

## Manifeste clinique pour un usage raisonnable du chiffre

*Le demi-savoir triomphe plus facilement que le savoir complet : il voit les choses plus simples qu'elles ne sont, et par là en donne une idée plus compréhensible et plus convaincante.*

*Friedrich Nietzsche*

Une vague de données de recherches quantitatives a déferlé sur le monde de la psychothérapie. Après quelques années de marche forcée vers la quantification, nombreux sont les cliniciens d'expérience qui en contemplant les effets et sont troublés et préoccupés par la direction qu'elle donne à la conception même du soin en santé mentale.

Le développement de la recherche quantitative quant à l'efficacité de la psychothérapie est récent. Elle est structurée pour opérer non pas dans le singulier, le particulier, mais au contraire dans l'indifférencié, le semblable : le plus grand échantillon d'individus possible, partageant des variables les plus similaires possible, à qui on applique un traitement le plus uniforme possible pour produire le résultat le plus constant possible. Elle opère dans le monde abstrait des concepts. Le patient est envisagé, entendu et compris à travers une grille diagnostique. Cette grille est idéalement la même pour tous : le DSM-5. Les patients étudiés doivent idéalement tous avoir un même diagnostic, et uniquement celui-là. La recherche quantitative est traditionnellement axée sur la rémission des symptômes rattachés au diagnostic. Elle produit des résultats dont le puissant pouvoir de conviction repose sur le concept d'objectivité. Sa stratégie explicative adhère résolument à la position qu'on nomme en philosophie des sciences le réductionnisme. Cette vision est opposée à l'idée de holisme et consiste à étudier une notion complexe en la décomposant en plusieurs notions plus fondamentales, plus simples et donc plus faciles à étudier. Elle décompose l'intervention psychothérapeutique en variables (du client, du thérapeute, de la relation thérapeutique et du modèle d'intervention) mesurables entre lesquelles le chercheur tentera d'établir des relations de cause à effet les plus généralisables possible. Pour des raisons économiques, idéologiques et administratives, la vision proposée de l'intervention est peu étendue dans la durée. Passées les 16 rencontres, la voix des chercheurs s'affaiblit en un murmure. Sa quête de connaissance est linéaire. Son épistémologie et son caractère scientifiques sont intrinsèquement et radicalement fondés sur la reproductibilité. Le contrôle des variables est le moyen et la prévisibilité l'objectif. Elle est particulièrement adaptée à l'épidémiologie et à l'étude des phénomènes globaux. C'est à elle que nous devons par exemple d'avoir convaincu des acteurs qui ne pratiquaient ni ne connaissaient la psychothérapie que celle-ci produit des résultats comparables ou même supérieurs à la pharmacothérapie.

Les psychothérapies de transformation en profondeur sont issues d'un paradigme autre, ancré dans plus d'un siècle d'histoire. Elles opèrent dans le particulier, le singulier et l'intime. Le patient y est envisagé à travers son expérience subjective, sa souffrance, et son histoire unique et concrète. Il est entendu et compris à travers un dialogue qui se co-construit au sein d'un processus émergent, et donc par essence imprévisible. Processus qui se déroule et prend forme dans la durée. La relation en est le lieu et la matière. Le clinicien y participe activement par un engagement personnel et profond. Engagement cognitif par les grilles diagnostiques reliées à son approche, les théories du développement qu'il possède, ainsi que les modèles de psychothérapie et les techniques associées qu'il maîtrise. Engagement affectif mis en acte par l'attention qu'il porte à sa propre expérience en résonance à l'univers émotif du patient. Il s'ouvre à une relation engagée, réfléchie et ressentie où domine la recherche conjointe de sens. Chaque suivi est unique et non reproductible. Le clinicien collabore avec le client au sein d'un processus où l'herméneutique et le qualitatif sont les outils essentiels. La rigueur et la subjectivité encadrent la réflexion-en-action qui guide à chaque instant l'ajustement du suivi. Dans un tel contexte, la perspective statistique et populationnelle n'est qu'un indice lointain qui s'ajoute aux innombrables variables en constante interaction. Sa quête de connaissance s'inscrit dans la science de la complexité d'Edgar Morin selon laquelle dans tout système complexe, l'imprévisibilité et le paradoxe sont toujours présents et certaines choses restent inconnues<sup>1</sup>.

