

L'encadrement de la psychothérapie au Québec : Une démarche à revoir

Normand Brodeur (Université Laval), Valérie Roy (Université Laval), Gilles Tremblay (Université Laval),
Dominique Damant (Université de Montréal) et Jocelyn Lindsay (Université Laval)

En juin 2009, le Gouvernement du Québec adoptait la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines (PL n° 21). Celle-ci « modifie le Code des professions afin de prévoir une redéfinition des champs d'exercice professionnel dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines pour les professions de psychologue, de travailleur social, de thérapeute conjugal et familial, de conseiller d'orientation et de psychoéducateur. Elle établit également pour les membres de ces ordres, de même que pour les infirmières, les ergothérapeutes, les orthophonistes et les audiologistes, une réserve d'activités à risque de préjudice dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines » (Office des professions du Québec [OPQ], 2013 : 10, nous soulignons). Dans l'ensemble, la Loi prévoit un certain nombre d'actes professionnels dits « partagés » entre diverses professions et a limité le nombre d'actes dits « réservés » à une profession donnée. Cette façon de faire a l'avantage de limiter les écueils entre les professionnels même si le champ d'exercice de chacune des professions demeure relativement large et peut facilement laisser place à des interprétations qui pourraient soulever nombre de rivalités entre les professions. Par exemple, il demeure difficile de séparer le champ du « fonctionnement social » propre aux travailleurs sociaux de celui de l'« adaptation sociale » propre aux psychoéducateurs. Enfin, la Loi prévoit l'encadrement de la pratique de la psychothérapie, en réponse à des plaintes justifiées concernant l'usage du titre de psychothérapeute par des personnes non qualifiées, identifiées par certains comme des charlatans; la démarche se veut un moyen pour protéger le public contre de tels actes répréhensibles.

Le PL n° 21 définit la psychothérapie de façon très large. Prise à son sens strict, cette définition peut amener à considérer comme étant de la psychothérapie toute intervention visant à soulager la détresse humaine ou visant des changements de comportements, ce qui correspond à ce que font de nombreux professionnels de la relation d'aide. La loi définit aussi la psychothérapie comme une activité réservée dont l'exercice est partagé entre les membres de certaines professions, pourvu que ceux-ci répondent à des exigences très élevées. La réserve est motivée par le risque de préjudices que pourrait subir le public, sans toutefois que l'on ait explicitement démontré en quoi la psychothérapie constituerait un risque plus élevé que d'autres actes cliniques posés par les personnes déjà encadrées par le système professionnel québécois.

Malgré les bonnes intentions derrière la loi, il y a des raisons de croire qu'elle va créer des problèmes plus grands que ceux qu'elle voulait régler. Nous allons tenter d'en convaincre le lecteur en examinant plus en détail les modalités d'encadrement de la

psychothérapie, en soulignant les problèmes liés à la définition adoptée et en identifiant un ensemble de dérives possibles.

I. LES MODALITÉS D'ENCADREMENT DE LA PSYCHOTHÉRAPIE

L'idée d'encadrer la psychothérapie n'est pas nouvelle. Selon Macleod et McSherrey (cités par Tudor, 2011), il existe différents modèles de réglementation de la psychothérapie allant du moins au plus restrictif :

- 1) La régulation par les pairs, par exemple par l'appartenance volontaire à une association;
- 2) L'attribution d'un droit d'exercice « par la négative », soit le fait de ne pas avoir été identifié comme inéligible à la pratique;
- 3) La co-réglementation par une association professionnelle et le gouvernement;
- 4) La réserve du titre, possible aux endroits où il y a une autorité pour statuer sur les titres professionnels;
- 5) La réserve du titre et de certains actes spécifiques;
- 6) La réserve du titre et de la pratique d'une façon globale et inclusive aux seuls membres d'une profession reconnue et d'autres professions identifiées et également reconnues.

Parmi ces différentes modalités pour encadrer la psychothérapie, le Québec a choisi la dernière, soit la plus restrictive. Dans le but explicite de protéger le public des personnes qui ne sont pas suffisamment formées pour exercer la psychothérapie, le PL n° 21 reconnaît maintenant que seuls les psychologues et les médecins ont le droit d'office de porter le titre et d'exercer la psychothérapie. D'autres professionnels dans le champ de la santé mentale et des relations humaines peuvent également obtenir un permis d'exercice, pourvu qu'ils soient membres de leur ordre, qu'ils aient complété une maîtrise et qu'ils aient acquis une formation et un entraînement équivalent à deux ans de psychothérapie. Un conseil consultatif interdisciplinaire sur l'exercice de la psychothérapie a par ailleurs été institué sous la direction de l'Ordre des psychologues du Québec.

Comme disposition transitoire, le conseil d'administration de l'Ordre des psychologues du Québec pouvait, jusqu'au 21 juin 2014, délivrer un permis de psychothérapeute à la personne qui en faisait la demande dans les deux ans de la date d'entrée en vigueur de l'article 187.1 du *Code des professions*. Les normes appliquées pour l'émission de ce permis pendant la période de grâce étaient elles aussi élevées, tant en termes de formation continue en psychothérapie suivie au cours des cinq années précédentes (90 heures), de temps d'exercice de la psychothérapie (600 heures sur trois ans), et de supervision (50 heures portant sur l'exercice de 200 heures de psychothérapie). Elles ont été appliquées

de façon très stricte, sans prendre en considération d'autres expériences pertinentes comme le fait d'avoir publié ou donné de la formation dans le domaine.

Les modalités d'encadrement décrites ici ne sont pas sans poser de difficultés, comme nous le verrons après nous être attardés aux problèmes causés par la définition de la psychothérapie.

