

Rester fidèles à l'esprit *hacker*

Faithfulness to hacker's spirit

Jean-Louis Monestès - CHU de la Réunion - ✉ jlmonestes@yahoo.fr

Journal de thérapie comportementale et cognitive (2013) 23, 157—158.

À la lecture de ce titre, certains penseront peut-être s'être trompés de journal et avoir ouvert une revue de piratage informatique. Qu'on se rassure. L'idée de cet éditorial n'est pas de faire l'apologie des Anonymous, mais d'utiliser le monde du *hacking* comme analogie pour réfléchir à nos pratiques.

À l'origine, un *hacker* n'est pas un pirate qui s'introduit dans les systèmes informatiques, mais simplement quelqu'un qui aime démonter les objets du quotidien afin d'en comprendre leur fonctionnement, pour éventuellement les réparer, les améliorer ou les détourner de leur usage. Parmi les compétences du *hacker*, on trouve à l'évidence une appétence pour la manipulation directe des objets, mais aussi et surtout une habitude d'en extraire une compréhension générale. Le *hacker* est un expérimentaliste dans l'âme. Il déduit de ses observations, établit des hypothèses de fonctionnement, et les transpose à une autre application. Il opère le poste de télévision pour découvrir comment fonctionne une LED, puis utilise cette connaissance pour fabriquer un capteur de mouvement qui déclenche la cafetière dès qu'il bouge au fond de son lit. En d'autres termes, le *hacker* réalise en permanence des aller et retours entre théorie et pratique.

À bien y regarder, les TCC se sont construites dans l'esprit du *hacking*. Il s'est d'abord agi de faire des hypothèses sur le fonctionnement de comportements du quotidien, puis de tester ces hypothèses en laboratoire, d'en dégager des processus généraux, pour ensuite en proposer des applications en clinique afin de modifier des comportements qui faisaient souffrir les patients. L'interaction entre clinique et recherche est au centre des principes des TCC.

Mais avec le raffinement des techniques et les preuves grandissantes de leur efficacité, cette interaction entre théorie et pratique s'est progressivement étiolée. Ou, à tout le moins, une division s'est opérée entre cliniciens et chercheurs, les premiers s'intéressant uniquement à apprendre les techniques que les derniers mettent au point et évaluent. Les cliniciens d'aujourd'hui sont légitimement pressés de passer à l'action et d'apprendre ces « recettes » dont l'efficacité a été tellement démontrée. C'est la face obscure du modèle « evidence-based » : on reproduit les traitements qui ont été évalués et validés, mais en même temps, on oublie progressivement de se demander pourquoi et comment ces techniques fonctionnent. Cela pourrait ne pas représenter un véritable problème, à la condition que les traitements évalués correspondent parfaitement aux problèmes concrets rencontrés en clinique. À tous les problèmes rencontrés en clinique. Sauf que, très vite, chacun constate que les situations cliniques qui peuplent les manuels sont très différentes de celles qui constituent le quotidien de la thérapie, et que beaucoup échappent à la « recette ». Comment pourrait-il en être autrement, puisque chaque situation clinique, chaque histoire comportementale, est unique ?

De fait, lorsque rien ne se passe comme dans les livres ou dans les cours, et que, pour orienter ses choix thérapeutiques, on ne dispose pas de connaissances sur pourquoi et

comment les techniques sont censées fonctionner, on finit par tout mettre de côté. Le constat des formateurs est amer : une part non négligeable des praticiens formés aux TCC ne les pratique finalement pas. Même chose pour ce qui concerne l'utilisation de manuels de thérapeutes : seuls 11% des cliniciens déclarent s'en servir régulièrement et suivre les protocoles qu'ils décrivent [1]. Assez embarrassant quand on revendique une inscription dans l'evidence-based....

Comment remédier à ces problèmes ? En revenant à l'esprit *hacker* des débuts.

