques le soin de modifier ce qu'il faut dans le système pour que, en quelque sorte sans qu'on ait rien à faire, ça aille mieux –, si donc, contrairement à ce qu'on a longtemps imaginé une vieille tradition philosophique (hégélienne pour les initiés), il n'y a pas d'effet-sujet possible au niveau des totalités, il peut y en avoir au contraire au niveau des *relations locales*. Ce voisin indéterminé qu'est l'intrus toujours possible, cette position non occupée ou cet élément qui n'a pas de position préalable, il est celui qui, parce qu'il empêche la fermeture du système, rend la fabrique des relations à sa propre productivité, empêche qu'elle se limite, et lui laisse ainsi déterminer elle-même l'espace de ses problèmes. Car, nous l'avons dit, la question : « qui est défini ou se définit comme étant concerné par une situation, comme élément *inclus* dans un ensemble ou dans un système ? » – cette question décide entièrement de la nature des problèmes eux-mêmes. De sorte qu'en institutionnalisant cet élément = X, l'intrus toujours possible, les cliniques de concertation instituent de sorte de petits espace dans lesquels, au sein de ce fantôme improbable qu'est « la Société », de petits agencements peuvent se mettre à *penser nos problèmes*, à les construire. Ils ne se contentent plus de les subir, ils contribuent à en expérimenter de redéfinitions possibles. Les cliniques de concertation ont mis au point un procédé, une technique, qui permet de ne pas se laisser piéger par les alternatives habituelles qui clivent les psychothérapies : soit le psychologique, soit le social ; soit le médical, soit le politique. Elles permettent précisément de discuter de ces frontières, de travailler sur ces partages, non pas simplement intellectuellement, mais concrètement en expérimentant d'autres ensembles possibles. Et elles le font en inventant des *techniques* particulières auxquelles j'ai fait allusion ici – la reconstitution du réseau (à travers le « Sociogénogramme »), la concertation pour déterminer les participants à une réunion, le mélange de *plusieurs* professionnels avec plusieurs membres de la famille ou alliés, etc.). C'est en pensant ces inventions en apparence modeste, ce que j'appelais cette plomberie du travail social, qu'on peut approfondir un problème philosophique qui semble particulièrement méditatif : celui de la nature du sujet. Un sujet ce n'est rien d'autre qu'une manière de s'inclure dans un ensemble en se définissant non pas par rapport au tout mais dans une relation à certains éléments, et de telle sorte que cette inclusion ait pour horizon une transformation d'un ou plusieurs éléments de la situation. Et l'élément surnuméraire, « l'intrus », celui qui peut appartenir à un ensemble *sans titre*, celui-ci est le témoin de ce que les limites du système ne sont jamais figées – en somme, que du sujet est toujours possible.