II. UNE DÉFINITION TENTACULAIRE

Le PL n° 21 fournit une définition de la psychothérapie dont l'importance est cruciale. Elle se lit comme suit :

[La psychothérapie est] un traitement psychologique pour un trouble mental, pour des perturbations comportementales ou pour tout autre problème entraînant une souffrance ou une détresse psychologique qui a pour but de favoriser chez le client des changements significatifs dans son fonctionnement cognitif, émotionnel ou comportemental, dans son système interpersonnel, dans sa personnalité ou dans son état de santé. Ce traitement va au-delà d'une aide visant à faire face aux difficultés courantes ou d'un rapport de conseils ou de soutien. (OPQ, 2013, p. 73)

Dans une perspective de régulation, définir un acte clinique doit pouvoir permettre de distinguer l'activité réservée des autres interventions réalisées dans le domaine. La clarté en cette matière constitue une précondition à la réserve de l'activité (Mowbray, 1995, cité dans House et Musgrave, 2013). Or, définir la psychothérapie ne va pas de soi. Comme le font remarquer certains observateurs, aucune définition n'est reconnue universellement (Prochaska et Norcross, 1999 : 3). Des définitions approximatives ou provisoires, soumises à la critique et à la discussion, peuvent bien sûr être employées pour guider des activités de formation ou de recherche. Mais il faut plus de rigueur lorsqu'il s'agit d'une régulation. Il faut que la définition retenue puisse être opérationnelle et qu'elle fasse l'objet d'un important consensus. À notre connaissance, cet objectif n'a jamais été atteint dans les pays occidentaux où l'exercice a été tenté. En Angleterre, par exemple, on a tout récemment tenté d'établir une distinction entre la psychothérapie et le counseling en associant la première intervention aux troubles mentaux sévères et la seconde aux troubles légers et modérés. Une consultation publique menée par le *Health and Care Professions Council* (HCPC) – un organisme de régulation semblable à l'Office des professions au Québec – n'a pas permis d'en arriver à un degré d'accord satisfaisant, plusieurs répondants avançant même qu'établir une telle distinction était impossible et arbitraire (HCPC, 2009, dans Waller et Guthrie, 2013 : 9). Nous ne croyons pas que la définition inscrite dans le PL n° 21 échappe davantage à l'arbitraire ou qu'elle soit plus rigoureuse que celles qui ont été proposées ailleurs. Pour le démontrer, il nous faut maintenant procéder à une analyse plus détaillée de son libellé.

Suivant les recommandations du comité Trudeau (Comité d'experts, 2005 : 88), et afin d'étendre la protection de la loi au plus grand nombre, le PL n° 21 propose une définition englobante de la psychothérapie. Cette définition constitue un « cadre de référence pour la pratique » plus qu'un énoncé précis de ce en quoi consiste l'activité que l'on entend réserver. Étant donné ce caractère englobant, la définition retenue fait appel à des notions génériques. D'entrée de jeu, la psychothérapie est présentée comme étant un « traitement psychologique ». Il convient de s'arrêter quelques instants sur la signification de cette expression. Le mot « traitement » n'est pas défini explicitement dans le PL n° 21. On peut toutefois se référer à la définition de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) retenue par le Comité d'experts (2005) dont les travaux ont servi d'appui à la formulation de la Loi. Ainsi, un traitement « regroupe les mesures destinées à interrompre un processus morbide afin de prévenir des complications et des séquelles, de limiter les incapacités et d'éviter le décès » (Comité d'experts, 2005 : 7). C'est en lisant les normes énoncées dans le règlement sur la psychothérapie, dans le rapport du Comité d'experts et dans le *Guide explicatif* produit par l'OPQ (2013) que l'on peut comprendre la nature des mesures dont il s'agit. On constate rapidement qu'un grand nombre de ces mesures sont communes aux interventions professionnelles réalisées dans d'autres domaines du champ des relations humaines et de la santé mentale. La psychothérapie, comme toute intervention professionnelle, consiste par exemple en des interventions choisies en fonction d'une évaluation initiale rigoureuse, d'un objectif à atteindre et d'un résultat pouvant être évalué par le biais de la méthode scientifique; elle fait appel à un processus interactionnel structuré entre le professionnel et son client et à des modalités thérapeutiques basées sur la communication; elle requiert le consentement éclairé des personnes auprès desquelles elle est pratiquée. Sa réussite repose, par ailleurs, sur des facteurs communs comme les attitudes du psychothérapeute, la qualité relationnelle, la capacité d'établir une alliance thérapeutique et la confiance du client dans la réussite de sa démarche. Considérant la formation de base dans les professions d'aide qui initie l'ensemble des professionnels à la démarche scientifique, à l'évaluation des situations, à la planification, à l'éthique et à la communication, ces éléments sont insuffisants pour distinguer nettement la psychothérapie des autres formes d'intervention.

On note par ailleurs que la notion de traitement est tout aussi élastique que générale. Elle ne renvoie pas à des critères de durée ou de fréquence précis. Certains auteurs soutiennent par exemple que des « traitements » d'une seule séance font maintenant partie intégrante des interventions psychothérapeutiques (Cameron, 2007). Le « traitement » renvoie à des interventions d'intensité très variable, ce qui n'aide pas non plus à circonscrire la pratique de la psychothérapie.

L'analyse de la définition doit, bien entendu, considérer le sens de l'adjectif « psychologique » attaché au mot traitement. Dans le PL n° 21, la psychologie s'intéresse au fonctionnement psychologique et mental de la personne. Les sciences humaines, les

sciences biomédicales et la psychologie elle-même ont depuis longtemps démontré que ce fonctionnement psychologique est largement influencé par des variables environnementales. Toutes les professions du domaine des relations humaines intègrent maintenant la notion d'interaction entre la personne et son environnement, témoignant ainsi du fait qu'il est souvent difficile de dissocier complètement le fonctionnement psychologique du reste de l'existence de la personne. L'utilisation d'approches dites biopsychosociales ou psychosociales, autant en psychologie que dans les autres professions des relations humaines, témoigne aussi de cette intrication profonde entre les différentes dimensions. Dans ce contexte, les champs de toutes les professions dans le domaine des relations humaines se chevauchent dans une certaine mesure. Chacune d'elles veille par exemple à la prévention de la maladie et des problèmes sociaux (Comité d'experts, 2005 : 16). En corollaire, chacune d'elle intervient aussi à sa façon sur le fonctionnement psychologique des personnes. C'est précisément à cause de ces inévitables recoupements que les champs d'exercice des différentes professions n'ont pas été définis de façon exclusive par le législateur. Les champs établissent la marque distinctive des professions, mais ne prétendent pas décrire ce qui leur est réservé (Comité d'experts, 2005 : 15).

