

**LA PRISE EN COMPTE DES VALEURS DANS LA VALIDATION SCIENTIFIQUE DES
METHODES THERAPEUTIQUES**

Nicolas Duruz¹

Ce bref article souhaite montrer la nécessité de prendre en compte le registre des valeurs, engagées dans nos croyances, lorsque nous cherchons à évaluer les méthodes psychothérapeutiques et à les valider scientifiquement. Après avoir montré l'apport de l'anthropologie clinique pour une telle démarche et précisé le lien réunissant science et croyance, je présenterai la double clarification qui m'apparaît indispensable à opérer en vue de valider une méthode psychothérapeutique, à savoir une clarification d'ordre épistémologique et scientifique.

De la psychothérapie comparée à l'anthropologie clinique

Ayant mes recherches depuis de nombreuses années sur la pluralité des psychothérapies, leurs points communs et leurs différences, leur possible convivialité ou disqualification (cf. Duruz et Gennart, 2002), j'ai progressivement construit un cadre de référence pour contenir mes propositions et leur donner une cohérence. C'est celui de l'anthropologie clinique.

La dénomination « anthropologie clinique » est loin d'être une appellation contrôlée. Vers 1930, la direction de recherche anthropologique était introduite en psychiatrie par Binswanger et en médecine interne et neurologique par von Weizsäcker. L'anthropologie clinique vise aujourd'hui à poursuivre cette direction, à une époque où la fragmentation des savoirs et des pratiques appelle encore davantage une réflexion sur les fondements de la clinique.

Chevillée dans le courant de la phénoménologie allemande (Husserl et Heidegger) et portée tout particulièrement par quatre grands psychiatres-philosophes du milieu du XX^{ème} siècle (Ludwig Binswanger, Eugène Minkowski, Erwin Straus et Viktor Von Gebsattel),

¹ Professeur honoraire en psychologie clinique de l'Université de Lausanne. Ancien co-directeur de l'Institut universitaire de psychothérapie du Département de psychiatrie-Chuv, Lausanne. Adresse e-mail : nicolas.duruz@unil.ch

l'anthropologie clinique cherche à constituer une psychiatrie et une médecine scientifiques, qui puissent intégrer l'expérience vécue du patient. En pays francophone, cette pensée s'est prolongée grâce aux travaux des psychiatres Arthur Tatossian, Georges Lantéri-Laura, Jacques Schotte, pour ne citer qu'eux, se réclamant de philosophes phénoménologues comme Merleau-Ponty, Levinas, Ricoeur, Maldiney, et plus largement Canguilhem, Foucault, etc. C'est sans doute le psychiatre suisse Ludwig Binswanger (1881-1966) qui a balisé le premier le chemin d'une anthropologie clinique. 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 ou variables étudiées séparément par différentes disciplines (biologie moléculaire, physiologie, neurosciences, psychologie, sociologie, etc.), qui ont la plupart du temps tendance à s'ignorer, voire à se méconnaître. La possibilité d'articuler ces diverses fonctions entre elles 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. 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 s'inspirant du modèle de l'*evidence-based medicine*, se trouve comme « réanimé » par une approche obéissant, elle, à ce que certains commencent à appeler la *narrative-based medicine*.

De manière un peu schématique, nous pouvons parler d'un triple objectif poursuivi par l'anthropologie clinique (cf. Duruz, 2009).

Construire une clinique qui concerne l'homme

A un premier niveau d'appréhension, plus analogique que conceptuelle, et en se référant à l'étymologie même de l'expression, on peut dire que l'anthropologie clinique est un discours qui met en relation, d'un côté, une pensée sur l'homme (anthropo-logie), et de l'autre, le monde de la clinique, de la pratique des soins auprès de l'homme souffrant (klinè, en grec). Ce faisant, elle travaille à inscrire l'homme non à la périphérie mais au cœur de la clinique. Elle réagit ainsi à toute clinique qui, se réduisant à une étude de mécanismes « sans âme », se

contente d'enrober sa pensée et sa pratique d'un manteau d'humanisme. En termes plus précis, une telle anthropologie cherche à construire une clinique du sujet humain, saisi dans son expérience vécue et sa situation singulière, prioritairement à une clinique de ses fonctions. C'est la visée *pratico-éthique* de l'anthropologie clinique qui est ici engagée.

