

Le désœuvrement du thérapeute et la suprématie du *connaître* en psychothérapie

Julie Dauphin

Volume 29, numéro 2, 2020

L'empire du faux : deuxième partie

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1077172ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/1077172ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Santé mentale et société

ISSN

1192-1412 (imprimé)

1911-4656 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Dauphin, J. (2020). Le désœuvrement du thérapeute et la suprématie du *connaître* en psychothérapie. *Filigrane*, 29(2), 73–89.
<https://doi.org/10.7202/1077172ar>

Résumé de l'article

Le travail de supervision amène le constat que de plus en plus de cliniciens éprouvent un malaise profond face à la pertinence de leur profession. Nous appellerons *désœuvrement clinique* cette succession d'états (par exemple fatigue, doutes, perplexité) pouvant culminer en une crise identitaire sur le plan professionnel, et pouvant faire l'objet d'une demande de supervision. Ce texte amorce une réflexion quant aux contributions du modèle scientifique-professionnel qui prévaut dans la formation en psychologie, et ses impacts sur le champ thérapeutique. En particulier, le message implicite selon lequel seul le fait empirique a de véritable valeur risque d'entraîner une recherche de certitude qui se veut rassurante. Cette vision se perpétue dans les milieux de pratique, publics notamment, au travers de la notion de données probantes. L'intolérance à l'incertitude et sa contrepartie, la conviction de la certitude, tant au plan organisationnel qu'individuel, entraînent des impacts psychiques délétères chez le clinicien. À son insu, ce dernier est aux prises avec le poids de ce qu'il imagine devoir savoir. Paradoxalement, sa recherche maîtrisée par la « connaissance des faits » risque d'entraîner un appauvrissement de sa capacité à penser de manière créative pour et avec le patient en psychothérapie.



Le désœuvrement du thérapeute et la suprématie du *connaître* en psychothérapie

Julie Dauphin

Résumé : Le travail de supervision amène le constat que de plus en plus de cliniciens éprouvent un malaise profond face à la pertinence de leur profession. Nous appellerons *désœuvrement clinique* cette succession d'états (par exemple fatigue, doutes, perplexité) pouvant culminer en une crise identitaire sur le plan professionnel, et pouvant faire l'objet d'une demande de supervision. Ce texte amorce une réflexion quant aux contributions du modèle scientifique-professionnel qui prévaut dans la formation en psychologie, et ses impacts sur le champ thérapeutique. En particulier, le message implicite selon lequel seul le fait empirique a de véritable valeur risque d'entraîner une recherche de certitude qui se veut rassurante. Cette vision se perpétue dans les milieux de pratique, publics notamment, au travers de la notion de données probantes. L'intolérance à l'incertitude et sa contrepartie, la conviction de la certitude, tant au plan organisationnel qu'individuel, entraînent des impacts psychiques délétères chez le clinicien. À son insu, ce dernier est aux prises avec le poids de ce qu'il imagine devoir savoir. Paradoxalement, sa recherche maîtrisée par la « connaissance des faits » risque d'entraîner un appauvrissement de sa capacité à penser de manière créative pour et avec le patient en psychothérapie.

Mots clés : désœuvrement clinique ; empirisme ; données probantes ; supervision.

Abstract: The work of supervision shows that more and more clinicians have troubling doubts about the relevance of their profession. A combination of experiences (eg. fatigue, doubts, perplexity), which we have dubbed *clinical futility*, can culminate in a professional identity crisis, prompting a request for clinical supervision. This paper proposes a reflection on the contributions of the scientific-professional model which prevails in clinical training, and its impact on therapeutic practice. In particular, the implicit notion that only empirical facts are of value as sources of information leads to a reassuring quest for certainty. This way of thinking is perpetuated in health care settings, particularly public ones, through the notion of evidence-based practices. The intolerance of uncertainty, and its counterpart, the conviction of certainty, at both organizational and individual levels, has a deleterious impact on the clinician's psychic functioning. Unwittingly, the latter is grappling with the weight of what s/he imagines s/he should know. Paradoxically, the search for mastery through knowledge of the facts leads to an impoverishment of the capacity to think creatively, both for and with the patient.

Key words: clinical impoverishment; empiricism; evidence-based practices; supervision.

Désœuvré(e): Qui n'exerce pas d'activité précise, par impossibilité matérielle ou psychologique. En anglais: *aimlessness*. (Le Petit Robert)

J e souhaite explorer ici les effets psychiques, en particulier chez le clinicien en début de pratique, de la dominance de l'empirisme en psychologie clinique, ou plus globalement, de la suprématie des *faits* et des *connaissances*. Au-delà des enjeux et des conflits intrapsychiques propres à chaque clinicien, il s'agit de réfléchir à la manière dont l'époque actuelle crée un besoin de *maîtriser pour soulager* à tout prix. Dans le contexte d'une survalorisation du *connaître*, ce besoin de maîtriser peut contribuer à empêcher le développement de la capacité à « rêver » (Bion, 1962), de laquelle découle une difficulté pour le clinicien (et incidemment, pour le patient) à tolérer et contenir l'impuissance, la détresse et la confusion inhérentes au processus psychothérapeutique transformateur.

Le travail de supervision m'amène à observer qu'il s'agit d'un phénomène *social* qui peut amener le clinicien à pressentir sa difficulté à *être* et à *éprouver* le processus thérapeutique, et donc appréhender sa propre difficulté à mentaliser véritablement (Khan, 1974). Le constat de son incapacité à penser, plus spécifiquement à se laisser éprouver pour mieux penser, contribue à infliger au thérapeute une blessure narcissique singulière, et qui n'est pas simplement la conséquence d'un surmoi névrotique trop sévère (Roussillon, 2002, 2008). Cette atteinte narcissique, dans le contexte actuel où les connaissances acquièrent une valeur de vérité, met le clinicien à risque de s'engager dans une recherche compulsive, voire frénétique, de *connaissances* supplémentaires compensatoires, mais qui ne feront que maintenir l'impasse. Ce cercle vicieux risque alors de mener à un véritable état de *désœuvrement clinique*.