Les approches employées dans le traitement pourraient, par leur spécificité, constituer une base justifiant la réserve de l'activité psychothérapeutique. Mais, là aussi, l'exercice n'est pas si simple qu'il n'y paraît. Dans un livre consacré à la psychothérapie, Prochaska et Norcross mentionnaient, déjà en 1999, l'existence de plus de 400 modèles de psychothérapie clamant chacun leur efficacité (p. 1). Ce simple fait évoque l'extrême diversité des pratiques que l'on retrouve, à l'échelle internationale, sous le vocable de psychothérapie. L'approche retenue dans le PL n° 21 se veut plus restrictive en retenant quatre grands modèles, soit les modèles psychodynamiques, les modèles cognitivo-comportementaux, les modèles systémiques et les théories de la communication et les modèles humanistes (OPQ, 2013 : 77). Ces modèles « regroupent les quatre grandes orientations psychothérapeutiques ayant prouvé depuis longtemps leur assise scientifique, académique et associative » (Comité d'experts, 2005 : 95). Il faut noter que ces modèles ne sont pas tous issus exclusivement de la psychologie. Par exemple, les modèles humanistes, se sont en partie développés à partir de l'humanisme philosophique, de l'existentialisme et de la phénoménologie (APA, 2014). Bateson, un des pionniers des modèles systémiques et des théories de la communication était, au départ, anthropologue (Winkin, 1988). Les concepts d'acceptation et de pleine conscience, qui sont de plus en plus en vogue dans les théories cognitives comportementales de la troisième vague, ont de profondes racines historiques dans la philosophie et dans les religions tant orientales qu'occidentales (Williams et Lynn, 2010-2011). De plus, les modèles en question ont marqué l'ensemble des professions de la santé mentale et des relations humaines. En travail social, par exemple, on ne compte plus les références à ces modèles qui font depuis longtemps partie du coffre à outils de la profession (Dorfman, 1988; Drolet, 2013;

Du Ranquet, 1983; Lecomte, 1976; Payne, 2005). De façon similaire, les modèles cognitivo-comportementaux sont couramment enseignés et employés notamment dans les domaines de la psychoéducation, des sciences infirmières et du travail social. Ces exemples montrent que l'évocation des quatre modèles retenus ne constitue pas une référence assez précise pour définir une activité spécifique que l'on pourrait facilement délimiter et réserver à un groupe particulier de professionnels.

Afin de cerner l'objet de la psychothérapie, le PL n° 21 la définit comme traitement « pour un trouble mental, pour des perturbations comportementales ou pour tout autre problème entraînant une souffrance ou une détresse psychologique » (nous soulignons). Les documents d'accompagnement précisent que la souffrance réfère « à une douleur morale [qui peut] être due à des difficultés personnelles ou sociales », tandis que la détresse psychologique « réfère à un sentiment d'abandon, de solitude, d'impuissance, éprouvé dans une situation poignante » (OPQ, 2013 : 74). La définition, que le législateur voulait certes englobante, devient ici carrément tentaculaire. Les sentiments d'abandon, de solitude et d'impuissance sont des expériences extrêmement communes ressenties dans une vaste gamme de situations. Pour ne donner que quelques exemples, ils sont associés : à la pauvreté; à la maladie physique ou mentale; à la violence, à l'intimidation ou toute autre forme d'abus; aux difficultés que l'on rencontre dans la vie de couple et l'éducation des enfants; aux problèmes liés à l'emploi; au deuil; à des transitions de vie comme le divorce, la migration, la crise de l'adolescence; et ainsi de suite.

La souffrance est tout aussi universelle que la détresse. Les grandes religions tentent de l'apaiser depuis la nuit des temps. L'ensemble des professions d'aide s'y consacre aussi. Elle demeure toutefois difficile à définir de façon précise puisqu'elle « ne prend sens pour une personne donnée que si elle a été confrontée avec une expérience personnelle » (Verspieren, 1998 : 24). Comme le précise Ehrenberg (2005 : 20), la notion de souffrance est de nos jours si large qu'elle est indéterminée, ce qui ne peut qu'être source de confusion. Cela ne veut pas dire que la détresse et la souffrance ne peuvent pas être employées pour évoquer le sens général de l'activité psychothérapeutique ni que la psychothérapie ne peut y apporter sa part de soulagement. Notre argument est qu'il s'agit de bien mauvais concepts pour définir une activité **exclusive** à un groupe professionnel restreint. L'idée même de réserver le traitement de la souffrance et de la détresse psychologique à une petite élite formée selon des critères aussi étroits que ceux décrits dans le règlement sur la psychothérapie a de quoi inquiéter. Si l'on veut apporter une réponse un tant soit peu satisfaisante à un problème aussi vaste, il faut selon nous s'assurer de la contribution du plus grand nombre. Il convient par ailleurs de citer un bref extrait des travaux du Comité d'experts qui ont permis d'élaborer le PL n° 21. Parlant d'une série d'interventions que l'on a exclues de la définition de la psychothérapie, dont l'accompagnement, l'intervention familiale, l'éducation psychologique, la réadaptation et le suivi, le Comité écrivait :

Ces interventions, qu'il s'agisse de l'une ou de l'autre, ont un réel effet thérapeutique sur les personnes en souffrance ou en détresse psychologique ou atteintes d'un trouble mental, ainsi que sur leurs proches. Il importe donc qu'elles demeurent accessibles et continuent d'être dispensées par les professionnels des différentes disciplines dans le cadre de leur pratique clinique (Comité d'experts, 2005 : 93).