Cela signifie donc que le clinicien se doit toujours de 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.

Penser les fondements

Mais cette première appréhension de l'anthropologie clinique se doit d'être explicitée en référence au champ des sciences humaines en général, et de l'anthropologie en particulier. On en dégage ainsi une saisie plus précise et articulée.

Dialoguant sans réserve avec les sciences humaines (philosophie, histoire, sociologie, linguistique, etc.), l'anthropologie clinique s'intéresse dès lors, dans une visée *épistémologique*, aux diverses conceptions de l'être humain engagées dans les soins psychiques, à leur « anthropologie » implicite. A l'aide de l'anthropologie phénoménologique et s'appuyant tout particulièrement sur les apports de l'anthropologie culturelle et sociale, de l'anthropologie politique, et aussi de l'anthropologie de la santé (dont l'anthropologie clinique pourrait être d'ailleurs une sous-discipline), elle interroge les croyances naturelles dont se soutient tout modèle.

Favoriser la comparaison et le dialogue entre les modèles

Toute anthropologie est susceptible de déboucher sur une analyse comparative entre les différentes manières d'actualiser les invariants humains dans le domaine qu'elle étudie. L'anthropologie clinique se donne donc également pour tâche d'étudier les ressemblances entre chacun de ces modèles, ainsi que leurs différences, spécificités et limites, avec l'idée qu'ils sont portés chacun par des croyances en l'homme et des présupposés différents. En

cela, elle se veut une science comparative, travaillant à une intégration critique des modèles mais sans syncrétisme, à la faveur d'un dialogue confrontatif entre eux. Le clinicien est ainsi invité à préciser ses postures cliniques. C'est la visée *réflexive* et *herméneutique* de l'anthropologie clinique : mieux se comprendre comme psychothérapeute grâce au détour par l'autre, mais en réalisant ainsi davantage les conceptions de l'homme, de la société et de sa pratique professionnelle partagées ou non avec ses collègues. La connaissance comparée des autres, c'est simultanément la mise en perspective de soi-même.

Science et croyance

On l'aura bien compris, réinscrire tout modèle de psychothérapie dans le socle de l'expérience humaine de souffrance et de soins – l'objet même de l'anthropologie clinique – véhicule l'idée qu'un modèle se construit toujours à partir d'*a priori* qui s'enracinent dans un réseau de présupposés ou de prémisses concernant une conception du monde, de l'homme, de la société, etc., ultimement d'un système de valeurs. Pour Bateson (1971, p. 230), par exemple, ces présupposés constituent « un réseau de prémisses épistémologiques et ontologiques qui, *sans rapport à une vérité ou à une fausseté ultimes, se présentent à ses yeux comme (du moins en partie) se validant d'elles-mêmes (...). C'est un ensemble d'hypothèses ou de prémisses habituelles, implicites dans le relation entre l'homme et son environnement* ». Wittgenstein a parlé de « jeux de langage », Kuhn de « paradigmes », Foucault de « socle épistémologique », chacun essayant de dire à sa manière qu'il y a toujours un « impensé » dans notre pensée.