À l'évidence, ces deux perspectives sont différentes. Elles constituent deux manières dissemblables d'appréhender le monde qui nous entoure. Elles ont chacune leur logique propre et leurs champs d'application. L'un étant global et statistique, l'autre particulier et relationnel. L'usage des données probantes tel que défini par l'Ordre des psychologues du Québec s'inscrit d'ailleurs dans la complémentarité et la collaboration entre ces deux perspectives : « *La pratique fondée sur les données probantes en psychologie intègre les meilleurs résultats de recherche disponibles et l'expertise clinique en tenant compte des caractéristiques des patients, de leur culture et de leurs préférences* »<sup>2</sup>.

Cette intégration est cependant moins simple qu'il n'y paraît. Elle nécessite en effet la cohabitation de ces deux visions du monde à l'intérieur d'une même personne (psychothérapeute, chercheur, patient, gestionnaire, etc.). Or, ces perspectives sont non seulement différentes en essence, mais elles font appel à des facettes différentes de notre appareil neurologique. Nous vous recommandons à cet égard la lecture des recherches de pointe colligées par Ian McGilchrist<sup>3</sup> qui démontrent à quel point cette dichotomie est irréductible, profonde et nécessaire. Elle est incarnée par nos deux hémisphères cérébraux, non pas comme on l'a longtemps cru en terme de polarité rationnel/émotif, mais plutôt comme deux manières d'appréhender le monde ayant chacune leur rationnel **et** leurs émotions. La conciliation des deux est une tâche qui mobilise notre cerveau dans une tension permanente et nécessaire. L'équilibre dynamique qui en résulte contribue à faire de chacun d'entre nous l'humain que nous sommes, et ultimement de nous tous la société que nous sommes. Cet équilibre est complexe et instable. Il requiert une attention permanente pour réguler les tensions qu'il met en jeu.

Dans le domaine de la psychothérapie, ces tensions s'incarnent naturellement entre la recherche quantitative abstraite et le travail clinique concret sur le terrain. Ces tensions sont non seulement inévitables, mais elles sont saines et nécessaires. Il ne s'agit pas de les réduire, encore moins de les éliminer, mais bien de tirer de leur équilibre dynamique une force constructive. Ces dernières années un mouvement de fond menace l'équilibre entre ces deux modes d'appréhension du monde au bénéfice de l'un et au détriment de l'autre. Le chiffre se voit attribuer une valeur supérieure car il prétend rendre compte de la réalité telle qu'elle existe indépendamment de l'esprit. Le subjectif est quant à lui considéré de valeur limitée et moindre car partial et anecdotique. Pour les raisons exposées plus haut, accorder systématiquement plus de valeur au chiffre qu'à l'expérience du patient et du thérapeute est certes plus simple et plus facile, mais également irrationnel et déraisonnable. C'est pourtant ce que nous faisons de nombreuses manières.

La Société canadienne de psychologie (SCP) a établi et publié une « *hiérarchie des preuves de recherche liées à la pratique clinique* »<sup>4</sup>, sur laquelle on nous dit que les cliniciens devraient se baser pour recommander et « dispenser »<sup>5</sup> un traitement psychologique. Cette échelle compte cinq rangs. Elle va comme suit en ordre décroissant de force de preuve : D'abord les chiffres : **1) les méta-analyses, 2) les recherches à validité élevée et 3) les recherches ayant une validité interne et externe limitée.** Ensuite seulement : **4) les consensus d'experts basés sur des processus formels, et en toute fin : 5) l'expérience et l'opinion professionnelle non basée sur une recherche publiée, autrement dit, le jugement clinique.** Il est spécifié que ce dernier ne doit être considéré qu'à la condition qu'il n'existe pas de recherche de rang supérieur. Pensons-y : toute étude chiffrée, même si elle a des problèmes de validité, a catégoriquement plus de valeur que le jugement professionnel d'un clinicien d'expérience.