Le phénomène paraît de plus en plus fréquent, et fait l'objet de nombreuses demandes de supervision et de formation. J'utiliserai le phénomène des données dites « probantes » comme cas de figure pour illustrer une des voies par lesquelles le *connaître*, en s'offrant au clinicien comme l'ultime vérité du fait psychique, vient ainsi comprimer le champ thérapeutique et contribuer au désœuvrement du clinicien.

Phénoménologie de l'état de désœuvrement du clinicien

Ma pratique clinique m'amène à être régulièrement en contact avec des psychothérapeutes issus de diverses professions, soit comme patients¹ ou comme supervisés, ou dans divers contextes de formation. Je constate que plusieurs éprouvent – parfois même sans le savoir – une profonde insatisfaction liée à la pratique clinique. Ce triste constat est d'autant plus étonnant qu'il s'agit souvent de cliniciens en début de carrière, mais parfois aussi – et peut-être plus tragiquement encore – parmi les plus chevronnés. Si une fatigue mentale et émotionnelle est inévitable du fait de se frotter quotidiennement aux fibres psychiques de l'autre, celle-ci devrait en principe être passagère et réversible. Chez certains, on observe toutefois une lassitude qui finit par s'installer au long cours : le clinicien se retrouve dans un état de perplexité qui souvent s'ignore, qui le mine, et qui peut donner lieu à diverses demandes, notamment de supervision.

Il ne s'agit pas d'un état d'épuisement à proprement parler, dans le sens d'une charge de travail qui serait devenue trop grande ou d'un climat de travail qui serait frustrant ou toxique. Il semble s'agir de quelque chose de plus *profond*, là où même la gratification ressentie dans l'espace privé du travail clinique s'effrite. Devant cela, une sorte de résignation finit par se cristalliser. Cela peut prendre différentes formes : au début, cela peut se manifester par l'apparition de doutes de plus en plus fréquents concernant la compétence, voire par un syndrome de l'imposteur (Laperrière, 1999). Le clinicien ressent alors une perte de motivation, un sentiment de lourdeur ou de découragement *généralisés* qui font penser qu'il ne s'agit pas, par exemple, que d'un mouvement contre-transférentiel. L'état de désœuvrement culmine chez certains par un sentiment de manque et de perte de sens, et éventuellement de remise en question de l'identité professionnelle dont l'origine échappe au clinicien.

Le poème de Baudelaire « Chacun sa chimère », tiré du *Spleen de Paris* (Baudelaire, 1869), vient ici en tête :

Sous un grand ciel gris, dans une grande plaine poudreuse,
Sans chemins, sans gazon, sans un chardon, sans une ortie,
Je rencontraï plusieurs hommes qui marchaient courbés.

Chacun d'eux portait sur son dos une énorme Chimère,
Aussi lourde qu'un sac de farine ou de charbon,
Ou le fourmillement d'un fantassin romain.

Mais la monstrueuse bête n'était pas un poids inerte; au contraire, elle enveloppait et opprimait l'homme de ses muscles élastiques et puissants; Elle s'agrafait avec ses deux vastes griffes à la poitrine de sa monture; Et sa tête fabuleuse surmontait le front de l'homme, Comme un de ces casques horribles par lesquels les anciens guerriers espéraient ajouter à la terreur de l'ennemi.

Je questionnai l'un de ces hommes, et je lui demandai où ils allaient ainsi. Il me répondit qu'il n'en savait rien, ni lui ni les autres; Mais évidemment ils allaient quelque part, puisqu'ils étaient poussés par un invincible besoin de marcher.

Chose curieuse à noter : aucun de ces voyageurs n'avait l'air irrité Contre la bête féroce suspendue à son cou et collée à son dos; On eût dit qu'il la considérait comme faisant partie de lui-même Tous ces visages fatigués et sérieux ne témoignaient d'aucun désespoir; Sous la coupole spleenétique du ciel

Les pieds plongés dans la poussière d'un sol aussi désolé que ce ciel, Ils cheminaient avec la physionomie résignée de ceux qui sont condamnés à espérer toujours. Et le cortège passa à côté de moi et s'enfonça dans l'atmosphère de l'horizon, À l'endroit où la surface arrondie de la planète se dérobe à la curiosité du regard humain.

Et pendant quelques instants je m'obstinai à vouloir comprendre ce mystère; Mais bientôt, l'irrésistible indifférence s'abattit sur moi, Et j'en fus plus lourdement accablé qu'ils ne l'étaient eux-mêmes par leurs écrasantes Chimères.

La polysémie du mot « chimère » fait ici sourire. Par quel détournement de sens le *savoir* (entendu ici dans son sens le plus large) serait-il devenu une « chimère écrasante » pour les cliniciens, elle dont l'emprise semble parfois échapper à leur conscience ?