Par exemple, on ne contestera pas qu'une vision plus tragique de l'existence humaine anime l'orientation psychanalytique, alors que plusieurs courants américains (aussi bien les TCC que les orientations humanistes et psychocorporelles) sont portés par une vision plus optimiste. Cela explique pourquoi certains se centreront davantage sur la psychopathologie d'un individu et d'autres sur ses ressources. Deux orientations peuvent être séparées par une conception plus fonctionnelle, mécaniciste *versus* holistique du psychisme. La référence soutenue ou non au DSM IV en sera un des révélateurs. Ou encore, que dire d'un présupposé plus individualiste *versus* contextuel et social de l'existence humaine, qui va donner lieu à des prises en charge et des dispositifs de nature assez différente ? Enfin – mais la liste n'est pas exhaustive – une approche plus positiviste *versus* herméneutique du fait psychothérapeutique

générera deux attitudes assez différentes au sujet de l'évaluation des psychothérapies : pour les uns donner à leur patient un questionnaire mesurant l'alliance thérapeutique, et lui proposer systématiquement un bilan du processus thérapeutique chaque trois mois, est des plus justifiés, alors que ces mesures seront considérées comme antithérapeutiques par d'autres.

Les présupposés sont donc des énoncés qu'on pourrait qualifier de métathéoriques, à distinguer des énoncés théoriques explicites des modèles ; ils constituent une sorte de « philosophie » ou de « *Weltanschauung* » du psychothérapeute, qui influence son style thérapeutique et ses gestes professionnels. C'est pourquoi, si l'on veut comprendre ce que fait un psychothérapeute, il ne suffit pas d'interroger son modèle de référence. Il importe également de prendre en compte ses présupposés, nourris par ses choix aussi bien théoriques qu'existentiels.

Un esprit rationaliste pourra à la limite reconnaître l'existence de tels présupposés, mais il aura tendance à les assimiler à des préjugés qui entachent la démarche scientifique, et à penser, à la suite de Popper par exemple, qu'il est possible de les neutraliser à la faveur de débats entre scientifiques, pour lesquels la règle d'or consiste à soumettre toute proposition scientifique à des procédures de falsifiabilité. Mais précisément, un présupposé ne se démontre pas ; on y adhère, on l'accepte avec le poids de son évidence.

Ma position, avec beaucoup d'épistémologues, est donc plus radicale. Dès lors que l'on admet qu'un modèle est une interprétation sélective de la réalité², ce modèle est nécessairement empreint d'une dimension « fictive », en fonction des prémisses ou présupposés qui l'orientent (cf. Duruz, 1996). C'est dire que les présupposés fonctionnent comme des croyances, ce dernier terme étant sans doute à privilégier : en effet, il met davantage l'accent sur la dimension des *valeurs* qui animent les présupposés, les croyances pouvant se définir alors comme un ensemble de représentations chargées affectivement et valorisées socialement au détriment d'autres, parce qu'organisatrices du lien et de l'ordre social.

² On peut citer ici cette remarque qu'un ingénieur d'Ecole polytechnique, romancier à ses heures, met dans la bouche d'un de ses personnages en train de mener une enquête policière au Vatican : « Un modèle n'est utilisable que dans la mesure où il néglige une partie de la réalité, celle que vous décrivez inutile et encombrante pour mener à bien votre raisonnement et votre calcul. » (Neyrinck, 1999, p. 131)

La croyance engage notre affectivité³, la passion de nos préjugés, qui étaient joliment définis par Montesquieu comme « ce qui fait que je m'ignore moi-même plutôt que ce qui fait que j'ignore des choses ». Les préjugés ou présupposés ne s'assimilent pas à de simples costumes du soir, qu'on peut mettre et déposer sans autre. Ils ressortissent à des croyances entendues dans une acception non cognitive, non réductibles à des représentations en attente d'arbitrage, qui pourraient faire l'objet d'une preuve scientifique.

Traversés par la passion de nos idéaux et des valeurs ainsi investies, ces présupposés, à l'origine de la concurrence existant souvent entre les écoles psychothérapeutiques, peuvent même générer intolérance et ostracisme. En effet, une des fonctions des valeurs – l'éthique qui s'y réfère le montre bien – est de délimiter des « territoires » à l'intérieur desquels on peut s'entendre et au-delà desquels d'autres mœurs en vigueur deviennent menaçantes pour les siennes propres. Être davantage conscient de ces valeurs, c'est du même coup reconnaître les limites des modèles portés par ces valeurs et comme une invitation à s'interroger sur la légitimité du modèle des autres.