En psychiatrie, plus proche de l'univers médical, Alexis Thibault constate que « *Les évidences provenant d'études contrôlées randomisées (ECR) et de méta-analyses d'ECR trônent au sommet de cette hiérarchie, suivies des évidences provenant d'autres études au design empirique. Toutes autres 'évidences', toutes autres formes de savoir et toutes autres justifications qui étaient traditionnellement et dans la réalité du quotidien légitimement prises en comptes dans un contexte clinique, sont exclues du modèle* »<sup>6</sup>.

Le ministère de la Santé a quant à lui produit un plan d'envergure en santé mentale: le Programme québécois pour les troubles mentaux (PQPTM). Ce plan place la psychothérapie au sommet d'une gradation d'étapes de soins. Dans sa première version accompagnée de son guide de pratique (révisée depuis), le mot mesure apparaît à 65 reprises, le terme jugement clinique à deux reprises. Et les deux fois, dans une phrase brève sans rien en dire d'autre qu'il a préséance sur tout le reste (!). La version actuelle repose sur 3 piliers : l'usage des données probantes, le soutien clinique aux intervenants et la mesure

clinique en continu. Ce dernier pilier occupe quasiment deux fois plus d'espace dans le document que les deux autres réunis.

On lit dans la description de la mesure clinique en continu que : « *La validité scientifique des questionnaires en psychologie est comparable à celle des tests utilisés en santé physique* »<sup>7</sup> Le test psychologique est assimilé à un marqueur biologique. L'objectivité a cours en biologie. Elle s'arrête cependant aux portes de la conscience. Objectiver le vécu (par exemple décomposer un épisode dépressif complexe et multiforme en une série de : « *Dans les 2 dernières semaines à quelle fréquence vous est-il arrivé de vous sentir triste, déprimé ou désespéré : 0, 1, 2 ou 3 ?* »<sup>8</sup>), c'est-à-dire l'abstraire de la personne qui en est le siège, est une opération éminemment réductrice. C'est sur ce pilier trouble et fragile (pourtant présenté comme une évidence) que repose le PQPTM. On y lit aussi les traditionnelles mises en garde contre les dérives de la subjectivité : « *Les intervenants qui dépendent exclusivement d'entrevues peuvent passer à côté de certaines informations pertinentes* »<sup>9</sup> et « *les services qui n'incluent pas les mesures à chaque consultation surestiment globalement l'effet du traitement sur la personne, qui ne reçoit alors pas un traitement optimal* »<sup>10</sup>.

Deux citations nous semblent particulièrement significatives :

1. « *Afin d'aider l'intervenant dans le calcul de l'évolution de la situation des personnes qu'il suit, les notions de seuils cliniques et d'indices de changements significatifs sont intégrées dans le chiffrier Excel et la plateforme de soins virtuelle associée au PQPTM* »<sup>11</sup>. Cela illustre parfaitement la direction vers laquelle le ministère de la santé nous oriente. Le chiffre va nous permettre de calculer comment va la personne. À vrai dire, le PQPTM a la cohérence de ne plus parler de personne. Il ne s'intéresse plus qu'aux situations, aux seuils cliniques, aux changements significatifs, autant d'objets qu'il sait manipuler par le chiffre. Calcul, objectif, donc non contestable. Calcul auprès duquel le jugement clinique, pour peu qu'il diffère du calcul, sera de plus en plus réduit à une opinion, donc subjective, donc inférieure et de moindre valeur.
2. « *Avoir des dirigeants et des gestionnaires ainsi qu'un responsable du soutien clinique qui croient aux avantages de cette pratique (la mesure clinique en continu) et les communiquent* »<sup>12</sup>. Alors que c'est sur l'objectivité que repose la valeur attribuée à la mesure, il est étrange et révélateur qu'un acte de foi et un prosélytisme actif soient exigés de la part de l'encadrement. On peut s'inquiéter pour les employés qui ne partageraient pas la foi.

