



HAL
open science

Le raisonnement pratique : entre casuistique et statistique?

F. Advenier

► **To cite this version:**

F. Advenier. Le raisonnement pratique : entre casuistique et statistique?. *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique*, 2010, 168 (2), pp.152. <10.1016/j.amp.2009.12.002>. <hal-00617373>

HAL Id: hal-00617373

<https://hal.science/hal-00617373v1>

Submitted on 28 Aug 2011

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire HAL, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



HAL Authorization

Accepted Manuscript

Title: Le raisonnement pratique : entre casuistique et statistique?

Author: F. Advenier

PII: S0003-4487(09)00363-1
DOI: doi:10.1016/j.amp.2009.12.002
Reference: AMEPSY 1105

To appear in: *Annales Médico-Psychologiques*



Please cite this article as: Advenier F, Le raisonnement pratique : entre casuistique et statistique?, *Annales medio-psychologiques* (2008), doi:10.1016/j.amp.2009.12.002

This is a PDF file of an unedited manuscript that has been accepted for publication. As a service to our customers we are providing this early version of the manuscript. The manuscript will undergo copyediting, typesetting, and review of the resulting proof before it is published in its final form. Please note that during the production process errors may be discovered which could affect the content, and all legal disclaimers that apply to the journal pertain.

*Communication***Le raisonnement pratique : entre casuistique et statistique ?****Practical reasoning: Between casuistic and statistic?****F. Advenier**

*EPS de Ville-Evrard, CMP, Service du Dr Destal, 9, rue de l'alliance, 93400 Saint-Ouen,
France*

Auteur correspondant : Docteur F. Advenier, EPS de Ville-Evrard, CMP, Service du Dr Destal, 9, rue de l'alliance, 93400 Saint-Ouen, France

Adresse email : Frederic.Advenier@orange.fr

Tél. : 01 40 10 89 40

Résumé

Notre hypothèse est que c'est un conflit lié aux contraintes propres à deux modes de raisonnements pratiques qui explique un des motifs de la polémique liée à l'évaluation des psychothérapies. D'un côté, un raisonnement déductif basé sur le triptyque patient moyen/technique à principe actif causal / maladie type. C'est le raisonnement statistique issu de l'EBM. De l'autre, un raisonnement inductif basé sur la description d'un patient prototypique/un contexte/des règles d'actions limitées à un domaine d'application qui vise un objectif singulier. C'est le raisonnement par cas. Ces modes de raisonnement organisent en retour un type de débat particulier autour de preuves publiques ou de preuves privées. Des possibilités s'ouvrent pour résoudre ce conflit en pointant le fait que c'est l'accord autour de la clarté de la définition des procédures qui rend possible la reproductibilité d'un phénomène, et donc son observation et sa critique.

Abstract

What are the processes of judgment in a clinical practice? We describe statistical reasoning by EBM and reasoning by case analysis. There is a disagreement between these two ways of operating. On one side, there is a deductive reasoning is based on an average patient, a specific technique and a type of disease. On the other side, an inductive reasoning based on the description of prototypical patient, the context, and some procedural rules that are limited

in a specific domain. Those modes of reasoning organise two types of debate, based on public and private proof. The description of the procedures of observation of a phenomenon is the principal problem to clarify this disagreement.

1. Introduction

Le but de cet exposé est de tenter de comprendre l'un des motifs qui rend le débat sur l'évaluation des psychothérapies si polémique. Plusieurs pistes ont été déjà évoquées dans différents travaux. Par exemple, le fait que la subjectivité soit « quantifiable ou non », que les résultats de l'évaluation sont repris sur un « mode gestionnaire » [3]. J'aimerais explorer une autre piste de réflexion. Il me semble que dans ce débat, deux modes de raisonnement entrent en conflit, un raisonnement statistique qui conditionne une pratique, l'Evidence Based Medecine (EBM), et un raisonnement pratique classique par cas.

