

**Pour une modernisation de l'inscription au Tableau de
l'Ordre des psychologues**

Gilles Delisle, Ph.D.

Novembre 2012

La problématique

- A. Des médecins orientent leurs patients comme si les thérapies cognitivo-comportementales étaient les seules dont l'efficacité soit démontrée par la recherche.¹
- B. Des assureurs privés et des programmes d'aide aux employés font de même.²
- C. Des patients se font dire par leur médecin de cesser une psychothérapie avec un psychothérapeute inscrit au tableau sous une autre orientation théorique que cognitivo-comportementale.³

La proposition

Que le conseil d'administration se penche sur la question des approches théoriques, notamment en réévaluant la pertinence de continuer à identifier les orientations théoriques au Tableau de l'Ordre. (Proposée par Gilles Delisle et appuyée par Marie Claude Grau)

Les motifs

1. La situation actuelle ne reflète pas l'état des connaissances scientifiques et des meilleures pratiques cliniques.

La psychothérapie peut être considérée comme découlant de l'application clinique de la science psychologique. Or, trente ans de recherches sur l'efficacité en psychothérapie n'ont pas permis d'établir un consensus quant à ce qui est probant (Drapeau, 2010). Les TCC, malgré leurs mérites indéniables, connaissent une vogue qui tient peut-être davantage de la légende urbaine que de l'état des connaissances, alors que d'autres approches se trouvent déconsidérées par la même légende :

- *Il existe en certains lieux une croyance à l'effet que les concepts et les traitements psychodynamiques n'ont pas de soutien empirique ou que les données de recherche montrent que d'autres formes de traitement sont plus efficaces. Cette croyance semble avoir acquis une vie autonome. Des professeurs d'université se la répètent entre eux, tout comme les administrateurs de la santé et les décideurs. Sa crédibilité apparente augmente avec chaque répétition, jusqu'au jour où la question ne se pose même plus : tout le monde « sait » qu'il en est ainsi. Les données scientifiques racontent une toute autre histoire : il existe un ensemble de don-*

¹ Des exemples précis pourront être rassemblés et communiqués, à 2 semaines d'avis, sur demande de l'Ordre des psychologues

² Idem

³ Idem

nées considérables démontrant l'efficacité et l'efficiace des thérapies psychodynamiques ! (Shedler, 2010, p. 98)

- *La contribution de la personne du thérapeute au succès de la thérapie est aussi bien documentée sur le plan empirique que celle des traitements ou des méthodes de psychothérapie manuélistées. [...] Une prépondérance de la preuve indique que les caractéristiques du thérapeute sont de bien meilleurs prédictes du succès de la thérapie que ne le sont les techniques ou traitements manuélistés. [...] Le thérapeute compte plus dans le succès d'une thérapie que le diagnostic du client ou le genre de traitement. (Duncan, Miller, Wampold, & Hubble, 2010, p.v.)*
- *La plus grande part de la variance des résultats non-attribuable à des caractéristiques préexistantes des patients implique des différences individuelles entre les thérapeutes et dans la relation thérapeutique émergente [...], quelle que soit la technique ou l'approche utilisée. (Norcross, 2011. p. 7)*

À l'heure où les approches intégratives, celles qui puisent à plus d'une tradition théorique et clinique, semblent occuper l'avant-scène (Castonguay, 2010), bon nombre de psychologues se considèrent comme ayant une pratique intégrative. Ce qui est davantage que ce qu'illustrent les 1er et 2e choix, lors de l'inscription au tableau. La perspective intégrative n'est pas une simple addition de méthodes mais une autre forme, née de l'intégration de diverses méthodes (Lecomte & Castonguay, 1987).

En outre, l'orientation déclarée par les psychothérapeutes ne correspond pas forcément à ce qu'ils font sur le plan clinique concret, comme l'ont bien montré les méta-analyses rapportées par Shedler (2010).

Dans une revue de littérature et de données portant sur les mécanismes du changement thérapeutique Kazdin (2007) écrit :

- *Nous pouvons peut-être affirmer avec plus de confiance que jamais auparavant que l'ingrédient actif du changement dans les TCC ne semble pas être les cognitions, comme le veut le modèle initial. (p. 8).*

Dans le même ordre d'idées, on a pu noter que même dans les études contrôlées visant à comparer des traitements manuélistés, les thérapeutes interagissent avec les patients de diverses manières, appliquant différemment les interventions prescrites, et mettant en place des processus non spécifiés par les manuels de traitement (Elkin *et al.*, 1989). Dans certains cas, les chercheurs ont eu de la difficulté à déterminer, à partir de transcriptions *in extenso* de sessions, quel traitement manuélisté était mis en oeuvre (Ablon & Jones, 2002)