D'abord pour ce qui concerne l'évaluation même de l'efficacité des démarches thérapeutiques. Dans sa forme actuelle, le modèle « evidence-based » n'est peut-être pas totalement adapté aux psychothérapies car s'il permet de mettre en lumière les techniques qui fonctionnent, il ne dit rien de comment elles agissent. Ceci implique, entre autres risques, de définir comme différentes des techniques qui ont pourtant recours aux mêmes processus psychologiques. Pour enrichir l'evidence-based en psychothérapie, David et Montgomery [2] proposent d'inclure dans l'évaluation de nos pratiques une appréciation de la validité des modèles théoriques qui les sous-tendent. Pour être efficace et généralisable, un modèle thérapeutique doit reposer sur des concepts et des hypothèses théoriques solides, cohérents, qu'il convient tout autant d'évaluer que l'efficacité clinique, au moyen d'expérimentations systématiques en laboratoire des mécanismes d'action supposés importants. Il s'agit de découvrir des processus psychologiques afin de favoriser la généralisation de ce qui fonctionne.

Retourner au *hacking*, encore, mais cette fois au niveau de la clinique. C'est là en effet que l'esprit *hacker* doit le plus refaire surface : connaître la théorie permet au clinicien d'adapter ses outils à chaque patient, et de ne pas se sentir désarmé lorsque la situation clinique n'entre pas dans les cases, c'est-à-dire à peu près tout le temps... Il s'agit donc de quitter une transmission des avancées thérapeutiques uniquement sous la forme de « recettes de cuisine », avec le premier chapitre théorique de chaque manuel posé en guise de caution scientifique, et vite *zappé* par le lecteur. A l'inverse, on privilégiera la description précise des processus psychologiques impliqués et des objectifs de modifications comportementales visés, afin que chaque clinicien se les approprie et les décline dans une démarche clinique qui lui est propre, ainsi qu'à chacun de ses patients.

Le constat d'un désintérêt pour la théorie et des risques encourus par notre discipline alerte de plus en plus. Il faut dire que l'enjeu majeur, paradoxalement, est que les patients ne bénéficient pas des traitements qui marchent, puisqu'ils sont abandonnés par ceux-là mêmes qui les ont appris. Le problème est d'une ampleur telle que la revue Behavior Therapy consacre prochainement un numéro spécial sur la place respective de la théorie et de la pratique dans le travail clinique quotidien et dans la formation [3]. Des initiatives voient également le jour pour un retour à une formation davantage centrée sur la théorie. C'est le cas par exemple à l'ABCT (Association for Behavioral and Cognitive Therapies), une des grandes associations internationales de TCC, qui recommande que le doctorat de psychologie clinique inclue un enseignement conséquent sur les théories et les concepts des TCC [4]. Un passage obligé pour que les cliniciens ne soient pas que des consommateurs de techniques livrées clés en main, mais retrouvent l'intérêt de connaître comment leurs outils fonctionnent, afin qu'ils les adaptent à leurs patients, et contribuent à la construction de notre corpus de connaissances.

Conflit d'intérêt : Aucun

Références :

[1] Becker E M, Smith A M, Jensen-Doss A. Who's using treatment manuals? A national survey of practicing therapists. *Behav Res Ther* 2013;51(10):706-10.

[2] David D, Montgomery GH. The Scientific Status of Psychotherapies: A New Evaluative Framework for Evidence-Based Psychosocial Interventions. *Clin Psychol: Sc Pract* 2011;18(2):89-99.

[3] Reese H E, Rosenfield E, Wilhelm S. Reflections on the Theory-Practice Gap in Cognitive Behavior Therapy. *Behav Ther* 2013. doi.org/10.1016/j.beth.2013.06.001

[4] Klepac RK, Ronan GF, Andrasik F, Arnold KD, Belar CD & Coll. Guidelines for cognitive behavioral training within doctoral psychology programs in the United States: Report of the Inter-Organizational Task Force on Cognitive and Behavioral Psychology Doctoral Education. *Behav Ther* 2012;43(4):687-697.