Pour poser le problème, nous fixerons différents points d'exploration. Le premier est de voir la situation polémique de manière assez simplifiée et idéalisée. Il y aurait, d'un côté, les cliniciens « statisticiens », « EBMiste », et de l'autre, les cliniciens qui raisonnent par cas, ou « casuistes ». Nous chercherons à voir en quoi leurs modes de pensée s'affrontent. Le deuxième point est que nous nous limiterons à un cheminement de pensée quotidien que les cliniciens effectuent et que nous pouvons appeler « raisonnement pratique ». Un raisonnement est un enchaînement, une combinaison ou une confrontation d'énoncés ou de représentations qui respectent certaines contraintes internes susceptibles d'être explicitées. C'est un processus actif qui est conduit en fonction d'un but, d'une intention. Dans le cas du raisonnement pratique, cette intention est d'atteindre un but visé, une solution à un problème, et de combiner des moyens en vue d'atteindre ce but [7]. Dans le cadre de la polémique autour de l'évaluation des psychothérapies, nous tenterons de décrire les contraintes internes de ces deux types de raisonnements pratiques que nous avons posés. Enfin, nous nous centrerons à un moment précis du raisonnement, celui où le clinicien prend une décision, c'est-à-dire qu'il conclut, prend une option parmi d'autres, prend partie. Sur quoi justifie-t-il son acte ?

2. Le raisonnement pratique statistique basé sur l'EBM

Nous nous basons sur les travaux d'Alexandra Giraud [5]. La préface du livre est rédigée par un professeur en informatique médicale, qui décrit l'EBM comme un antidote aux

vices de raisonnement des médecins, qui justifient leur pratique en racontant des « histoires de chasse », par exemple que telle thérapie est indiquée car elle a guéri « sa belle-mère ou sa voisine ». Le but de l'EBM est donc de limiter au maximum le poids des généralités issues de l'expérience empirique cumulée et non contrôlée du clinicien, dans ses processus de décision. Les généralités qui sous-tendent le raisonnement pratique doivent être produites de manière scientifique, via une expérience prospective, où l'on teste un traitement sur des groupes de patients comparables entre eux, dans un contexte où les paramètres sont les plus standardisés et reproductibles possibles, et les critères d'efficacité du traitement sont chiffrés. Idéalement et quotidiennement, le praticien doit raisonner comme suit : face à un patient, il doit reformuler les données de son anamnèse, de ses examens cliniques et paracliniques en données statistiques, c'est-à-dire en fonction d'un profil moyen de patient, d'un type de maladie, d'une thérapeutique claire et de résultats chiffrables. Il peut alors se demander dans quelles études son patient aurait pu rentrer et donc prédire potentiellement quels auraient été ainsi les effets de tel ou tel traitement, que l'on peut comparer sans se laisser duper par ses impressions.

Il y a plusieurs contraintes à prendre en compte quand l'EBM s'applique aux psychothérapies, dans la conception même d'une psychothérapie. Dans ce type d'évaluation, le clinicien est placé dans une logique de prescription d'un médicament. La psychothérapie est conçue comme une technique spécifique, dont on peut dégager les principes actifs, qui sont bien différents d'une technique à l'autre, et qui ont un effet causal sur un type précis de maladie. Les psychothérapies peuvent donc être comparées à des placebos, c'est-à-dire des entretiens où il n'y a pas d'utilisation de techniques spécifiques, mais des « facteurs communs » actifs. L'étude de ces facteurs ne rentre pas dans l'optique du champ expérimental. Ils sont neutralisés par l'utilisation d'au moins deux groupes de patients rendus comparables par tirage au sort. Le clinicien idéal prend sa décision via une déduction logique sur des prémisses validées statistiquement, des « lois statistiques » ou des « preuves », qui sont formulées avec des données reflétant : l'évolution moyenne, normale, d'un patient moyen, qui ressemble, par extrapolation, à l'évolution d'un individu ; une technique standardisée ; un type de maladie. Les informations sont déjà acquises, sans recours à l'expérience propre du clinicien, ou à toutes autres sources extérieures à l'EBM. Les éléments du contexte de l'action thérapeutique (par exemple le type d'institution où travaille le clinicien, ce pour quoi elle est financée, son histoire idéologique, les croyances du thérapeute...) ne rentrent pas dans ce jugement clinique. Nous allons voir que ce facteur prend une importance capitale dans le raisonnement par cas.

3. Le raisonnement par cas

Nous allons définir trois types de situations pour tenter de clarifier ce mode de pensée [7,9]. D'abord, la situation où un clinicien se « soucie d'un cas », le moment où il énonce à partir d'un ou plusieurs cas une généralité, et enfin, lorsqu'il évoque des preuves.