2. La situation actuelle fournit à des tiers décideurs des données qu'ils ne sont pas en mesure d'interpréter et d'apprécier correctement

La méthodologie employée dans la première vague de mesures de l'efficacité de traitements spécifiques pour des diagnostics spécifiques, celle des essais cliniques randomisés, est un calque direct de celle qui a cours en médecine et en pharmacologie. Elle est de nature à faire ressortir les avantages des traitements courts et manuels et sied mal tant aux traitements relationnels et intersubjectifs, qu'aux problématiques complexes et aux comorbidités. Cela étant, il n'est pas étonnant que la culture médicale dispose favorablement le médecin — et les assureurs privés — à l'endroit des formes thérapeutiques qui présentent des affinités culturelles et méthodologiques avec l'univers médical et la méthode actuariale. Cependant, ces affinités culturelles conduisent à des actes qui s'écartent trop souvent de la stricte décision clinique et prennent les apparences de son exact contraire : la discrimination idéologique.

3. La situation actuelle entraîne un préjudice direct pour les patients qui se font dire de cesser une thérapie en cours.

Quiconque comprend la nature du processus thérapeutique, comprendra *de facto* ce qu'il y a de préjudiciable au client lorsque son médecin, son assureur, ou un autre tiers en autorité, lui intime de mettre un terme à un processus thérapeutique déjà engagé, au motif que l'efficacité de ce traitement n'est pas démontrée. Il s'agit là d'immixtions directes et indues dans un processus dont tous s'entendent à dire — et les codes de déontologie le reflètent — qu'il doit être traité comme un sanctuaire.

Il n'est pas raisonnable de penser que des efforts additionnels de sensibilisation des médecins et des tiers payeurs réussiront là où de nombreuses années d'efforts diligents et soutenus ont échoué.

4. La situation actuelle menace le pluralisme théorico-clinique qui est l'assise de pertinence de la psychologie clinique et le gage de ses développements futurs.

L'histoire de la psychologie clinique et de la psychothérapie qui en est l'expression professionnelle, aujourd'hui enchâssée dans la loi 21, est faite de rapports complexes entre diverses Écoles de pensée. Chacune a connu son heure de gloire, depuis la psychodynamique jusqu'à la thérapie cognitivo-comportementale, en passant par l'approche humaniste et la perspective systémique. Il fut des époques où ces rapports étaient faits d'adversité, d'autres marquées par une sorte d'indifférence mutuelle. Chaque période de faveur de l'une ou l'autre des Écoles de pensée peut être rattachée à un contexte social, culturel et historique particulier.

L'ascendant que connut la psychanalyse fut peut-être nourri, entre autres choses bien sûr, de la nécessité de comprendre comment un continent aussi développé et cultivé que l'Europe avait pu produire autant d'idéologies meur-

trières, opposant des nations convaincues chacune d'incarner le Bien. La vogue humaniste des années 1970-1990 ne pouvait prendre racine que dans une Amérique victorieuse et prospère, éprise de *Peace and Love*, et carburant à la contre-culture des campus. L'histoire dira ce qui nourrit l'engouement actuel pour les thérapies cognitivo-comportementales, mais si le passé est garant de l'avenir, il est probable qu'il soit temporaire...

Quoi qu'il en soit, le psychologue des années 2010 est porteur, qu'il le reconnaisse ou non, de chacune des 4 grandes traditions. Éclairé par la psychanalyse, il sait reconnaître que l'univers mental de son client est fait de forces complexes et souvent conflictuelles, et que ses processus psychologiques se sont façonnés au fil du développement. L'humanisme en psychologie lui a légué une connaissance de la fonction essentielle de l'empathie et de la subjectivité radicale de toute personne. La perspective systémique lui fait saisir l'importance de l'environnement et des réseaux sociaux — au sens premier du terme ! — dans la pathologie et dans le traitement. L'École cognitivo-comportementale lui enjoint, entre autres choses, de s'assurer que le traitement se répercute visiblement, positivement et concrètement sur la vie réelle du client.

Voilà ce qui, à mon sens, unit l'ensemble des psychologues et des psychothérapeutes de bonne foi : un engagement commun et convergent envers le mieux-être du client, qui transcende les différences techniques, et enraciné dans l'histoire des 4 grandes traditions.

