

Paru dans : Médecine et sciences humaines. Sciences humaines en médecine : formation et collaboration. Berne : Académie des sciences humaines et sociales, 2006, pp. 57 à 63.

Face à la fragmentation des savoirs et des pratiques : l'apport de l'anthropologie clinique

Nicolas Duruz¹

Résumé :

Dans notre société caractérisée par l'« individualisme démocratique », on assiste à un développement effréné de savoirs et de pratiques, qui menace le lien social. Le monde de la science n'y échappe pas : construction de disciplines hyperspécialisées, revendiquant un territoire et une reconnaissance toujours plus difficiles à obtenir.

L'anthropologie clinique, en particulier d'inspiration phénoménologique, se veut – au plus près de son étymologie – une pensée sur la pratique des soins auprès de l'homme en souffrance. Sa visée : d'une part, réinscrire une clinique des fonctions de l'organisme dans une clinique du sujet humain incarné dans son monde quotidien et, d'autre part, proposer une méthode (la réduction phénoménologique) dans le but de dégager la vision de l'homme toujours très partielle que véhicule tout modèle scientifique.

L'anthropologie clinique peut-elle ainsi contribuer à l'échange entre praticiens habitant des mondes séparés ?

L'anthropologie clinique, dont on précisera ci-dessous l'origine et ses principaux représentants, signifie au plus près de son étymologie : une pensée sur la pratique des soins auprès de l'homme en souffrance. On pourrait dire que sa visée essentielle est d'empêcher que la médecine, en tant que science humaine, soit réduite à une médecine simplement vétérinaire, qui cherche à se le cacher en se couvrant un peu hypocritement d'un vernis d'humanisme. Il y va de la question de savoir si l'homme est placé au cœur d'une pratique médicale ou à sa

¹ Psychologue-psychothérapeute FSP, codirecteur de l'Institut Universitaire de Psychothérapie du Département de Psychiatrie – CHUV à Lausanne et responsable de l'Unité d'Enseignement - CEF. Professeur à l'Institut de psychologie de l'Université de Lausanne (Bât. Anthropole, Dorigny, CH - 1015 Lausanne. E-mail: Nicolas.Duruz.@unil.ch).

périphérie. Notre thèse est qu'aujourd'hui la médecine, soumise à la fragmentation de ses savoirs et de ses pratiques cliniques, a tendance à se laisser enfermer dans la seconde alternative.

Une inquiétante pluralité

La médecine n'est évidemment pas la seule discipline qui subit ce morcellement. En effet, on assiste dans notre société contemporaine à une diversification grandissante et généralisée des pensées et des pratiques sociales, dont on peut se demander ce qui va bien l'arrêter. Pensons par exemple aux diverses possibilités données aujourd'hui de vivre en famille, d'avoir une vie sexuelle, de procréer, ou encore, à l'augmentation des différents champs du savoir ou des corps de métier (par exemple, un ambulancier n'est ni un brancardier, ni un secouriste, encore moins un infirmier !). Marcel Gauchet (1985), un sociologue du politique, a bien montré comment nous vivons aujourd'hui dans une société caractérisée par « l'individualisme démocratique » en fonction du principe de la « souveraineté » des individus, base de l'organisation démocratique. Celle-ci s'en ressent à tous les niveaux : liberté et droits individuels, économie libérale, culte de la vedette, héroïsation possible de l'existence de tout un chacun, recherche éperdue d'un épanouissement personnel, égocentrisme dans les processus de communication, etc. Dans le domaine des sciences, ce processus d'atomisation s'exprime entre autre par une fragmentation des savoirs et des pratiques, qui prennent la forme d'hyperspécialisations technicisantes et donnent souvent lieu à des disqualifications mutuelles entre ces savoirs et ces pratiques. On est tellement « dans son monde » qu'on ne parvient plus à s'intéresser à celui des autres, et quand on y est confronté, celui-ci est alors perçu comme une menace à l'égard du sien propre.

Parmi les très nombreuses conséquences d'une telle fragmentation, la plus importante est sans doute l'oubli de l'homme, tel qu'il se donne à être rencontré dans son expérience concrète et singulière, en deçà des abstractions scientifiques et des manipulations techniques. Est-il possible que cet homme-là, dans l'épaisseur de son existence, soit présent au cœur des discours de la médecine, de manière à ce qu'elle redevienne ce qu'elle était à ses origines, une science authentiquement humaine (cf. Gadamer, 1993) ? C'est là le défi de l'anthropologie clinique.

Qu'est-ce que l'anthropologie clinique ?