Ce commentaire du comité était tout à fait en contradiction avec sa proposition de placer la souffrance et la détresse psychologique au cœur de l'objet même de la psychothérapie en tant qu'activité réservée. Il avait toutefois et paradoxalement le mérite de reconnaître qu'on ne peut accorder le monopole de l'intervention sur la souffrance et la détresse aux psychothérapeutes.

Le caractère tentaculaire de la définition de la psychothérapie se révèle non seulement dans son objet (la souffrance), mais aussi dans ses objectifs. Elle a en effet pour but de favoriser des changements dans le fonctionnement cognitif, émotionnel ou comportemental, dans le système interpersonnel, dans la personnalité ou dans l'état de santé du client. Avec un énoncé d'une telle étendue, les psychothérapeutes peuvent classer virtuellement toute forme d'intervention auprès des personnes sous le monopole que leur confère la Loi et en réclamer l'exercice exclusif. On peut alors se demander si cette définition correspond à une activité au sens où l'entendait le Groupe de travail ministériel sur les professions de la santé et des relations humaines qui a établi, en 2001, les principes à la base de la modernisation des lois professionnelles concrétisée dans le PL n° 21. Selon ce groupe, une activité est « un ensemble d'opérations, d'interventions [...] qui peuvent s'exercer sur un continuum ou de manière interrompue et se scinder en actes circonscrits » (Groupe de travail ministériel, 2001 : 245; nous soulignons). Par son amplitude, la description de la psychothérapie retenue dans le PL n° 21 correspond plus à un champ de pratique qu'à une activité. On peut d'ailleurs rappeler à ce propos qu'il est fréquent dans la documentation scientifique de se référer à la psychothérapie en tant que champ (ex. : Cohen Scali, Pouyaud, Beaudoin et Vignoli, 2013; Marmarosh, 2014).

On pourra objecter à nos propos que le législateur a inclus dans sa définition de la psychothérapie certains éléments visant à en restreindre la portée. Il convient de les examiner pour montrer en quoi ils sont insatisfaisants. Selon la définition, le traitement psychothérapeutique « a pour but de favoriser chez le client des changements significatifs ». Il doit donc viser des changements d'une certaine importance. L'utilisation d'une notion aussi floue pose toutefois son lot de problèmes. D'emblée, toutes les professions dans le domaine de la santé et des relations humaines visent à induire, à des degrés divers selon les circonstances, des changements significatifs dans le fonctionnement cognitif, émotionnel, ou comportemental de la personne, dans son système interpersonnel ou dans son état de santé. Ces types de changement sont tout aussi nécessaires au rétablissement du fonctionnement social des personnes (champ d'exercice

du travail social), au développement de meilleures relations conjugales et familiales (champ des thérapeutes conjugaux et familiaux), à l'établissement de l'autonomie socioprofessionnelle (champ des conseillers d'orientation), au développement des capacités adaptatives (champ des psychoéducateurs) ou à la restauration des capacités des personnes présentant un handicap (champ des ergothérapeutes) qu'au rétablissement de la santé mentale (composante du champ d'exercice des psychologues, des médecins et des infirmières). On ne saurait par exemple imaginer que l'une ou l'autre des professions encadrées par le PL n° 21 puisse se contenter de changements nuls ou insignifiants sur des dimensions aussi incontournables dans le fonctionnement de la personne que les cognitions, les émotions ou les comportements. Or, le PL n° 21 et le règlement sur la psychothérapie ne précisent d'aucune façon les critères permettant d'établir le seuil à partir duquel un changement devient « significatif » ni d'ailleurs à partir de quel point de vue ce seuil doit être déterminé. L'importance du changement doit-elle être évaluée à partir des intentions de traitement de l'intervenant? De l'appréciation de la personne concernée? Ou d'un quelconque expert? La notion de « changement significatif » comporte donc une large part d'arbitraire.

L'énoncé selon lequel la psychothérapie va au-delà d'une aide visant à faire face aux « difficultés de la vie courante » est le deuxième élément visant à délimiter le champ de la psychothérapie. Si l'expression semble à prime abord relever du sens commun et se passer de définition, elle n'est pas pour autant dépourvue d'ambiguïtés. Les « difficultés de la vie courante » sont, en effet, loin d'être les mêmes pour tous et on peut difficilement invoquer une norme universelle pour les définir. Les difficultés courantes d'un professionnel de race blanche ayant un revenu élevé sont, par exemple, bien différentes de celles d'une jeune femme sans diplôme, sans abri et souffrant d'un problème de santé mentale ou d'une femme réfugiée racisée. La ligne de démarcation entre les « difficultés de la vie courante » et les difficultés relevant de la psychothérapie est d'autant plus difficile à établir que nombre de professionnels sont précisément mandatés pour intervenir dans des situations complexes auprès de personnes très vulnérables dont les expériences de vie sont à la limite de ce que la société considère comme « normal ». Dans ce contexte, les « difficultés courantes » sont à géométrie variable. De telle sorte qu'on en arrive à des situations aussi paradoxales que le fait d'aider une personne à gérer ses hallucinations est considéré comme un soutien pour affronter des difficultés courantes (Règlement, 2014, Article 6, alinéa 5), tandis qu'aider une personne à se relever d'une dépression découlant d'une expérience aussi commune que le divorce pourrait, pour sa part, relever de la psychothérapie. On voit là aussi la difficulté d'établir des critères objectifs qui permettraient de déterminer à partir de quand une intervention dépasse le cadre des difficultés de la vie courante et entre dans la zone réservée à la psychothérapie.