Le cas de Claire

Claire est dans la jeune trentaine. Il s'agit d'une clinicienne sensible, intelligente. Elle a entamé un processus de supervision avec moi depuis un peu plus d'un an, au rythme d'une fois toutes les deux semaines. Psychodynamicienne de formation, elle pratique depuis quelques années en cabinet privé auprès d'adultes. Ce jour-là, l'air grave, Claire exprime le besoin de discuter de son «cheminement professionnel». Alors qu'il s'agit d'un processus de supervision qui de mon point de vue va plutôt rondement, cette demande de dédier la rencontre de supervision à «son propre cas» me paraît inattendue. Depuis un moment déjà – et peut-être même depuis le début de sa pratique avouera-t-elle plus tard –, elle est prise de doutes profonds quant à son identité professionnelle. Elle ne sait pas au juste quel est *son* modèle théorique. Je lui reflète alors qu'elle semble s'imposer la nécessité de choisir un ensemble de repères théoriques précis et circonscrits... et sinon quoi? C'est l'angoisse, la confusion, mais qui peuvent à peine s'évoquer durant notre rencontre. Elle repasse plutôt en mémoire ses «essais», reconstruisant par exemple les tentatives effectuées au fil des années à décoder tel ou tel patient selon des repères théoriques divers (par exemple modèle classique du conflit, relations d'objet et PGRO, approche intersubjective, etc.). Elle évoque aussi des identifications successives à des professeurs et superviseurs l'ayant particulièrement influencée, notamment sur le plan de la technique. Je suis à écouter silencieusement de possibles allusions transférentielles lorsque je suis happée par la question qu'elle me pose: aurais-je des lectures, peut-être, à lui suggérer qui lui permettent de «mieux réfléchir»? N'y aurait-il pas simplement quelque chose qui lui échappe, qu'elle n'aurait pas suffisamment *compris*, et qui serait à l'origine de ce sentiment de doute, voire d'incompétence? Peut-être n'était-elle pas faite pour être psychothérapeute, après tout? À ce moment de la rencontre, mes associations s'arrêtent net. Pour un moment, je ressens de la confusion, puis un mélange de désarroi et de grande tristesse. J'ai alors pensé à cet autre supervisé qui s'était donné pour objectif de cesser de prendre des notes pendant les séances et ses rencontres de supervision. Puis à cet autre encore qui, à l'instar de ses patients, se demande constamment: «Et maintenant qu'on a compris qu'il faut faire le deuil, on fait quoi?» L'idée de «simplement» constater, nommer, reconnaître, éprouver et tolérer avec patience (et faire confiance au patient et au processus) est insupportable: «Je ne peux pas juste lui dire que c'est “ça qui est ça”!» Les «muscles élastiques et puissants» et la «tête fabuleuse» des Chimères de Baudelaire me sont revenus en tête.

Certes, le désœuvrement éprouvé par Claire – et bien d’autres qu’elle – pourrait s’expliquer par les conjonctures bien réelles de certains milieux de pratique, par exemple les présentations cliniques « de plus en plus lourdes » dans des contextes où le clinicien doit constamment en faire plus avec moins, prescription de certaines formes de traitements soi-disant plus efficaces, etc. Pensons par exemple au nombre limité de séances de psychothérapie offertes dans le réseau de la santé. Le clinicien se dit que si seulement il avait *plus de temps*, et s’il pouvait prendre le temps de se former *davantage*... Mais combien ? Et comment ? Et cela changerait-il nécessairement la donne ? Le travail clinique deviendrait-il nécessairement plus gratifiant, valorisant, et porteur de sens ? Rien n’est moins certain. On pourrait aussi arguer qu’il s’agit d’un enjeu névrotique/surmoïque propre au clinicien (ce qui est aussi le cas parfois, bien sûr). Mais je pense qu’il y a plus à dire. Pourrait-il y avoir des cohortes d’étudiants nettement plus anxieux, paralysés dans leur capacité à faire confiance en ce qu’ils sentent et comprennent intuitivement ? Des cliniciens expérimentés malheureux et/ou qui manquent à ce point de confiance qu’ils portent volontiers toute la responsabilité du processus sur leurs épaules ? Il me semble que nous sommes en présence d’une véritable névrose collective, qui relève au moins en partie d’une dérive propre à l’air du temps.

La suprématie du *connaître* et l’illusion de la maîtrise en psychologie

The scientist has marched in and taken the place of the poet. But one day somebody will find the solution to the problems of the world and remember; it will be a poet, not a scientist. (Frank Lloyd Wright, architecte, cité dans Cripe, 1997)

L’ère dans laquelle nous évoluons en psychologie et en psychothérapie semble en être une de la suprématie des faits et du *connaître*. Nombre d’étudiants se questionnent : le sens de ce que signifie *savoir* s’est rétréci : n’a valeur de vérité (ou presque) que ce qui peut être démontré empiriquement. Toute tournée vers l’extérieur, la réalité psychique est plus que jamais un objet d’étude auquel on applique divers procédés, qui sont au fait des résultats de connaissances scientifiques, le tout dans une perspective à la troisième personne : grilles d’analyse, méthodes, techniques, catégories descriptives, etc. Il s’agit d’autant de moyens qui nourrissent l’*illusion* que le thérapeute *maîtrise* les processus psychothérapeutiques pour en quelque

sorte être davantage *en contrôle* de ceux-ci. Et même lorsqu'il est *en principe* question de « savoir-être » et de « savoir-faire » (dans les évaluations des stagiaires, par exemple), on observe parfois un détournement de sens de ces autres formes du savoir en visant la démonstration de telle ou telle « compétence » ; ces savoirs finissent ainsi par être « comportementalisés » – quoi dire, comment se comporter, et surtout, quoi faire pour être de telle ou telle manière... Ainsi objectivées, tant la psyché du thérapeute que celle du patient se voient « concrétisées », dépouillées de leur complexité, avec comme conséquence potentielle le constat d'échecs thérapeutiques aussi douloureux que désespérants (voir à ce sujet l'excellent essai de Bollas, 2018).