Le PQPTM impose aux intervenants de faire remplir un questionnaire quantitatif à leur patient à chacune de leur entrevue. Tout manquement à cette procédure doit être justifié par une note au dossier. Le chiffre est imposé de force au cœur de la relation thérapeutique, il en devient la vedette. Et conformément à sa nature épistémologique, il appelle naturellement à l'uniformité. En effet, bien que le PQPTM reconnaisse les résultats des recherches de l'INESSS selon lesquelles « *dans l'ensemble, l'efficacité des différentes interventions psychologiques analysées, dont la psychothérapie, est comparable. Les différences observées sont faibles et elles sont davantage liées au groupe d'âge et au type de trouble mental qu'à l'approche thérapeutique comme telle* »<sup>13</sup>, il prescrit néanmoins une liste très restrictive de traitements spécifiques manualisés sans égard pour la diversité des approches issues des courants traditionnels dans lesquelles les intervenants sont formés et qu'ils pratiquent depuis des années avec cœur et intelligence. Le PQPTM indique explicitement la place accordée à la singularité (du client comme du thérapeute) dans son guide de pratique : « *Ne dérogez pas systématiquement des options thérapeutiques et des pratiques relatives à l'orientation qui sont présentées dans ce guide de pratique en raison de caractéristiques personnelles [...], car aucune donnée probante n'appuie cette façon de faire* »<sup>14</sup>.

Sur un autre terrain, l'Ordre des psychologues du Québec enjoint avec insistance à ses membres de s'enquérir constamment des résultats de la recherche scientifique et d'en tenir compte. Il y a quelques années il a renommé sa rubrique « *Opinions* » qui s'intitule désormais « *La recherche le dit* ». Titre qui s'inscrit bien dans la hiérarchie définie plus haut par la SCP. Le brillant et vibrant plaidoyer de Nadine Gueydan<sup>15</sup> pour le maintien de la subjectivité au cœur de notre métier a ému et mobilisé la communauté des psychologues. Sa demande de revenir au titre original d'*Opinions* a été rejetée précisément et explicitement au nom des dangers de la subjectivité. L'OPQ exhorte les cliniciens à s'imprégner de la

recherche. On l'entend bien peu exhorter les chercheurs à s'imprégner de la réalité clinique. Subissant lui-même la pression sociale ambiante promouvant la certitude, il contribue, sans doute en toute bonne foi et pas nécessairement consciemment, à la prévalence de l'objet au détriment du sujet. La position de l'OPQ est importante car son mandat lui confère un pouvoir coercitif puissant sur la pratique des cliniciens. Sa fermeté induit une forme d'autocensure qui accentue encore ce déséquilibre dont nous parlons. Réfuter, même timidement, la pertinence et la valeur clinique du chiffre et des données quantitatives fait du clinicien un suspect. Ses arguments sont peu écoutés puisque la pensée dominante a été établie par avance que ses prétentions sont douteuses. Il devient un professionnel peu ouvert, peu compétent, ancré dans des convictions vaguement obscurantistes, un psychothérapeute qui ne comprend manifestement pas la recherche et ne peut donc évidemment pas travailler de manière optimale. S'il insiste un peu, il risque fort de se faire accuser de nourrir le clivage entre la recherche et la pratique. À l'inverse les attaques de certains tenants du chiffre sont parfois moins timides. L'OPQ a même dû se défendre de chercheurs radicaux<sup>16</sup> qui exigent (chiffres à l'appui) qu'il refuse d'accréditer toute formation qui n'ait pas été validée empiriquement.