Toujours dans le but de délimiter le champ de la psychothérapie, le PL n° 21 précise qu'elle va au-delà « d'un rapport de soutien et de conseil ». Il faut noter ici une certaine incongruence dans la démarche du Comité d'experts (2005) qui a élaboré la définition. En effet, le Comité, tout comme le Groupe de travail ministériel (2001) qui l'a précédé, s'est abondamment inspiré des recommandations de l'OMS. Le Comité s'appuie sur la crédibilité de cette organisation internationale pour affirmer que la psychothérapie fait partie des « composantes des soins pour la prise en charge des personnes souffrant de troubles mentaux et du comportement, au même titre que le traitement médicamenteux et que la réadaptation psychosociale » (Comité d'experts, 2005 : 87). Le même rapport de l'OMS précise toutefois ceci lorsqu'il est question de soutien et de conseils :

La thérapie de soutien, probablement la forme la plus simple de psychothérapie, est basée sur la relation médecin-patient. Parmi les autres composantes importantes de cette technique figurent les encouragements, les explications, l'abréaction, le conseil, les suggestions et l'enseignement. Certains voient dans ce mode de traitement le fondement même de bons soins cliniques et proposent d'en faire un élément essentiel des programmes de formation pour tous les personnels de santé chargés de tâches cliniques (OMS, 2001 : 63).

En d'autres mots, selon les normes internationales, ces interventions sont des éléments de base de la psychothérapie et celle-ci devrait être pratiquée par tous les professionnels œuvrant dans le domaine de la santé mentale au lieu d'être réservée au plus petit nombre. Cette différence majeure entre la perspective de l'OMS et celle du comité d'experts illustre une fois de plus la polysémie du mot psychothérapie et la difficulté à bien la définir.

Dans la logique d'une intervention qui va « au-delà » de quelque chose, le règlement sur le permis de psychothérapeute établit une liste de huit types d'interventions qui ne constituent pas de la psychothérapie au sens de la Loi. Le guide explicatif, auquel on a déjà référé, en précise la portée. À la lecture des deux documents, on constate que le territoire couvert par la définition initiale de la psychothérapie est tellement « englobant », qu'il y a inévitablement des contradictions entre ce qui est inclus et ce qui est exclu. On peut ici en relever quelques-unes.

Selon le Guide explicatif (OPQ, 2013, p. 86), « la thérapie conjugale et familiale est une forme de psychothérapie, alors que l'intervention conjugale et familiale, comme la définit le Règlement sur le permis de psychothérapeute, n'en est pas ». Pourtant, l'intervention familiale et conjugale « vise à promouvoir et soutenir le fonctionnement optimal du couple ou de la famille » et « a pour but de changer des éléments du fonctionnement conjugal ou familial ». Il est difficile de concevoir que ces objectifs puissent être atteints sans par ailleurs entraîner chez les membres du couple et de la famille des changements

significatifs dans leur fonctionnement cognitif, émotionnel et comportemental ou dans leur système interpersonnel, qui sont les objectifs centraux de la psychothérapie. Il est tout aussi difficile de croire que ce type d'intervention soit réalisé en l'absence de toute souffrance ou détresse psychologique quand on sait que bon nombre d'interventions familiales et conjugales sont réalisées en contexte de protection de la jeunesse ou dans des centres de santé et de services sociaux implantés dans des quartiers où la pauvreté et les problèmes sociaux multiples sont criants. La frontière entre l'intervention réservée et celle qui ne l'est pas est vaporeuse.

Le règlement exclut aussi du champ de la psychothérapie l'éducation psychologique et la réadaptation. Ces interventions comprennent l'enseignement « de connaissances et d'habiletés spécifiques », « des techniques de gestion de stress, de relaxation ou d'affirmation de soi », voire même « l'entraînement aux habiletés quotidiennes et sociales ». L'acquisition de ces habiletés constitue pourtant, à n'en pas douter, un changement comportemental significatif qui a des répercussions sur le plan cognitif et émotif, de même que dans le système interpersonnel des clients. Il s'agit de plus de techniques qui sont étroitement associées aux modèles cognitivo-comportementaux et que l'on pourrait par conséquent considérer comme des activités psychothérapeutiques au sens de la définition.

Au-delà de ces problèmes et contradictions liés à la définition de la psychothérapie, d'autres problèmes liés à l'intention explicite de la réglementation méritent d'être soulignés.

III. LES DÉRIVES POSSIBLES

En principe, le nouveau règlement issu du PL n° 21 vient encadrer la pratique de la psychothérapie en vue d'éliminer l'usage abusif de ce titre, notamment par ceux qualifiés de « charlatans ». En novembre 2003, l'émission Enjeux de Radio-Canada mettait à jour des pratiques frauduleuses de personnes qui s'autoproclamaient psychothérapeutes, sans aucune formation en ce sens, utilisant la grande vulnérabilité de personnes en détresse pour s'enrichir à leurs dépens. Enjeux faisait ainsi écho à des plaintes adressées à l'Office de protection du consommateur depuis les années 1980. L'émission et les plaintes soulevaient avec raison le problème de l'exercice de la psychothérapie dans le marché privé qui échappait à toute régulation. Il fallait indéniablement répondre à cet appel, mais on peut se demander si le moyen choisi est adéquat. En effet, pour régler un problème de marché privé, on a établi une série de nouvelles règles qui bousculent les façons de faire dans le champ des services publics et communautaires qui, lui, était déjà régulé.

En effet, le système professionnel et le réseau de la santé et des services sociaux comportaient déjà des mécanismes de régulation des pratiques professionnelles. Ainsi, tous les ordres professionnels ont des codes de déontologie et des mécanismes de plaintes

clairement identifiés lorsque les normes éthiques et déontologiques ne sont pas respectées. L'inspection professionnelle fait aussi partie des mécanismes de régulation des pratiques cliniques que les ordres doivent mettre en place. De même, le réseau public est assujéti à des mécanismes de contrôle de la qualité professionnelle, incluant les mécanismes pour recevoir et traiter des plaintes de la population; des comités d'usagers sont en place pour soutenir les personnes, au besoin, dans ces démarches. Le réseau des organismes communautaires dispose aussi de mécanismes de contrôle de la qualité, incluant des mécanismes de plaintes. Ces mécanismes peuvent amener l'Agence de santé et de services sociaux de la région à intervenir et, au besoin, le ministère de la Santé et des Services sociaux. Plusieurs associations regroupant des intervenants travaillant auprès de personnes comme les conjoints ayant des comportements violents, les agresseurs sexuels ou les personnes contrevenantes font un excellent travail en soutenant la réflexion sur la pratique et en énonçant des normes que tous doivent respecter. Ces mécanismes ont prouvé leur efficacité dans le passé pour assurer la qualité des services offerts par des personnes qualifiées. Il n'était pas nécessaire, dans le champ des services publics et communautaires, d'ajouter un nouveau règlement ou de restreindre le nombre des personnes pouvant exercer la psychothérapie telle que définie dans le PL n° 21.