Le texte suivant de la psychanalyste McDougall (1988, p. 606) exprime à merveille le caractère idéal et rassurant des modèles, tout en étant un appel à la reconnaissance de leurs limites : « Nous avons besoin de nous assurer qu'il existe un ordre dans le chaos du fonctionnement psychique et qu'il y a des théories pour expliquer les changements psychiques. De plus, nos théories nous aident à faire face aux inconnus de la situation clinique ainsi qu'à nous prémunir contre la solitude qui est la nôtre dans cette situation à deux. En nous attachant à une école théorique, nous faisons partie d'une famille, nous sommes moins seuls face aux incertitudes qui nous assaillent tous les jours ... L'idéal serait de tenir dans le même respect que les nôtres les théories des autres ; cela nous permettrait de mieux percevoir les limites de nos propres modèles et leur prégnance. »

On en arrive ainsi à penser que si nous connaissions un peu mieux les croyances qui nous animent comme thérapeutes, nous serions à même de mieux savoir qui nous sommes et d'être plus tolérants envers ceux qui pensent et pratiquent la psychothérapie autrement que nous. C'est là l'objet du dernier point que j'aimerais développer

³ Une croyance nous engage toujours. Si nous y tenons, c'est parce qu'elle nous tient dans notre identité. Nous y engageons ce qui nous est le plus cher, au plus près de l'étymologie du verbe anglais *to believe*, qui dans le vieil anglais du XVI^e siècle signifiait aimer, chérir, considérer comme cher, ce même sens que l'on retrouve dans le mot allemand *belieben* et, selon la même racine, dans le mot latin *libet* (il plaît) ou *libido* (plaisir). C'est dans ce contexte que Bacon pouvait définir en 1625 la croyance du vrai comme « jouissance » par opposition au questionnement ou à la recherche de la vérité.

Double clarification pour la validation scientifique d'une méthode psychothérapeutique

Partant de l'idée qu'une connaissance d'avant la connaissance, sous forme de présupposés ou de croyances, influence toute connaissance scientifique, sans priver pour autant celle-ci d'une cohérence spécifique, il nous semble qu'un double travail critique doit être opéré par toute école qui souhaite attester d'une certaine rationalité de sa pratique : d'une part, rendre compte de sa méthode selon des critères scientifiques de pertinence et de preuve – c'est la clarification de type scientifique ; d'autre part, expliciter l'épistémologie (au sens batesonien) que cette méthode engage de manière à mettre en évidence les croyances et les valeurs spécifiques qui la sous-tendent, non nécessairement partagées par d'autres – c'est la clarification de type épistémologique.

Clarification scientifique

Pour la première tâche, nous proposons cinq critères en fonction desquels toute méthode psychothérapeutique devrait pouvoir être évaluée et déclarée en conséquence scientifique. Il s'agirait d'évaluer sa capacité à :

- rendre compte de ses *filiations thérapeutiques et de son contexte socio-culturel d'émergence* ;
- présenter une *théorie cohérente de la personnalité* où sont définis des critères de santé et de pathologie psychiques ;
- dégager les *facteurs curatifs du processus thérapeutique* , qui permettent de faire un lien entre sa théorie étiopathogénique du trouble psychique, les techniques utilisées et le changement qu'elle vise ;
- mettre en évidence son *efficacité*, sur la base de critères qui lui sont propres ;
- attester de son *insertion sociale dans la communauté scientifique* de par ses appartenances institutionnelles, ses activités de formation, de recherche, et de publication.

Comme on le remarque, l'évaluation de la psychothérapie du point de vue de son efficacité ne représente qu'un critère parmi d'autres. Par ailleurs, s'il importe que toute

orientation psychothérapeutique fournisse des données empiriques pour mettre en évidence son efficacité, il faut souligner que ces données n'ont pas à être traitées univoquement selon la méthode expérimentale quantitative, mais selon des critères en consonance avec la méthode psychothérapeutique concernée (cf. Duruz, 1996).