L'illusion de maîtrise et le sentiment de contrôle qui accompagnent la connaissance de « faits » est rassurante, voire irrésistible. Et cela est à la fois inévitable et nécessaire. En psychothérapie par exemple, *savoir* que le risque de faire d'autres épisodes dépressifs augmente au fur et à mesure que se multiplient les épisodes est impératif pour assurer la mise en place de mécanismes visant la prévention de la rechute. Le monitoring des habitudes de vie du patient (hygiène de sommeil, activations, alimentation, etc.), l'éducation quant aux symptômes et signes à surveiller et l'instauration d'un traitement pharmacologique pendant une certaine durée peuvent être déterminants dans le parcours thérapeutique. De tels faits observables et mesurables, desquels découlent des moyens concrets documentés par des recherches empiriques, sont essentiels. Ils permettent de faire la part des choses, c'est-à-dire de reconnaître les contributions étiologiques multiples et complexes, et de minimalement mettre en place un cadre thérapeutique qui ne va pas à l'encontre de ce qui est connu du fonctionnement psychologique et neurobiologique.

Il ne s'agit donc aucunement ici d'interroger la pertinence intrinsèque du fait empirique, mais plutôt de la place (omnipotente?) qu'il occupe désormais dans notre conception du fonctionnement psychique. Tel que le mentionne Jackson : « Dans le paysage postmoderne, la preuve [scientifique] se base désormais sur les quantités, les similarités et les moyennes, plutôt que sur les qualités, l'idiosyncrasie, les narrations individuelles et les détails précis » (cité dans Koehler et Silver, 2009, p. 223 ; nous traduisons). Nous sommes dans une ère où empirisme et herméneutique semblent constamment mis en opposition² (Bouchard et Guérette, 1991). Il s'agit à mon avis d'une fausse opposition, et qui surtout peut s'avérer délétère tant pour le patient souffrant que pour le clinicien qui pourrait l'aider³.

Selon mon expérience et ce qu'on m'en rapporte en supervision, la formation en psychologie enseigne souvent qu'une plus grande valeur est accordée aux faits observables et mesurables dans des environnements contrôlés, en particulier lorsque ceux-ci sont appuyés par un corpus de démonstrations *fortes et convaincantes* (j'y reviendrai). Prenons comme cas de figure la réduction du nombre de gestes auto-mutilatoires à la suite de l'*administration* d'une thérapie manualisée ayant démontré son efficacité, telle que la DBT (Linehan, 2014). Les démonstrations de l'efficacité de cette méthode nous ont fait avancer quant à la manière d'aider certains patients à s'autoréguler, en particulier les patients les plus agissants. Ces connaissances sont très utiles, et ajoutent à notre arsenal thérapeutique. Mais ces connaissances peuvent aussi devenir aliénantes lorsqu'elles sont vécues par les cliniciens comme étant les seules voies *valables* vers le changement thérapeutique. Pour paraphraser Abraham Maslow (1966), lorsqu'on n'a qu'un marteau, tout ressemble à des clous⁴. L'importance accordée aux faits empiriques favorise cette approche instrumentale, au détriment d'une création unique qui s'adapte à chaque patient.

Ainsi, un des corollaires de la suprématie des faits en psychologie clinique est la suprématie de l'*outil* en psychothérapie. Par « outil », j'entends ici tout ce qui peut prendre une forme concrète dans le contexte psychothérapeutique. Pensons, entre autres, aux lectures qui peuvent s'avérer pertinentes pour certains patients, aux stratégies de gestion des symptômes (dans la psychose, le TDA/H, les agirs autodestructeurs, etc.), ou au monitoring étroit des activations comportementales nécessaires chez le grand déprimé. Là encore, il ne s'agit pas de se demander si le recours à des moyens concrets avec les patients est une bonne idée ou pas ; ça l'est indéniablement, dans certains cas, ou à certains moments du parcours thérapeutique. Le problème réside dans la posture psychique du thérapeute qui propose ces outils. Et ne nous méprenons pas, les moyens techniques en apparence moins comportementaux, tels que la confrontation et l'interprétation, peuvent tout aussi bien être recrutés en tant qu'outils, et être eux aussi concrétisés, comportementalisés. Entraîné à connaître des faits, des procédés, et à prévoir d'avance les trajectoires et les issues thérapeutiques, le clinicien n'aura pas suffisamment appris au cours de sa formation à « rêver » (au sens de Bion ; voir notamment Ferro, 2009), c'est-à-dire à se laisser sentir-éprouver, puis symboliser, mentaliser.

Quelle que soit l'approche dont il se réclame, tout clinicien qui n'a « qu'un marteau » est à risque de se trouver pris au dépourvu devant une

impasse thérapeutique. Le constat des limites de ses outils de prédilection – reconnues ou non – inflige une blessure narcissique douloureuse au clinicien. Il peut alors déployer plusieurs solutions. Dans le pire des scénarios, nous sommes devant un clinicien qui dénie massivement la portée limitée de sa technique, et qui sans s'en rendre compte impose au patient une voie à suivre que ce dernier ne pourra pas utiliser ou assimiler. S'il y a, pour une technique donnée, *en principe* une utilité clinique *potentielle* (empiriquement démontrée), cela ne signifie pas pour autant qu'il y a, *ici et maintenant* et avec ce patient *en particulier*, une utilité clinique indéniable. On imagine bien la violence psychique qui en résulte pour le patient qui se fait ainsi imposer une « vérité » face à laquelle il a peu de moyen de se défendre, puisqu'il s'agit de « la méthode scientifiquement reconnue ». On imagine aussi comment, pour certains patients, cela peut être vécu comme la répétition d'un traumatisme relationnel où ils n'ont pas été vus, entendus, ni véritablement *rencontrés*. Tout comme on imagine la détresse narcissique du thérapeute qui se trouve dans cette posture, mais qui n'en sait apparemment rien.