Si les bénéfices de la réforme engagée paraissent faibles dans le champ des services publics et communautaires, il y a en contrepartie un certain nombre de dérives possibles. Sur le terrain, des intervenantes qualifiées ayant des dizaines d'années d'expérience n'ont pas pu se faire reconnaître comme psychothérapeutes en vertu des dispositions transitoires établies par le règlement sur la psychothérapie. D'autres intervenants travaillant dans des services depuis plusieurs années auprès des mêmes clientèles et avec les mêmes objectifs se font dire qu'ils n'ont plus le droit de faire des interventions que leurs collègues psychologues présentent maintenant comme des activités qui leur sont réservées. Enfin, plusieurs intervenantes se disent inquiètes d'être poursuivies pour exercice illégal de la psychothérapie et n'osent plus donner des services qu'elles sont pourtant en mesure de rendre. La nouvelle réglementation façonne déjà les pratiques et décourage les intervenants de plus d'un ordre professionnel.

Tout en visant la protection du public au premier chef, l'implantation du PL n° 21 poursuivait aussi des objectifs liés à la gestion et à l'organisation du travail. On souhaitait que le projet permette « d'atteindre une plus grande efficacité dans l'utilisation des ressources humaines » et « d'optimiser [...] la contribution de chaque professionnel et, partant, l'efficacité des équipes de travail » (OPQ, 2013, p. 11). Ces objectifs s'inscrivent clairement dans les réformes du système sociosanitaire inspirées par la nouvelle gestion publique (NGP) en raison de la crise des finances publiques (Jetté et Goyette, 2010). La NGP met de l'avant des principes d'efficacité, de résultats, d'imputabilité et de performance et il revient aux administrateurs de répartir les ressources humaines pour offrir des services sociosanitaires à moindre coût. Or, des recherches sur l'impact de ces

réformes révèlent que les intervenants sociaux ont le sentiment de consacrer plus de temps à répondre aux orientations organisationnelles et ministérielles qu'aux services aux populations (Bourque et al., 2010; Larivière, 2012). Selon nous, le PL n° 21 aura inévitablement des effets pervers semblables. Les intervenants devront en effet centrer leur attention à fractionner leurs interventions de façon à ce qu'elles n'entrent pas dans le champ réservé de la psychothérapie plutôt qu'être centrés sur les besoins des personnes. Suivant la logique de la loi, une personne ayant des « rencontres d'accompagnement » avec un travailleur social ou un conseiller d'orientation devra inéluctablement être référée à un psychothérapeute si elle en vient à ressentir une « souffrance » en raison de « perturbations comportementales »; elle devra raconter à nouveau sa situation et développer un lien de confiance avec un nouvel intervenant, ce qui n'est certainement pas la meilleure façon d'assurer la continuité des services ni d'utiliser les ressources humaines des organisations. En plus du caractère absurde d'une telle situation, cela soulève aussi la question de l'accessibilité des services, qui devrait être un principe directeur du PL n° 21. Compte tenu du nombre restreint de personnes ayant le droit d'exercer la psychothérapie, les personnes vivant des problèmes de ce type n'auront pas accès à ces services, sinon en pratique privée. Pouvons-nous dans une telle situation parler de protection du public? Poser la question est y répondre!

Derrière le discours sur la protection du public, le jeu des intérêts des différents ordres professionnels mérite aussi d'être analysé dans la réforme actuelle de l'encadrement des professions en santé mentale et en relations humaines. Les rapports de pouvoir entre les différents ordres professionnels ont une influence certaine sur le système de santé et des services sociaux. La façon de définir les champs d'exercice (ou « les territoires de soins », selon l'expression de Prud'homme, 2011) et les actes des professionnels n'est pas neutre, pas plus que la façon de définir plus largement ce qu'est un problème. Les définitions traduisent l'intérêt des groupes qui les mettent de l'avant. Ainsi, au-delà des multiples problèmes que nous avons soulevés par rapport à la définition de la psychothérapie énoncée dans le PL n° 21, celle-ci présuppose une vision médicale ou psychologique des problèmes. Imposer une telle définition amène nécessairement à privilégier les intérêts de certains groupes puisque la définition du problème oriente celle de l'intervention. On se dirige donc vers des traitements médicaux et psychologiques : « Dans un contexte de concurrence, il est à prévoir que ces règles attiseront la tentation, déjà forte, à étendre le sens des concepts de "trouble" et de "maladie" propres à chaque profession, rendant l'intérêt des professionnels solidaire d'une médicalisation encore plus poussée de problèmes comme la déprime, les misères conjugales ou l'échec scolaire » (Prud'homme, 2011 : 200). On peut toutefois se demander s'il est vraiment dans l'intérêt du public de définir tous les problèmes sous l'angle médical ou psychologique et d'y répondre par de la psychothérapie.

Les intérêts des différents ordres professionnels sont aussi susceptibles d'engendrer des conflits entre les professionnels alors que tous s'entendent sur la nécessité de travailler en interdisciplinarité comme les préparent de plus en plus de programmes universitaires. Tel que démontré précédemment, la définition de la psychothérapie embrasse tout un champ d'intervention qui empiète sur le champ d'autres professions. On peut donc s'attendre à des tensions importantes entre les professionnels.