Il est impossible dans les limites de ce bref article de retracer l'historique de cette science de la clinique de l'homme, que représente l'anthropologie clinique². Nous nous contenterons de présenter brièvement deux figures marquantes de ce courant de pensée : Viktor Von Weizsäcker et Ludwig Binswanger. Ils ont en commun d'être deux médecins-philosophes, marqués par la pensée phénoménologique, telle que Husserl et Heidegger l'ont développée. Pour rappel et très brièvement, la phénoménologie peut être définie comme la science de l'expérience vécue de l'homme en lien avec son monde de vie, expérience qu'il s'agit moins d'expliquer que de comprendre, essentiellement grâce à une description la plus soutenue possible, à l'abri des *a priori* inhérents aux modèles³.

Viktor Von Weizsäcker (1886-1957) est un médecin interniste, neurologue et philosophe allemand, ayant travaillé essentiellement à Heidelberg. Son œuvre est très importante, aux intitulés les plus significatifs : *Ueber das Wesen des Arztums*, *Der Begriff der allgemeinen Medizin*, *Grundfragen medizinischer Anthropologie*. Une des idées forces de Von Weizsäcker est celle de la nécessité de réintroduire le sujet dans la biologie, qui est une science du vivant avant d'être une science des éléments physico-chimiques. Insister sur le sujet-vivant, c'est pour Von Weizsäcker ne pas se contenter de s'intéresser à des fonctions qui sont finalement toujours étudiées de manière isolée – d'où une saisie abstraite de l'homme. Pour lui, toute modification de fonction présuppose une réorganisation du vivant dans son entièreté, en son devenir même et selon sa temporalisation propre. Il parle à ce sujet de la nature *pathique* du vivant, voulant signifier par là que tout vivant dispose d'un pouvoir-être, source de ses transformations possibles et dont la souffrance est l'expression subjective de son processus d'évolution. La réalité de la crise retrouve alors toute son épaisseur humaine, ressaisie dans sa dimension biographique. Dans cette perspective, on comprend pourquoi Von Weizsäcker conteste l'idée d'une médecine qui serait essentiellement l'application d'une théorie acquise sur un autre terrain que celui de la réalité clinique, là précisément où l'individu souffrant est saisi en perpétuelle instance de transformation (cf. Célis, 1994).

² On lira à ce sujet « Sur l'anthropologie clinique. Clarification historique et conceptuelle » par H. Mesot, dans la revue *Psychiatrie, Sciences Humaines, Neurosciences*, 2007 (à paraître).

³ D'inspiration phénoménologique, l'anthropologie clinique se nourrit également des apports de l'anthropologie sociale et culturelle, comme de l'anthropologie politique, dont nous ne parlons pas ici.

Le second auteur qui mérite toute notre attention est le psychiatre suisse Ludwig Binswanger (1881-1966). Dans plusieurs de ses écrits, comme par exemple : *Zur philosophischen Anthropologie* ou *der Mensch in der Psychiatrie*, Binswanger défend l'idée que la saisie d'un trouble psychique relève de deux approches complémentaires qui doivent être utilisées en dialectique : le niveau de « l'histoire intérieure de la vie » (*Innere Lebensgeschichte*) et le niveau de ses « fonctions vitales ». Ce deuxième niveau renvoie à ce que nous appellerions aujourd'hui l'être bio-psycho-social, ce composite de plusieurs fonctions étudiées séparément par différentes disciplines (biologie moléculaire, physiologie, neurosciences, psychologie, sociologie, etc), mais qui ont toutes tendance à s'ignorer, voire à se méconnaître. La possibilité de les articuler les unes aux autres est le fait d'un regard émergent, celui que propose l'anthropologie phénoménologique, invitant à saisir ce composite dans une visée holistique : l'homme en train d'advenir à lui-même, en travail d'humanisation. C'est l'être-là (*Dasein*) tel que Heidegger l'a développé dans *L'Être et le Temps*, l'homme dont le projet d'existence conjoint, dans une présence actuelle à son passé et à son avenir, l'expérience de son corps vécu, celle de sa conscience réflexive, comme celle de son ancrage dans un espace socio-politique et culturel. En termes modernes, on pourrait dire que l'apport des sciences dites régionales, parce que s'intéressant à des fonctions de l'homme et obéissant à une logique toujours réductrice, dont l'*evidence-based medicine* serait un peu le modèle, se trouve comme « réanimée » par une approche obéissant, elle, à ce que certains nomment actuellement la *narrative-based medicine*. Ici donc aussi, la saisie de la dynamique subjective et intersubjective des comportements de l'homme est centrale et empêche de les appréhender au seul niveau d'une ingénierie trop objectivante. La dialectique doit être tenue dans les deux sens, pour éviter aussi bien une approche trop « spiritualiste » de l'homme souffrant, qui priverait les soignants d'outils suffisamment concrets et précis (savoir et technique) en vue d'opérer sur la réalité vivante, qu'une approche trop mécaniciste et déssubjectivée, où la possibilité de la rencontre d'un être vivant, en souffrance d'humanisation, n'est plus maintenue suffisamment ouverte. Ce serait oublier par là-même la recommandation de Kierkegaard, le père de l'existentialisme : « Car il convient de s'intéresser à ce que signifie d'être un homme ».