Toutefois, le cas de figure le plus fréquemment rencontré en supervision n'est pas celui du clinicien puriste et dogmatique, mais plutôt celui du thérapeute qui souffre du constat des limites de son « modèle » qui demande de l'aide, qui est désœuvré, et qui n'a pas pour autant conscience de cet état de désœuvrement. La demande de supervision parvient le plus souvent par la voie du « cas difficile ». Face à ce « cas difficile », ce qu'on observe d'abord chez le supervisé est notamment la posture de *l'étudiant performant*, terriblement anxieux et en quête de « la bonne réponse ». Le supervisé incarnera d'autant plus la posture du bon élève qu'il sera convaincu – qu'il en ait conscience ou non – qu'il existe effectivement une ultime vérité à acquérir, à maîtriser, et qui sera garante de sa compétence en tant que thérapeute. Autrement dit, ce n'est pas la réalité subjective qui est complexe et à (re) construire *ensemble*, mais plutôt *lui* qui ne comprend pas une réalité qui serait « vraie », c'est-à-dire objective, consensuelle et possible d'appréhender, et dont le superviseur serait soi-disant forcément détenteur. De ce fait, le clinicien se retrouve aux prises avec toute la responsabilité de la progression de la thérapie, lui qui devrait « savoir » (posture d'expert) et qui devrait aider en *donnant* (un outil, une interprétation, une explication, etc.). La fantaisie plus ou moins consciente voudrait alors que c'est par l'acquisition de connaissances intellectuelles que sera colmatée cette brèche narcissique. Mais d'où vient cette fantaisie-croyance, que plusieurs cliniciens semblent entretenir, le plus souvent à leur insu ?

Ce qui est considéré comme étant valable en psychologie et en psychothérapie

La formation en psychologie clinique, de plus en plus calquée sur le modèle médical, enseigne principalement que le clinicien doit avoir davantage *confiance* en ses recommandations (ou choix thérapeutiques) lorsqu'il peut s'appuyer sur des démonstrations empiriques *fortes* et *convaincantes*. Cela suppose que la discipline ait préalablement convenu, de manière consensuelle, de ce qui est considéré comme étant une démonstration *valable*. Examinons notamment la question des méthodologies scientifiques reconnues et une de leurs productions, à savoir les données dites « probantes ».

La méthodologie GRADE et la valeur des recommandations

Dans le champ de la recherche en santé (désormais étendu à la psychothérapie et à d'autres champs, comme l'éducation), l'approche GRADE (*Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation*; voir www.gradeworkinggroup.org), dominante en Amérique du Nord, propose une hiérarchie qui ordonne les différentes méthodologies de recherche selon leur capacité à démontrer qu'un traitement donné devrait ou non être recommandé pour telle ou telle présentation clinique. Les revues systématiques, méta-analyses et essais contrôlés randomisés se trouvent comme on le sait au sommet de la hiérarchie GRADE, alors que l'étude de cas et l'expérience clinique du professionnel sont considérées comme étant des méthodes « faibles » (*weak methodologies*). Le clinicien est dès lors explicitement enjoint à se méfier des conclusions issues de telles observations. S'il n'est pas faux de croire qu'il y a certainement un risque de dérive (qui peut être important, voire dangereux) à ne se fier qu'à sa propre expérience clinique, il y a peut-être un juste milieu à viser lorsqu'il est question de l'utilité clinique d'une méthode de connaissance, en particulier lorsque cela concerne une dimension aussi complexe que le fonctionnement psychique. Je prends ici pour acquis que ce qui est *cliniquement utile* est aussi ce qui devrait être considéré comme étant *valable*, en supposant qu'il y ait bien entendu consensus à cet effet.

La méthodologie GRADE, parce qu'elle incite à faire équivaloir (à tort) rigueur intellectuelle et méthode empirique, contribue à renforcer une vision concrète de la souffrance psychique, en la limitant implicitement à ses manifestations observables, les symptômes notamment. En effet, il n'y a qu'un pas à franchir entre dire qu'une démonstration est « forte et convaincante »

et que le résultat de ladite démonstration constitue une « vérité objective ». Ceci découle de la méthode empirique qui suppose nécessairement que la présentation clinique qu'on cherche à saisir est relativement claire et consensuelle (c'est-à-dire un phénomène dit objectif et discret – accords inter-juges obligent), ce qui nécessairement vient aussi simplifier comment on envisage le traitement subséquent. Mais est-ce bien le cas en psychologie clinique? Comme rappelé plus haut, je suis d'avis que les démonstrations d'efficacité contribuent certainement à ce qui peut (ou dans certains cas *devrait*) faire partie de l'arsenal thérapeutique du clinicien. Mais il existe un risque de dérive en psychothérapie qui découle du fait que ces postulats renforcent une certaine vision implicite du changement thérapeutique, à savoir qu'un symptôme, vu comme objectivement « pathologique » doit être réduit, atténué, sinon éradiqué; puisque le symptôme est objectivable, et puisqu'il y a apparemment consensus quant au fait qu'on doive le faire disparaître, on arrive nécessairement à la conclusion qu'il doit y avoir un traitement à *administrer*. Parce que le traitement doit être décrit de manière que le plus grand nombre puisse l'appliquer de la même manière, la description *claire* est transmutée en description *concrète*. À partir du moment où l'on aborde la psychopathologie comme une série de phénomènes discrets, l'approche « à symptôme X on applique un traitement Y » favorise nécessairement une uniformisation du traitement. En uniformisant les effets de la méthode empirique monolithique, la contribution idiosyncratique et créative propre au couple thérapeutique se perd nécessairement.