Pour défendre les frontières de leur champ d'exercice, une stratégie des ordres ou des associations de professionnels pourrait alors être de négocier « à la pièce » des ententes quant à des formes d'intervention jugées, ou dites connexes, à la psychothérapie. Dès lors, il y a un risque de se retrouver avec un système à deux vitesses : la psychothérapie et les autres formes d'intervention autorisées par l'ordre détenteur de la délivrance du permis de psychothérapeute. Le risque de dévaluation de ces autres formes d'intervention, pourtant bien établies, par ces ententes « à la pièce » apparaît bien réel à la lecture d'un avis de l'Ordre des psychologues du Québec et de l'Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec (2012). Cet avis visait notamment à évaluer si, dans le cas d'un rapport d'évaluation rédigé par un psychoéducateur, la pratique de ce dernier correspondait à son champ d'exercice ou à celui de la psychothérapie. Les ordres ont conclu que le psychoéducateur avait outrepassé son champ d'exercice car son évaluation laissait croire qu'il recommandait une thérapie basée sur l'approche cognitive-comportementale, donc une psychothérapie, dans le cadre d'un suivi en psychoéducation. Selon cet avis, le psychoéducateur aurait dû s'en tenir à recommander seulement l'utilisation de techniques issues de l'approche cognitivo-comportementale, sans référer aux objectifs de changement qui y sont associés. En plus d'être illustrative des problèmes de la définition de la psychothérapie et des situations absurdes qui peuvent en résulter pour les clients et les professionnels, cet avis sous-entend que l'utilisation des techniques issues de l'approche cognitivo-comportementale est accessible aux psychoéducateurs, mais qu'une thérapie basée sur cette approche outrepassent leurs compétences. Ainsi, l'avis conclut que le psychoéducateur aurait dû diriger la personne vers un médecin, un psychologue ou un professionnel détenteur du permis de psychothérapeute pour assurer une évaluation en vue d'une psychothérapie. Le détail de la formation des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec dépasse l'objet de ce texte, mais rappelons qu'ils doivent avoir un diplôme universitaire de deuxième cycle pour être membres de leur ordre professionnel, lequel inclut les mécanismes de régulation décrits précédemment. En outre, le rapport d'évaluation de ce professionnel a été rédigé dans le cadre de son emploi dans un CSSS, organisation qui dispose également de mécanismes pour assurer la qualité des services. Sommes-nous dans ce contexte vraiment en présence d'une pratique « charlatane » de la psychothérapie? Sommes-nous dans une perspective de la protection du public ou plutôt dans celle de la défense des intérêts de certains professionnels?

Par ailleurs, la question de la psychothérapie est susceptible de poser de sérieux problèmes dans le réseau de la santé et des services sociaux. Si tous les problèmes entraînant de la souffrance ou de la détresse sont définis sous la loupe médicale ou psychologique et si tous les services doivent être le fait de psychothérapeutes, un vide de services est certainement à prévoir après le 21 juin 2014. En effet, les professionnels qui pratiquaient la psychothérapie, selon la définition du PL n° 21, avant le 21 juin 2012 disposaient d'un délai de deux ans pour demander une reconnaissance des acquis (OPQ, 2013). Un certain nombre de professionnels, titulaires d'une maîtrise ou d'un doctorat dans une discipline liée aux relations humaines et comptant plusieurs années d'expérience en intervention ou en formation aux intervenants, se sont vus refuser l'accès au titre de psychothérapeutes; il a été jugé qu'ils ne répondaient pas à l'ensemble des conditions (ex. : avoir exercé 600 heures de psychothérapie reliée à l'un des quatre modèles d'intervention identifiés dans les trois années précédant le 21 juin 2012). On peut se demander si ces professionnels, ayant une formation universitaire, plusieurs années d'expériences en intervention et étant membres de leur ordre professionnel, mettaient la protection du public en péril. De plus, certains intervenants, comptant plusieurs années d'expérience et qui travaillent présentement dans le domaine des relations humaines et de la santé mentale, n'étaient pas en mesure de demander une reconnaissance des acquis dans le cadre des mesures transitoires (ex. : les personnes ayant un baccalauréat dans une discipline non reliée directement à la santé mentale ou aux relations humaines). Ils doivent alors envisager un retour aux études pour satisfaire les conditions régulières de délivrance du permis. On peut donc imaginer l'ampleur du problème de l'accessibilité aux services après le 21 juin 2014 où les conditions régulières d'accès au permis s'appliqueront à l'ensemble des intervenants. Dans certains secteurs associés à des interventions à caractère thérapeutique, ce problème de vide de services pourra rapidement devenir criant. C'est le cas notamment des secteurs d'intervention auprès des personnes ayant commis des agressions sexuelles et des conjoints ayant des comportements violents. Ces deux réseaux ont d'ailleurs été interpellés par l'OPQ en 2013-2014 afin d'évaluer si leurs pratiques correspondent à de la psychothérapie.

S'il était jugé, sur la base de la définition proposée dans le PL n° 21, que les interventions auprès des personnes qui ont commis des agressions sexuelles et des conjoints ayant des comportements violents constituent de la psychothérapie, il faudra que les professionnels de ces réseaux cessent leur pratique ou qu'ils passent par le processus de délivrance du permis de psychothérapeutes. Dans le premier cas, la décision pourrait désorganiser sérieusement les services actuels et avoir des implications importantes sur le plan de la sécurité et du bien-être des populations desservies. Dans le deuxième cas, des coûts importants sont à prévoir. Le Regroupement des intervenants en matière d'agression sexuelle (RIMAS, 2013, p. 9) a calculé que :

En supposant qu'ils puissent se conformer à la Loi et continuer d'assurer les services de traitement actuels, il en coûterait plus de \$80,000.00 la première année et près de la moitié de ce montant les années suivantes seulement pour que nos membres du réseau communautaire qui exercent auprès des agresseurs sexuels s'acquittent des frais relatifs à l'obtention de leur permis. À cela s'ajoute le coût des exigences de formation continue (90 heures/5 ans), soit une somme additionnelle de \$60,750.00.