Au moment d'écrire ces lignes, 38 % des psychologues se déclarent principalement d'orientation cognitivo-comportementale, 22 % d'orientation psychodynamique, 22 % seraient humanistes et 7 % systémiciens... sans qu'on sache bien ce que cela signifie au juste. Cela reflète-t-il leur formation ? En ce qui concerne les TCC, l'attrait d'un effet de mode ? La volonté de ne pas se disqualifier aux yeux des tiers payeurs ? Les données de recherche disponibles (voir plus haut) nous incitent en tous les cas à ne pas penser que cela nous permet de savoir ce qu'ils font dans le concret de leur pratique et dans l'intimité de leur cabinet de consultation. Et c'est tant mieux.

Quelques objections possibles...

On pourrait soutenir que les psychologues sont attachés à leur orientation théorique, que celle-ci est gage de cohérence et source de perfectionnement continu.

Ce dont il s'agit ici, ce n'est pas de la légitimité ou de l'utilité clinique des approches, mais de l'obligation d'en choisir une ou deux pour inscription au tableau. Rien n'empêcherait le psychologue de se déclarer librement dans ses communications scientifiques ou publicitaires, si tel est son choix, de telle ou telle orientation théorique et clinique.

On pourrait également évoquer l'inspection professionnelle qui, actuellement, doit être conduite par un inspecteur de la même orientation générale que l'inspecté.

Ici encore, rien n'empêcherait le psychologue qui fait l'objet d'une inspection de demander à ce que l'inspecteur soit suffisamment au fait de son champ de pratique et capable d'évaluer la pertinence de ses références théoriques et cliniques.

En guise de conclusion

Dans un contexte historique où la pratique de la psychothérapie est enfin encadrée par la loi et où sa définition emprunte au vocabulaire de la médecine, l'orientation théorique — au sens exclusif et quasi-identitaire du terme — est appelée à devenir un anachronisme qui n'aura plus la légitimité préparadigmatique qu'elle a eu jadis. Le seul qualificatif que l'on puisse légitimement exiger du psychologue pratiquant la psychothérapie dans le respect de son éthique supérieure devrait être celui-ci : clinicien ! Le psychologue clinicien affirme ainsi que son premier et seul engagement est envers le client qui le consulte. Qu'il s'alimente plus ou moins à telle ou telle tradition, qu'il soit plus ou moins orthodoxe dans son adhésion à un modèle, cela ressort à sa responsabilité professionnelle, compte tenu de la nature de sa pratique.

En conformité avec le contexte actuel, il serait plus utile et plus conforme aux faits que les psychologues affichent au tableau leurs champs de spécialisation clinique. Cette information serait, elle, véritablement utile aux médecins et aux tiers payeurs. Et il appartiendrait toujours à l'OPQ, dans le respect de son mandat, de s'assurer que ses membres maintiennent les compétences requises pour exercer dans tel ou tel champ de pratique : la dépression; la toxicomanie, les troubles anxieux, les troubles de la personnalité, etc. Car la recherche montre bien que ce n'est pas l'approche qui est efficace — le traitement cognitivo-comportemental de la dépression ou le traitement psychodynamique de la personnalité limite — mais bien un psychothérapeute singulier, nourri judicieusement et de manière différentielle par la totalité de l'univers théorique, clinique et professionnel de la psychologie.

Références

Ablon, J.S.; Jones, E.E. (2002). Validity of controlled clinical trials of psychotherapy: Findings from the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program. *American Journal of Psychiatry*, 159, 775–783.

Castonguay, L.G.; Lecomte, C. (1987). Rapprochement et intégration en psychothérapie. Gaétan Morin.

Castonguay, L-G. (2010). La psychothérapie repose sur l'alliance... chercheurs-praticiens. Conférence d'ouverture, Congrès de l'Ordre des psychologues du Québec.

Drapeau, M. (2010). Interpréter les données probantes et leur donner tout leur sens. *Cahier Recherche et Pratique*. OPQ. Vol. 1, no. 1.

Duncan, B.L.; Miller, S.D.; Wampold, B.E.; Hubble, M.A. (2010). *The Heart & Soul of Change: Delivering What Works in Therapy*. American Psychological Association.

Elkin, I., Shea, M. T., Watkins, J. T., *et al* (1989) National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. General effectiveness of treatments. *Archives of General Psychiatry*, 46, 971–982.

Kazdin, A.E. (2007). Mediators and mechanisms of change in psychotherapy research. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 1-27

Norcross, J.C. (2011). *Psychotherapy Relationships that Work*. Second Edition. Oxford Press.

Shedler, J. (2010). The Efficacy of Psychodynamic Psychotherapy. *American Psychologist*. American Psychological Association. No. 2, 98–109.