Clarification épistémologique

Pour ce qui est du travail d'explicitation épistémologique, on pourrait souhaiter que chaque orientation et ses psychothérapeutes formulent, sous forme d'inventaire, les énoncés fondamentaux de leurs présupposés concernant l'homme, la société et la science. Mais ne nous le cachons pas, ce travail d'explicitation est extrêmement difficile, puisqu'il engage un travail identitaire touchant des croyances et des valeurs, qui peut difficilement se limiter à un seul exercice épistémologique d'ordre cognitif et autoréférencé.

Si comme le prétend l'anthropologie clinique, dans sa dimension herméneutique, telle que l'ont développée entre autres Gadamer et Ricœur, tout travail d'élucidation de soi passe par la médiation de l'autre⁴, je pense que c'est dans l'interaction directe entre collègues, au niveau d'un échange sur nos pratiques, que nous parviendrons un peu mieux à prendre conscience des prémisses et croyances qui nous animent. Dans ce sens, pour favoriser le travail d'articulation épistémologique différentielle entre les méthodes psychothérapeutiques, la mise en place d'« ateliers d'épistémologie clinique » peut s'avérer fort pertinente. A partir de la description la plus précise possible des gestes professionnels accomplis par un de leurs collègues en situation thérapeutique, les participants d'un tel groupe sont priés de commenter et de réagir : pourraient-ils soutenir ces mêmes gestes professionnels? si non, pour quelles raisons ? pourquoi les éprouveraient-ils, s'ils les accomplissaient eux-mêmes, comme éventuellement « déplacés », « non thérapeutiques », « impensables ». Le but est de prendre conscience, à travers les gestes d'une pratique concrète (par exemple, voir un patient dans tel cadre, lui dire ceci, lui proposer telle tâche, le toucher, lui donner un médicament, etc.), des

⁴ Pour l'anthropologie herméneutique, Il n'y a pas d'immédiateté à soi-même. « Nous ne sommes que ténèbres à nous-mêmes, écrivait Malebranche, il faut que nous nous regardions hors de nous pour nous voir. »

manières spécifiques et différentes, toujours subjectives⁵, de se représenter la santé et le bonheur de l'être humain, la fonction du temps et de l'argent dans le processus thérapeutique, le rôle d'un modèle thérapeutique, la fonction du psychothérapeute dans la société actuelle, etc. Une voie privilégiée, me semble-t-il, pour un réel dialogue entre psychothérapeutes⁶.

Cette interpellation mutuelle dans le cadre de ces groupes devrait ainsi permettre à chaque participant d'être un peu plus au clair sur ses conceptions de l'homme, de la société et de sa pratique professionnelle, de mieux réaliser quels présupposés il partage ou non avec ses collègues, et d'évoluer – on peut le souhaiter – sur certains d'entre eux. On oeuvre ainsi vraiment au cœur même de l'anthropologie clinique, à visée comparative, qui implique que dès le moment où l'on s'intéresse à l'autre différent de soi, on se trouve transformé dans la compréhension de soi-même.

Conclusions

Pour terminer, j'aimerais bien souligner qu'une telle position n'a rien d'un irénisme naïf ou d'un œcuménisme baveux. Ce travail d'articulation épistémologique différentielle entre les méthodes psychothérapeutiques, au contact de collègues qui ne pensent pas comme nous, est difficile et ne peut être que tensionnel. Il ne vise pas à une intégration des modèles et récuse un éclectisme pragmatique, souvent facile et opportuniste. Comment se positionner quand on découvre que certaines valeurs retenues par des collègues sont pour nous davantage des anti-valeurs ? Comment se comporter lorsque le seuil des « désaccords minimaux » est dépassé ?