3.1. *Le souci d'un cas*

Un clinicien cherche à aider un individu, qui se trouve dans une situation singulière, à résoudre un problème. Pour chercher une solution, il effectue d'abord une description du cas. Les idées générales sont utilisées pour rendre des faits observables et pertinents, poser le problème, préciser les objectifs et les risques d'une éventuelle action. Elles peuvent être plus ou moins certaines, et cela a une importance relative car ces généralités sont convoquées ici pour rendre des faits concevables et donc les observer. Plus cette description est précise et plus l'éventuelle singularité du cas, c'est-à-dire de l'individu, et de son problème émergent par rapport à d'autres cas qui lui semblent similaires ou non. Ce sont donc des analogies et des comparaisons avec des cas similaires qui permettent de cartographier une situation et de tirer des conclusions pour agir. La résolution du problème est présomptive. Elle se fonde sur des similarités avec les cas servant de référence. Le praticien se trouve dans une posture de prudence, d'observation active et continue, qui lui permet de valider, au fur et à mesure de l'évolution de la situation problématique, la solution et ses principes, ou les réfuter. « Ça marche... Le cas évolue de façon positive, c'était un cas de routine ou exemplaire, comme on est habitué à en voir... », ou « Ça ne va pas mieux... Ce n'était pas le cas qu'on pensait... Il faut alors en évoquer d'autres ou alors admettre que nous nous trouvons devant "un cas" ». « C'est un cas ! », un cas exceptionnel qui ne ressemble à aucun autre cas évoqué. Au clinicien de montrer pourquoi et d'en faire « le cas » qui validera d'autres généralités.

3.2. *Le problème de la généralisation*

Nous touchons le problème principal du raisonnement par cas, le lien entre une généralité et un cas, c'est-à-dire une singularité. Comment une hypothèse générale est appliquée, ajustée dans une situation singulière ? Et l'inverse... Nous nous trouvons dans une démarche inductive et pas déductive. Ici, la généralité fait problème et n'est pas donnée au départ, comme elle peut l'être idéalement avec l'EBM. Une généralité est à concevoir ici comme une règle ou un ensemble de règles qui donnent un sens à des procédures codifiées

dans un domaine précis d'application, pour un résultat visé. Une règle, comme une loi, est un énoncé, une phrase, qui permet de disposer des objets en vue d'un effet déterminé, de les ordonner de manière fixe. Mais une règle n'est pas universelle, elle a un domaine de pertinence limité. Elle sous-tend également une certaine entente entre deux personnes au moins. On « s'accorde sur telle ou telle règle », qu'on peut faire évoluer si besoin. La notion de loi implique une nécessité, quelque chose qui s'impose à nous, qu'on ne peut négocier, « une loi de la nature ».

En décrivant le cas, le clinicien évoque différentes procédures possibles qu'il pourra, en fonction du contexte, mettre en œuvre en fonction d'un résultat qu'il vise. Ce sont donc des potentialités, des conditions de possibilités d'une action réglée qu'il cherche à dévoiler, ou des conditions qui rendent toutes actions impossibles et où l'on préfère attendre l'occasion pour agir ou rester dans l'expectative. Par exemple, imaginons plusieurs situations assez banales mais simplifiées. Un patient peut souffrir d'un des troubles qui se présentent sous les aspects d'une phobie sociale. Le contexte de ces symptômes et l'expérience du clinicien peuvent influencer sa manière d'agir, même si le but visé est de diminuer les symptômes du patient. C'est par exemple un patient très informé de son trouble, qui a fait des recherches sur le Net et vous a trouvé, car vous travaillez dans un centre spécialisé en troubles anxieux. Il est très motivé pour guérir et réfléchir sur des manières de penser et tous autres moyens à mettre en œuvre pour diminuer ses symptômes. La situation ne vous pousse-t-elle pas naturellement à engager une TCC ? Imaginons ce même patient, littéraire, jeune adulte, qui présente ces symptômes de phobies sociales, diluées dans une histoire familiale complexe, des relations amoureuses décevantes et sur lesquelles il veut s'interroger, et dont le récit vous fait penser à différentes « histoires ». Ainsi formulé, le diagnostic n'oriente-t-il pas plus vers une procédure d'écoute analytique ? Autre situation : un patient souffrant de troubles phobiques est adressé par son médecin du travail qui lui a dit « d'aller voir le psy », et qui, se plaignant surtout de la méchanceté et de la médiocrité de ses collègues et conditions de travail, attend de vous un certificat d'inaptitude. Les conditions ne semblent ici pas vraiment réunies pour entreprendre une action thérapeutique ? Vous pouvez le renvoyer à son médecin du travail ou tenter de travailler avec lui à requalifier d'abord son problème afin de créer des conditions où ce qui se passe en séance prenne le sens d'un travail sur soi et pas celui de la résolution directe d'un problème social.