Comment se fait-il que les personnes qui constatent cette déraison, qui la vivent et la dénoncent soient si peu entendues alors même que les carences constitutives de l'épistémologie du chiffre sont nombreuses, connues et largement documentées<sup>17</sup> ? Il y a des raisons à cela. Comme nous l'avons vu, les cliniciens subissent des pressions intimidantes et parfois irrésistibles de la part d'acteurs puissants comme leur ordre professionnel, leur supérieur dans le réseau de la santé (qui subit lui-même l'autorité ministérielle), ou encore les compagnies d'assurances de leurs clients. Autant d'acteurs qui n'ont pas toujours de connaissance ni d'expérience de ce qu'est la psychothérapie. Que ceux-ci gèrent les chiffres récoltés dans leur sphère de compétence est utile et bénéfique. Qu'ils s'ingèrent dans le bureau du psychothérapeute, malmènent son autonomie professionnelle, déprécient son jugement clinique et imposent leur vision sèche et objective de l'humain au cœur de son travail est problématique. Leurs regroupements ont beau le dire et le répéter, ils n'ont pas les moyens financiers politiques et médiatiques de ceux à qui la simplification par le chiffre confère tant d'assurance et de pouvoir. La population québécoise se voit imposer sans son consentement une réponse à sa détresse dominée par un paramètre froid et chiffré, une réponse où les considérations humaines singulières sont ravalées au second rang.

Chaque paradigme livré à lui-même a ses dérives. Dérive obsessionnelle pour le paradigme du chiffre objectif, dérive histrionique pour l'expérience subjective. Chaque paradigme est le garde-fou de l'autre. Ces dernières années, l'objectivité a fort bien joué son rôle d'encadrement des élans subjectifs qui eux-mêmes l'ont entendue et prise en compte. À l'inverse, l'objectivité ignore et disqualifie les signaux d'alertes qui lui sont envoyés par d'innombrables auteurs<sup>17</sup> pour l'inviter à assouplir, à élargir, à humaniser son regard. Aux tentatives de dialogue, elle répond bien souvent sur un mode défensif avec le vague mépris que confère la suffisance et rigidifie encore son emprise. Une meilleure complémentarité voudrait pourtant une recherche qui parle avec le clinicien et s'enquiert de ce qu'il a besoin de savoir plutôt qu'une recherche qui lui dit avoir trouvé ce qu'il doit faire.

En tant que signataires de ce manifeste :

- Nous affirmons la préséance de l'humain singulier sur le chiffre statistique dans la relation d'aide. Le chiffre doit être au service de l'humain. La tendance à mettre l'humain au service du chiffre est déraisonnable, a des conséquences graves et doit être corrigée.
- Nous réclamons que les organismes gouvernementaux, les organismes de régulation professionnelle, et l'industrie privée cessent d'exiger des psychologues, des psychothérapeutes et des autres intervenants en santé mentale que soient prouvées par des chiffres la juste valeur de leur jugement clinique, de leurs intuitions réfléchies et discutées, de leur intelligence, de leur bienveillance, et de leur humanité.
- Nous affirmons que le plein potentiel du soin ne peut advenir sans une rencontre singulière, sans un espace d'incertitude, d'imprévisibilité et de doute. Toute prétention à les éliminer est une utopie déshumanisante et dangereuse.
- Nous affirmons au contraire la nécessité de redonner toute leur place à la recherche qualitative, à l'examen du singulier, à l'étude de cas, à l'herméneutique, à la transmission de la tradition par des cliniciens d'expérience et à la réflexion-en-action, comme des sources principales de connaissance et de soutien aux processus psychothérapeutiques pour le plus grand bénéfice de la population.

Ce texte est signé par des psychologues, des psychothérapeutes et d'autres intervenants en santé mentale, des membres du réseau public de la santé, et des membres de la population préoccupés du singulier, du relationnel, de l'intime et de l'humain qui tendent la main aux acteurs légitimement préoccupés de vision globale et sociale en vue d'une complémentarité intelligente et raisonnable qui serve au mieux, certes la société, mais aussi chacun de ses membres.