J'ai tendance à soutenir qu'il est important qu'un psychothérapeute se forme dans une orientation précise, qu'il acquiert d'une certaine manière une langue maternelle de base, mais que l'ouverture de sa formation l'autorise par la suite à visiter d'autres

⁵ Cette manière de traiter de l'impact de nos présupposés ou « théories subjectives » sur notre pratique est sans doute proche de ce que Lantéri-Laura a nommé la « théorie de la pratique », à savoir ce discours implicite, fait de théorisations partielles fondant le savoir faire, et dont l'aménagement clinique peut faire l'objet d'un questionnement tout à la fois éthique et épistémologique. Pour un tel développement, cf. par exemple, Grenouilloux (2010) et Kress (2006).

⁶ Je ne traite malheureusement pas dans cet exposé du dialogue tout aussi important entre le psychothérapeute et le patient au sujet de leur vision respective du monde. Jusqu'où doivent-elles se rejoindre ?

terres⁷... Une fois ses pensées et ses gestes professionnels imbibés d'un certain idiome de base, pourquoi l'empêcherait-on de faire l'expérience d'autres cultures et d'autres langues psychothérapeutiques ? Ce serait oublier que les limites de notre langue sont les limites de notre monde. Est-il légitime de se déclarer bilingue ? d'abandonner une langue pour une autre ? de se déclarer fidèle à sa langue maternelle, mais enrichi par la pratique d'une ou deux autres langues ? S'il est dommageable de ne pas avoir été formé à une langue maternelle, une des racines de son identité, il l'est tout autant, me semble-t-il, de ne pas reconnaître l'existence d'autres langues, ouvrant sur d'autres manières d'habiter le monde. Poursuivant avec la métaphore de la langue ici développée, je soutiens que deux extrêmes sont à éviter absolument, qui abolissent l'un et l'autre les différences : pour le dire brièvement et crûment, l'*esperanto* psychothérapeutique d'une part et les mouvements de purification ethno-thérapeutique d'autre part !

En fréquentant d'autres langues, on peut découvrir la complexité de la sienne, ses finesses comme ses limites, et se risquer alors parfois à des traductions sans trop de trahison. Dans son esprit universel, Goethe ne nous invitait-il pas à cette ouverture sans pour autant renier l'ancrage identitaire de la langue-mère, lorsqu'il écrivait : « *Wer fremde Sprachen nicht kennt, weiss nichts von seiner eigenen* », ce qui peut se traduire en ces termes : « Celui qui ne connaît pas de langues étrangères, ne sait rien de la sienne propre » ?

Références bibliographiques

- BATESON (G.) (1971), La cybernétique du « soi » : une théorie de l'alcoolisme. In Bateson G. (Ed). 1977. *Vers une Ecologie de l'Esprit*. Tome I. Paris : Seuil, pp. 225-252.
- DURUZ (N.) (1996), Pour une psychothérapie scientifique. A chaque psychothérapie sa méthode d'observation et de validation. *Psychotherapie Forum*, 3 : 158-162.
- DURUZ (N.), GENNART (M.) (sous la direction) (2002), *Traité de psychothérapie comparée*. Genève : Médecine et Hygiène.
- DURUZ (N.) (2009), De l'éclectisme à la pensée d'école en psychothérapie : la voie de l'anthropologie clinique. *Persp. Psy.* 48 (2) : 194-200.

⁷ Il s'agit ici d'une question très importante par rapport à laquelle doivent se positionner les formateurs en psychiatrie et psychologie clinique : heurts et malheurs d'une formation en psychothérapie, qui risque d'être soit trop dogmatique, soit trop éclectique !

GRENOUILLOUX (A.) (2010), Nature, statut et transmission de la théorie de la pratique (soumis à publication).

KRESS (J.-J.) (2006), Le diagnostic en psychiatrie et les orientations théoriques des psychiatres. *In* A. Dallion-Grillat et al. *Le diagnostic en psychiatrie : question éthiques*, Paris : Masson, pp. 108-118.

McDOUGALL (J.) (1988), Quelles valeurs pour la psychanalyse ? *Revue Française de Psychanalyse*, 52 : 585-612.

NEYRINCK, (J.) (1999), *L'ange dans le placard*. Paris : Desclée de Brouwer.