Nous voyons que la construction du cadre thérapeutique est ici importante, cadre où peut s'articuler la mise en œuvre d'une technique spécifique, qui lui fait prendre un sens précis, en vue de la solution à ses symptômes. D'autre part, nous voyons aussi que le clinicien

est amené à raisonner, non pas en fonction de type pathologique, mais en fonction d'un patient type, un « prototype ». Un patient, son raisonnement et son contexte ont plus ou moins de similarité avec un modèle idéal qui permet de pressentir des effets logiquement articulés entre eux via des actions spécifiques. La thérapeutique n'est pas vue ici comme une médication ou un principe actif, mais comme un échange « médié » par des règles que l'on définit progressivement en définissant un contexte d'action, qui permettent de faire évoluer un mode de fonctionnement psychique qui se révèle dans un contexte de vie sociale. Le thérapeute évolue en situation d'incertitude, tâtonne, avance en construisant, devinant et déduisant dans quelle situation il évolue. Il est aidé par son expérience et une attitude critique où il reformule au fur et à mesure des hypothèses qui le guident. Sa décision est donc beaucoup moins tranchée que dans la situation que nous avons décrite dans l'EBM.

3.3. *Quelle preuve ?*

Le problème qui surgit maintenant est le suivant : le raisonnement pratique que nous avons décrit dépend de la manière dont le clinicien appréhende le contexte et articule une technique à celui-ci. Cette situation est donc peu reproductible. De ce fait, le savoir du thérapeute se limite à une opinion. Comment valider les règles et leurs domaines d'applications pour les faire accéder à un statut de savoir et pas seulement de savoir-faire ?

Dans l'histoire de la médecine mentale, le récit de cas et la monographie occupent une place très importante comme « monstration » d'une procédure et d'une organisation significative d'enchaînement de faits qui deviennent alors intelligibles. Cette monstration peut être médiocre, « présomptueuse », et ne rentrer que dans le cadre des « histoires de chasse » que nous avons évoquées plus haut. Mais cette monstration devient une « démonstration » quand, via le discours de l'orateur ou l'écrivain, sa clarté, la puissance de son argumentation logique et la manière de le formuler en font un fait explicable, critiquable et convainquant. L'autorité de celui qui tient ce discours et qui s'adresse au public prend une valeur importante pour entendre et valider l'argumentation. La rhétorique, l'art de persuader sont les pièges de cette situation. Outre l'esprit critique de l'auditeur, la définition de la procédure qui a permis d'observer le cas décrit, et donc de le reproduire, est un gage de validité.

Le raisonnement par cas opère donc par « induction », c'est-à-dire par description, révision, normalisation d'une règle dans un domaine précis d'application, pour un patient prototypique, et qui permet ainsi d'articuler une action et un contexte en vue de résoudre un problème.

4. Le problème

La base de notre problème est que le clinicien a besoin de motifs pour guider son action thérapeutique et en rendre compte. La part prise par l'analyse du contexte et des analogies avec des situations passées dans le raisonnement et le jugement clinique [2,4,6] semble être le point de discordance produit par les deux modes de raisonnements pratiques que nous venons de décrire. Dans l'EBM, ces motifs prennent la forme d'une loi statistique, universelle, considérant l'action thérapeutique comme une action causale sur un trouble, un « phénomène » que l'on peut isoler de son contexte. Nous sommes dans une logique de prescription d'une technique basée sur des énoncés validés. Ce modèle rentre bien dans un débat justifiant une pratique à grande échelle, de manière abstraite, sur une population. Il fournit des « preuves publiques » de justification d'une thérapie, dans un débat qui peut être clos par des données chiffrées et validées. Elles sont nécessaires pour régler des conflits d'intérêts à grande échelle. Aussi, l'EBM met l'accent sur la technique, qui dans ce même modèle n'explique que 10 % de la taille d'effet, 90 % l'étant par des facteurs non spécifiques, et principalement par la variable « psychothérapeute » [1].