Le poids et la valeur et de la confiance accordée aux résultats obtenus selon la perspective GRADE sous-tend, en toute logique, l'idée selon laquelle plus on a démontré avec force qu'un traitement donné amène une réponse clinique positive prévisible (et encore devrait-on s'entendre sur ce que signifie « positive »), plus ce traitement devient *recommandable*. Lorsqu'il est question de phénomènes quantifiables, mesurables et clairement définis, cela a effectivement un certain sens. Il s'agit d'une des composantes majeures de ce qui est désormais connu sous le nom de « données probantes » (*evidence-based practices*). La place des données probantes en médecine, champ duquel elles émergent, paraît censée. L'application du concept de données probantes au champ de la psychothérapie paraît moins certaine. S'ajoute à cette complication le fait que les données dites « probantes » sont souvent mal comprises et sont appliquées de manière rigide, notamment par les instances tierces (par exemple les gestionnaires de soins de santé et les compagnies d'assurance). Les données probantes en psychothérapie, *a fortiori*

si elles sont mal appliquées, risquent alors de faire dériver les pratiques cliniques et de contribuer à une perte d'efficacité, de sens et de confiance, tant pour le psychothérapeute que pour le patient.

Le mouvement des approches thérapeutiques fondées sur les données probantes émerge dans les années 90, d'abord en médecine, puis est étendu plus tard au champ de la psychothérapie. Si dans l'imaginaire collectif la donnée dite « probante » est pour ainsi dire équivalente aux résultats de la « meilleure » recherche empirique (selon la méthodologie GRADE), il est intéressant de constater que ce n'est pas là sa véritable définition. Bien entendu, sont considérées « probantes » les conclusions des recherches empiriques fortes et convaincantes, mais aussi d'autres sources pour éclairer le processus décisionnel du clinicien, puisque la recherche n'est pas toujours disponible, ni toujours de bonne qualité. Il faut aussi se rappeler que la donnée probante n'est que *probabiliste*. Comme le rappelle Goldbloom, « [à] maints égards, une approche fondée sur les données probantes ne révèle pas une vérité thérapeutique unique, mais plutôt les limites de la connaissance et de la certitude. » (Goldbloom, 2003, p. 4)

Dans le même sens, Norcross *et al.* (2008), tout comme l'American Psychological Association (APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006) mentionnent que la meilleure recherche disponible n'est qu'une des composantes des données probantes devant être considérée par le clinicien pour guider ses choix thérapeutiques, qui doivent aussi tenir compte de l'expérience et du contexte clinique spécifique (par exemple le cadre, les caractéristiques du patient et les ressources disponibles). Il subsiste, semble-t-il, un contraste marqué entre cette définition, qui cherche à promouvoir à la fois rigueur et souplesse, et ce qui est souvent véhiculé dans la formation universitaire en psychologie et dans certains milieux de travail, notamment le réseau de la santé au Québec. On assiste ainsi fréquemment à une *perversion* de la notion même de données probantes, non seulement par idéologie, mais aussi en raison de la pression d'une soi-disant efficacité thérapeutique qui n'est pas sans conséquence (voir les discussions notamment de Leclaire, 2008 ; Shedler, 2010).

La suprématie des faits, l'atrophie de la capacité de rêver et le désœuvrement

Lorsque le clinicien proteste contre le fait d'être ainsi soumis à un cadre et/ou des méthodes qui sont *prescrites* (par un employeur, un assureur, etc.), on brandit l'argument de la donnée probante : puisque cela est

démontré (empiriquement), c'est nécessairement ce qu'il y a de mieux, et cela ne peut donc en aucun cas être remis en question. Il n'y pour ainsi dire qu'une seule vérité. Il s'agit toutefois d'une vision *pervertie* de la donnée probante, une vision qui ne laisse aucune place au jugement clinique. La rigueur intellectuelle qu'exige le fait de décider de la validité écologique de telle ou telle « thérapie », c'est-à-dire de tenir compte du cadre et de l'individu spécifique qui est devant nous (et des interactions avec le thérapeute que nous sommes), s'en trouve donc dévaluée. Pourtant, comme le mentionnent Brun et Roussillon : « [il] s'agit donc de tenter de dépasser le niveau empirique actuel de l'évaluation pour viser à une représentation plus affinée et plus formalisée des critères dégagés par l'expérience des cliniciens œuvrant dans le dispositif [milieu de pratique spécifique], sans perdre la souplesse d'une évaluation clinique cherchant à s'ajuster "sur mesure" au concret des situations cliniques rencontrées » (Brun *et al.*, 2016, p. 198-199). Cette posture est loin d'être l'apanage de la plupart des milieux institutionnels ; au contraire, le clinicien se retrouve souvent à devoir se soumettre aux « faits », incluant les « meilleures pratiques », et ce faisant endosser implicitement, malgré lui, cette dévaluation de son jugement clinique. En se soumettant trop massivement au fait empirique « vrai », censé le rassurer face à la conduite qu'il doit avoir en psychothérapie, le clinicien en vient à douter de son propre jugement lorsque survient une situation clinique qui « ne cadre pas » avec les prédictions, les faits. Si au contraire le clinicien remet en question la connaissance empirique ou en souligne les limites, il est à risque de se heurter à un refus de l'autre, souvent en position d'autorité (par exemple un directeur de thèse, un superviseur, ou une structure organisationnelle qui impose une « offre de services »). Le risque d'aliénation de soi devient bien réel.

Si la rigueur intellectuelle semble désormais confondue avec l'empirisme, il faut bien supposer qu'une dérive a eu lieu. La souplesse de la pensée, nécessaire pour s'adapter à chaque patient et aborder le processus de manière unique et créative, à chaque séance, à chaque instant, devient donc assimilée à un manque de rigueur et de direction. Plus encore, elle est associée à une prise de risque hautement condamnable, puisque « potentiellement préjudiciable » pour le patient, qui a le droit de bénéficier des « meilleures pratiques ». Le clinicien – et je pense particulièrement au jeune clinicien en formation – se trouve ainsi coincé dans une posture psychique fragilisante.