*Le sens émerge dans l'engagement avec le monde, et non dans l'analyse abstraite de celui-ci.  
Iain McGilchrist*

Conseil d'administration

RADAR.Psy

Réseau d'Action et de Défense des Approches Relationnelles en Psychothérapie

## Références

- 1) Morin, E. (2018). *Science avec conscience*. Éditions Points.
- 2) Ordre des psychologues du Québec. (2018). *Les données probantes : pour une pratique éclairée, responsable et rigoureuse de la psychothérapie. Complément à l'Énoncé de politique sur la pratique fondée sur les données probantes en psychologie*, p.3.  
<https://www.ordrepsy.qc.ca/documents/26707/63191/LES+DONNÉES+PROBANTES++POUR+UNE+PRATIQUE+ÉCLAIRÉE%2C+RESPONSABLE+ET+RIGOUREUSE+DE+LA+PSYCHOTHÉRAPIE/75161e4c-0afb-45a5-9777-8ea4f064d2c0>
- 3) McGilchrist, I. (2019). *The master and his emissary: The divided brain and the making of the Western world: New expanded edition (2nd ed.)*. Yale University Press.
- 4) Canadian Psychological Association. (2012). *Evidence-based practice of psychological treatments: A Canadian perspective. Report of the CPA Task Force on Evidence-Based Practice of Psychological Treatments*, p.9 (traduction libre).  
[https://cpa.ca/docs/File/Practice/Report\\_of\\_the\\_EBP\\_Task\\_Force\\_FINAL\\_Board\\_Approved\\_2012.pdf](https://cpa.ca/docs/File/Practice/Report_of_the_EBP_Task_Force_FINAL_Board_Approved_2012.pdf)
- 5) Canadian Psychological Association, *op. cit.*, p.6 (traduction libre).
- 6) Thibault, A. (2019). *L'evidence-based medicine, un projet épistémologique et éthique en porte-à-faux avec la psychiatrie ? Santé mentale au Québec*, 44(2), p.149-150.
- 7) Gouvernement du Québec. (2020). *Document d'information à l'intention des établissements - Programme québécois pour les troubles mentaux: des autosoins à la psychothérapie*, p.11.  
<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2020/20-914-07W.pdf>
- 8) Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). (2015). *Questionnaire sur la santé du patient (QSP-9), version à neuf questions. Outils de repérage et d'appréciation de la sévérité des symptômes dépressifs*, p.4.  
[https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Geriatrie/INESSS\\_FicheOutil\\_QSP-9.pdf](https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Geriatrie/INESSS_FicheOutil_QSP-9.pdf)
- 9) Gouvernement du Québec, *op. cit.*, p.11.
- 10) Gouvernement du Québec, *op. cit.*, p.12.
- 11) Gouvernement du Québec, *op. cit.*, p.19.
- 12) Gouvernement du Québec, *op. cit.*, p.14.
- 13) Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS). (2017). *Accès équitable aux services de psychothérapie au Québec*. Rapport rédigé par Micheline Lapalme, Brigitte Moreault, Alvine Fansi et Cedric Jehanno. p.39.  
<http://www.santecom.qc.ca/Bibliothequevirtuelle/INESSS/9782550803997.pdf>
- 14) Gouvernement du Québec. (2021). *Troubles mentaux fréquents : repérage et trajectoires de services. Guide de pratique clinique*, p.23. <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2021/21-914-11W.pdf>
- 15) Gueydan, N. (2015). *Lettre ouverte à notre présidente*  
[http://intersubjectivite.com/files/Nadine\\_Gueydan\\_M.Ps\\_Lettre\\_ouverte\\_a\\_notre\\_presidente.pdf](http://intersubjectivite.com/files/Nadine_Gueydan_M.Ps_Lettre_ouverte_a_notre_presidente.pdf)
- 16) Beaulieu, L., Butler, B. P., Parker, D. G., & Drapeau, M. (2020). Continuing education: A review of the empirical support for psychotherapy training offered to Québec psychologists. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 61(1). <https://doi.org/10.1037/cap0000198>

17) RADAR.Psy ( 2019). *Manuel à l'usage des psychothérapeutes relationnels*.  
<https://www.radarpsy.org/accueil-du-manuel>