Dans le raisonnement par cas, c'est la définition du contexte où est inclus le thérapeute [2] et de son articulation avec le problème qui va guider l'application de telle ou telle règle thérapeutique. Nous sommes dans une logique de recombinaison ou de redescription des phénomènes observés. Elle implique la personne qui décrit, son discours, sa manière d'être. L'effet de preuve se fait dans un domaine privé, entre personnes qui « s'entendent » (plus ou moins...). Elle fournit des « preuves privées » et serait plus pertinente pour expliquer comment le clinicien utilise activement des « facteurs communs » pour mettre en mouvement les conditions possibles d'une action à visée psychothérapeutique.

5. Conclusion

Revenons à notre hypothèse de départ. La polémique peut s'expliquer en partie par le fait que les contraintes internes liées à chaque mode de raisonnement amènent à définir des « objets pratiques » propre à chacun de ces modes. L'EBMiste et le casuiste ne voient et ne parlent pas de la même chose mais ils sont confrontés à des situations ou des phénomènes quotidiens semblables. Ces modes de raisonnement organisent en retour un type de débat particulier autour de preuves publiques ou preuves privées. Nous pouvons apercevoir que des possibilités sont ouvertes pour rendre le dialogue possible. Par exemple, en pointant le fait

que c'est l'accord autour de la clarté de la définition des procédures qui rend possible la reproductibilité d'un phénomène, et donc son observation critique. La définition d'étude statistique de cas se précise : un cas peut être son propre témoin pour des traitements différents et des mesures répétées et standardisées ; une définition opératoire des paramètres du contexte en permet une analyse statistique ; les études d'efficience se développent [3,8,9]. Mais cela ouvre sur d'autres problématiques complexes : quelles limites donner à la définition d'un contexte ? Quels critères d'identité permettent d'individualiser un fait observable et de le mettre en rapport direct avec des concepts ?

Conflit d'intérêt : aucun

Références

- [1] Briffault X. Le problème de l'évaluation des psychothérapies, séminaire de Pierre Henri Castel, 14 janvier 2009, disponible en ligne sur : <http://pierrehenri.castel.free.fr/>
- [2] Demazeux S. Entretien avec J. Wakefield. *Psych Sci Hum Neurosci* 2009;7:15–22.
- [3] Fischman G. L'évaluation des psychothérapies et de la psychanalyse – Fondements et enjeux. Paris: Masson; 2009. P. 286.
- [4] Fouré L. Du positivisme en médecine mentale : Foucault et l'aliénisme. *L'Évolution psychiatrique* 2009;74:189–205.
- [5] Giraud A. La nouvelle évaluation médicale – pour une méthode de la pratique clinique. Paris: Economica; 2000. P. 222.
- [6] INSERM. Trois approches évaluées. Paris: Les éditions INSERM; 2004.
- [7] Oléron P. Le raisonnement. Paris: PUF « Que sais-je ? »; 1977.
- [8] Passeron JC, Revel J. Penser par cas. Paris: Editions EHESS; 2005. P. 292.
- [9] Widlöcher D. La méthode du cas unique. *Psychologie française* 1999;44:227–32.

Discussion

Pr M. Laxenaire – Je voulais vous demander à quelle méthode vous donnez finalement la préférence ? La casuistique ou la statistique ?

Dr J.-M. Thurin – Le concept de « cas unique » (*single case*) peut être avantageusement remplacé par celui de « cas isolé ». Cette terminologie permet de prendre en compte le fait qu'un « cas unique » partage souvent un air de famille avec d'autres cas. Les différences dans l'évolution de ces cas sont alors un objet de questionnement important à la fois pour la pratique et la théorie, plutôt que d'être simplement attribuées à l'irréductible unicité de chaque cas.

Réponse du Rapporteur – Préférence est un mot piège ! Cela dépend des jours ! Comme le souligne le Dr Thurin, c'est la question des généralisations que l'on peut faire à partir de la pratique et de leur pertinence qui fait problème. Comment trouver des manières de penser pour garder un intérêt, une curiosité, sur ce qui se passe en pratique ?