En 1674, le poète satirique Nicolas Boileau disait : « *Ce qui se conçoit bien s'énonce clairement, et les mots pour le dire arrivent aisément.* » (Boileau,

1674) Autrement dit, la clarté conceptuelle peut permettre, en elle-même, une communication efficace. Cela étant dit, les meilleurs modèles du fonctionnement psychologique (et les modèles de traitement qui en découlent), tout validés soient-ils, ne sont que cela, des *modèles*. Dans le meilleur des cas, ils aident à naviguer la complexité de l'autre. Ils ne sont pas des preuves ni, *a fortiori*, des « vérités ». Et cela peut s'avérer angoissant pour le clinicien qui s'impose de savoir à tout prix.

Ainsi, le clinicien, impatient devant la lenteur du processus de changement en psychothérapie (dont il s'attribue honteusement toute la responsabilité), arrive difficilement à tolérer et contenir (la confusion, l'impuissance, le doute, etc.). Tolérer de ne pas savoir (où on s'en va, ce qui se passe en ce moment, qui est la personne devant nous, etc.) suppose au moins deux choses. Premièrement, d'avoir des repères cliniques clairs, mais suffisamment souples pour accommoder les différences individuelles et les confusions et incertitudes qui les accompagnent. Les connaissances empiriques ont nécessairement des limites à cet égard. Deuxièmement, cela suppose d'avoir pu développer une confiance intrinsèque en ses propres capacités à *être* et à *éprouver* en présence de l'autre; lier ces états à un connaître qui permet de guider le processus clinique ne vient qu'en dernier (Khan, 1974). Et c'est justement cette capacité à être et à éprouver pour penser qui se trouve implicitement dévaluée par le clinicien qui, à son insu, a intériorisé le message selon lequel on doit se méfier de ce qui n'est pas un « fait », une « vérité », mais « seulement » une expérience clinique.

Conclusion

Données probantes obligent – et certains en subissent la pression plus que d'autres –, le clinicien doit d'autant plus se « tenir à jour » que le corpus de connaissances en psychologie augmente de façon exponentielle. Devant le constat suffoquant de tout ce qu'il ne sait pas (et qu'il croit qu'il devrait savoir), le clinicien devient soit complètement figé, intimidé, dans son processus d'apprentissage, soit mobilisé par des défenses maniaques qui le poussent à engouffrer frénétiquement formation par-dessus formation, accumulant ainsi toutes sortes de notes ou de lectures qu'il n'aura jamais le temps de faire vraiment. Dans bien des cas, il s'en fera le reproche, ce qui ne fera qu'accroître l'impossibilité de penser. Cette posture psychique face à la formation de psychothérapeute laisse entrevoir qu'implicitement, certains cliniciens portent la conviction qu'il existe en psychothérapie une vérité absolue constituée de *faits*, de *procédés* et de *manières* (de faire ou d'être) devant être *assimilés*.

Il en découle pour le clinicien en formation une posture plutôt passive devant le défi du *connaître* qui semble l'apanage de bien des institutions d'enseignement : on doit connaître les faits, en apprendre la manière d'être et de faire, autrement dit s'approprier au mieux cette « vérité » pour devenir le psychothérapeute le plus efficace, le plus utile, etc. La perception par le psychothérapeute d'un défaut d'assimilation fait s'abattre le couperet surmoïque ; seul et à sa courte honte, le psychothérapeute vient pour ainsi dire se confesser en supervision. Encore une fois, la connaissance des faits, des méthodes et des démonstrations empiriques s'avère essentielle ; nul besoin d'argumenter ce point. Le problème réside dans le fait qu'on réduit l'apprentissage de la psychothérapie au *connaître*, et qu'on transmet ce faisant *l'illusion de l'existence d'une vérité qui doit être maîtrisée*. Cette concrétisation de la psychothérapie prend la forme d'une quête toute tournée vers l'extérieur : « Quoi faire devant les idées délirantes d'un patient psychotique ? », « Que dire à un patient qui n'a pas payé son dernier compte d'honoraires ? », « Est-ce préférable de rester en silence ou de dire quelque chose en début de rencontre ? », « Pourquoi passer du temps à étudier l'évolution des idées d'un auteur, si on sait maintenant qu'il avait fait fausse route ? », « La recherche montre que x , alors je devrais *faire y* », etc.

Cette quête contribue notamment à détourner le développement de la pensée critique et créative. Mais, plus précisément, elle tend à atrophier la capacité idiosyncratique et créatrice de puiser en soi une vérité qui puisse être utilisée à tout moment et en présence de tout individu souffrant qui fait une demande de soins. Est-il alors si étonnant que plusieurs psychothérapeutes développent avec le temps un épuisement mental et émotionnel, caractérisé par le sentiment que le travail clinique n'est plus (ou n'a jamais été) gratifiant ou valorisant, réduit qu'il est à un véritable état de *désœuvrement clinique* ?

Une supervisée prenant graduellement conscience de l'emprise de certaines « chimères » me disait l'autre jour avec une grande justesse que, pour elle, les lectures étaient devenues un moyen d'autorégulation. Nous avons convenu qu'elle puisse à la fois *s'autoriser* et *tolérer* de ne pas lire « que de la clinique ». Et que, peut-être aussi, il ne serait pas complètement futile de lire de la poésie.