L'apport de l'anthropologie clinique

En référence à la pensée de ces deux médecins-philosophes, d'orientation phénoménologique, on pourrait dire que le clinicien se doit de toujours garder à l'esprit que le

diagnostic qu'il formule et le *traitement* qu'il conduit ne sont que des moments d'objectivation et de clarification scientifiques dans un processus plus englobant et directement humain, où sont engagées l'expérience de la souffrance du patient et celle de sa rencontre avec le soignant. Une phénoménologie de la souffrance et de la rencontre humaine est à développer – certains auteurs s'y sont essayés -, qui les promouvrait comme des catégories centrales d'une anthropologie clinique. En termes stricts, dans le prolongement de la pensée heideggerienne, on pourrait parler de deux existentiels-clés de l'anthropologie clinique (insérer tableau 1).

Diagnostic < Souffrance

Traitement < Rencontre

Tableau 1 : Deux existentiels centraux de l'anthropologie clinique

De ce point de vue, on comprend que la réalité de la crise devient quelque chose d'essentiel dans l'approche du malade. Elle fait partie de sa vie et, plus qu'un accident, elle implique son histoire en train de se faire. La crise est ce moment où le patient est en rupture d'équilibre, un moment d'évolution critique duquel il est censé « sortir » changé, jamais identique à ce qu'il était avant qu'il ne tombe malade. Comme soignant, il importe de vivre la maladie de son patient comme un moment de crise, qui lui rend ainsi toute sa dignité, puisque être malade revient à être-autrement-homme. La mise en perspective du traitement comme rencontre interhumaine met tout particulièrement en évidence pour sa part la dimension biographique du soin. Les protocoles de traitement peuvent subsister mais ils n'appellent pas un surcroît d'humanité pour compenser leur anonymat, voire leur inhumanité, puisqu'ils sont vécus certes comme une « affaire » (Binswanger), mais nécessairement chargée d'émotions et de sentiments, liés aux souvenirs et aux projets mobilisés par la maladie.

Un autre apport de la pensée phénoménologique clinique, davantage méthodologique celui-là, est l'invitation faite aux soignants, bien souvent enfermés dans leur spécialisation, à surmonter les *a priori* et frontières qui délimitent leur territoire. En philosophie, Husserl a proposé la réduction phénoménologique, qui pourrait être définie le plus simplement ainsi : opération de la pensée qui vise à suspendre, à mettre entre parenthèses, l'attitude « naturelle » que nous avons envers nos savoirs, en vue de renouer avec le « monde de la vie » de l'homme, en deçà de ses thématiques. Cette attitude naturelle nous fait oublier que c'est à

travers un regard spécifique, orienté par des *a priori*, que le vivant nous apparaît sous tel ou tel aspect. Collés à nos modèles, sans les mettre en doute, nous avons tendance à « naturaliser » nos connaissances, alors quelles sont toujours une thématization bien qu'indispensable, d'une réalité antéprédicative. Cette réalité renvoie précisément au monde de la vie, à la quotidienneté de l'existence que connaît tout être humain, à partir de laquelle il vit sa vie, organise comme tout un chacun son existence en faisant des projets. Nos différentes sciences sont construites sur des visions morcelées et fonctionnelles de l'homme (l'homme cardiaque, l'homme respiratoire, l'homme digestif, l'homme neuronal, etc.) qui ne permettent plus de rejoindre l'expérience de l'homme dans l'épaisseur de sa quotidienneté existentielle.

En insistant sur l'expérience originaire de l'homme incarné au monde et sur une mise en scène narrative de son existence à partir de sa capacité d'éprouver, de penser et de parler, l'anthropologie clinique réagit contre une certaine technicisation de nos existences et contre une fragmentation de nos savoirs qui rendent cet homme très abstrait, appréhendé en ses différentes fonctions. Dans sa visée la plus simple, l'anthropologie clinique veut favoriser, au-delà d'une clinique des fonctions, une clinique qui concerne l'homme dans son expérience holistique, tout à la fois subjective et intersubjective. Une clinique qui, comme l'indique l'étymologie de son terme, se passe au chevet du malade. En bref, une clinique qui permet de rencontrer l'autre là où il est et où il souffre de se trouver, souffrant de ne pouvoir s'y retrouver !

Références bibliographiques :

Célis, R. (1994) : « Prolégomènes à une phénoménologie de la relation clinique. Introduction à l'œuvre de Viktor von Weizsäcker. », in *L'interdisciplinare e i processi di cura*, ed. G. Martignoni, F. Merlini, Bellinzona : Alice, 1994.

Gadamer, H. G. (1993) : *Philosophie de la santé*, trad. franç., Ed. Grasset : Paris, 1998.