Notes

1. L'utilisation du masculin a valeur épiciène dans ce texte.
2. Comme le rappellent Bouchard et Guérette, «[d]u point de vue de l'herméneutique, toute nouvelle expérience est construite ou révélée, plutôt que simplement donnée; toute signification nouvelle est à la fois contenue et cachée dans le matériel qui s'offre à nous.» (Bouchard et Guérette, 1991, p. 19)
3. Durant le processus psychothérapeutique, le passage de l'utilisation de méthodes plus concrètes pendant un moment dans une séance, ou pendant quelques séances durant un processus, s'il ne s'agit pas d'une posture défensive de la part d'un des membres de la dyade thérapeutique, peut être fait de manière fluide. On peut le voir comme tout autant de formes de soutien, ce qui selon plusieurs fait aussi partie des interventions psychodynamiques (voir notamment de Jonghe *et al.*, 1992; Gunderson et Gabbard, 1999; Leichsenring et Shauenburg, 2014; Luborsky, 2000). Si cela se fait peut-être parfois (mais pas nécessairement) au coût d'une certaine réorganisation défensive face au processus introspectif/exploratoire, l'évaluation du rapport coûts/bénéfices devrait selon moi être faite selon le jugement du thérapeute. Le recours à des épistémologies diverses, voire diamétralement opposées, est souvent utile, voire nécessaire, pour faire face à la complexité de la psyché humaine. Il est entendu ici que cela exige flexibilité et adaptation de la part du clinicien, qui doit maintenir une posture réflexive face aux effets possibles de ces changements transitoires de modalités sur le patient, et dans le champ thérapeutique. Cette diversification ne détourne en rien l'essentiel du travail central sur les conflits, les résistances, la compulsion de répétition, etc.
4. Cet aphorisme appelé «marteau de Maslow» illustre ce qu'il a défini comme étant la «théorie de l'instrument», à savoir le risque (ou la tentation) qui consiste à travestir la réalité d'un problème en le transformant en fonction des réponses dont on dispose, ou encore le fait de considérer qu'il n'y a qu'une réponse unique à tous les problèmes.

Références

- APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice. (2006). Evidence-Based Practice in Psychology. *American Psychologist*, 61(4), 271-285.
- Baudelaire, C. (1869). *Le Spleen de Paris*. Paris: Flammarion, 2017.
- Bion, W. R. (1962). *Learning from experience*. Londres: William Heinemann.
- Boileau, N. (1674). *Satires, Épîtres, Art Poétique*. Paris: Galimard, 1985.
- Bollas, C. (2018). *Meaning and Melancholia: Life in the Age of Bewilderment*. Londres: Routledge.
- Bouchard, M. A. et Guérette, L. (1991). Notes sur la composante herméneutique de la psychothérapie. *Revue québécoise de psychologie*, 12 (2), 19-32.
- Brun, A., Roussillon, R. et Attigui, P. (2016). Évaluation clinique des psychothérapies psychanalytiques. Paris: Dunod.
- Cripe, L. I. (1997). Personality Assessment of Brain-Impaired patients. Dans M. E. Maruish et J. A. Moses Jr (dir.), *Clinical neuropsychology: Theoretical foundations for practitioners* (p. 119-142). Mahwah: Erlbaum Associates.
- Ferro, A. (2009). Transformations in dreaming and characters in the psychoanalytic field. *International Journal of Psychoanalysis*, 90, 209-230.
- Goldbloom, D. S. (2003). La psychiatrie fondée sur les données probantes. *Bulletin de l'APC*, Décembre, 4-5.

- Gunderson, J. G. et Gabbard, G. O. (1999). Making the case for psychoanalytic therapies in the current psychiatric environment. *Journal of the the American Psychoanalytic Association*, 47(3), 679-704.
- Jonghe, F. de, Rijnierse, P. et Janssen, R. (1992). The role of support in psychoanalysis. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 40(2), 475-499.
- Khan, M. (1974). Vicissitudes de l'être, du connaître et de l'éprouver dans la situation analytique. Dans *Le soi caché* (p. 255-273). Paris : Gallimard, 1976.
- Koehler, B. et Silver, A.-L. S. (2009). Psychodynamic treatment of psychosis in the USA: Promoting development beyond biological reductionism. Dans Y. O. Alanen, M. González de Chávez, A.-L. S. Silver et B. Martindale (dir.), *Psychotherapeutic Approaches to Schizophrenic Psychoses* (p. 217-232). Londres : Routledge.
- Laperrière, R. (1999). Le malaise de l'imposteur. *Filigrane*, 8 (2), 88-99.
- Leclaire, M. (2008). La psychanalyse dans le gouffre béant de l'efficacité. *Filigrane*, 17 (1), 15-28.
- Leichsenring, F. et Shauenburg, H. (2014). Empirically supported methods of short-term psychodynamic therapy in depression. Towards an evidence-based unified protocol. *Journal of Affective Disorders*, 169, 128-143.
- Linehan, M. (2014). *DBT skills training manual*. New York : Guilford Press.
- Luborsky, L. (2000). *Principles of psychoanalytic psychotherapy: A manual for supportive-expressive treatment*. New York : Basic Books.
- Maslow, A. H. (1966). *The psychology of science*. Londres : Harper et Row.
- Norcross, J. C., Hogan, T. P., et Koocher, G. P. (2008). *Clinician's guide to evidence-based practices mental health and the addictions*. Oxford University Press.
- Roussillon, R. (2002). Jalons et repères de la théorie psychanalytique du traumatisme. *Revue belge de psychanalyse*, 40, 25-42.
- Roussillon, R. (2008). *Agonie, clivage et symbolisation*. Paris : Presses universitaires de France.
- Shedler, J. (2010). The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *American Psychologist*, 65(2), 98-109.