À moyen et long terme, ce sont donc des problèmes majeurs de financement. Au-delà des coûts liés à l'obtention du permis, la question du financement des coûts des services éventuellement offerts par les psychothérapeutes, en milieu public ou communautaire, se posera (RIMAS, 2013). Dans ces milieux, la majorité des intervenants sont rémunérés, directement ou indirectement, par des fonds publics ou par la contribution des personnes recevant des services, du moins en agression sexuelle et en violence conjugale pour poursuivre avec notre exemple. Est-ce que les ministères de la Santé et des Services sociaux, de la Justice et de la Sécurité publique disposent des fonds supplémentaires nécessaires pour financer, à travers les subventions aux organismes, des services publics de psychothérapie? Dans le contexte actuel des finances publiques, on peut en douter.

Par ailleurs, pour les psychothérapeutes qui seraient éventuellement rémunérés par le système public, le PL n° 21 peut présenter un intérêt financier. C'est du moins ce que suggère la lecture du communiqué du 25 mars 2014 de l'Ordre des psychologues. Dans un premier temps, ce communiqué revendique l'importance d'un accès équitable à des services de psychothérapie, particulièrement pour les personnes à faibles revenus. Dans un deuxième temps, le communiqué fait un lien entre l'accès à des services de psychothérapie et les listes d'attente pour consulter un psychologue dans le réseau public. Il y a donc un glissement de l'accès à des services de psychothérapie à l'accès à un psychologue. On peut comprendre que, du point de vue des membres de cet ordre professionnel, une définition psychologique des services sociaux et de santé assurerait une stabilité sur le plan de la rémunération, à l'instar de celle des médecins. Nous croyons toutefois que les besoins de la population en matière de services sociaux et de santé sont d'avoir accès à des services publics offerts par une diversité de professionnels avant d'avoir accès uniquement et en priorité à de la psychothérapie.

Un dernier risque lié à l'encadrement de la psychothérapie mis en place à la suite de l'adoption du PL n° 21 a trait à la diversité des services. Outre les quatre modèles théoriques retenus dans la définition de la psychothérapie, il existe d'autres cadres pour répondre de façon thérapeutique aux besoins des personnes vivant de la souffrance ou de la détresse. Ces approches (ex. : féministe, centrée sur les forces, pratiques alternatives en santé mentale) développent des visions non médicales et non psychologiques des problèmes, mais tout autant pertinentes, qui risquent d'être exclues, ou au mieux

dévalorisées, dans le nouveau contexte établi par la loi. À titre d'exemple, les groupes de « thérapie » font partie des pratiques des travailleurs sociaux depuis les années 1940. Tout en misant sur un ensemble de stratégies d'intervention, le travailleur social ne se présente pas comme un expert et travaille avec le groupe dans un cadre démocratique. Son premier rôle consiste à aider les membres à s'aider entre eux dans une perspective de développement de leur pouvoir d'agir. Et ce, même dans des groupes qui visent des changements dans le comportement, les cognitions, les états émotifs ou dans le système interpersonnel des personnes. Le travail de changement se fait dans une perspective sociale, avec les membres du groupe, en mettant à profit leurs forces sans insister sur leurs « déficits ». De façon similaire, plusieurs organismes communautaires travaillent dans la perspective du par, pour et avec les personnes qui distingue leur approche de celle du réseau public ou de la psychothérapie exercée en pratique privée. Ces organismes craignent que l'obligation d'obtenir un titre et un permis de psychothérapeute ait pour effet d'uniformiser leurs pratiques et d'affaiblir ce qui les différencie.

Ces quelques exemples illustrent les enjeux liés à la définition médicale et psychologique des problèmes et des services qui en découlent. Il nous apparaît aussi pertinent de rappeler qu'une telle définition entre en contradiction avec plusieurs politiques sociales ayant guidé l'offre de services dans le réseau public et communautaires. À titre d'exemple, au Québec, les politiques en matière de violence conjugale reconnaissent depuis près de trente ans qu'il s'agit d'un problème social et non d'un problème individuel (Gouvernement du Québec, 1995), même si la cessation de la violence implique nécessairement des changements comportementaux, cognitifs et émotifs.

Bref, alors que l'on cherche en principe à mieux protéger le public, il nous semble que les nouvelles mesures d'encadrement de la psychothérapie n'étaient pas nécessaires compte tenu des mécanismes déjà en place. Il nous semble aussi que la nouvelle réglementation peut avoir des conséquences sérieuses qui ne servent pas bien l'intérêt du public.

CONCLUSION

Les lignes qui précèdent permettent de constater que la réglementation entourant la psychothérapie pose de nombreux problèmes liés : à sa définition; au recoupement des actes, des fondements théoriques et des techniques avec ceux d'autres professions; au nombre restreint de personnes pouvant la pratiquer; au nombre limité de personnes y ayant accès; aux effets sur les pratiques en vigueur dans les organismes communautaires; à la redéfinition de problèmes sociaux en problèmes médicaux ou psychologiques; aux fonds alloués à ces services aux dépens d'autres services sans réflexion sur la question; à l'inscription de ces objectifs dans ceux inspirés par la nouvelle gestion publique (NGP) qui fait l'objet de plusieurs critiques.

En conséquence, il nous apparaît urgent de revoir la situation. Les signataires de ce document appellent minimalement à un resserrement substantiel de la définition de la psychothérapie conçue en tant qu'activité réservée. Ils invitent aussi à revoir le mode d'encadrement de la psychothérapie afin de permettre un fonctionnement plus fluide du système professionnel. Des modalités moins contraignantes, comme la réserve du titre mais non de la pratique pourraient notamment être envisagées. Devant les difficultés rencontrées, le recours à des modalités encore plus souples n'est par ailleurs pas à exclure. C'est notamment le chemin qu'a choisi l'Angleterre récemment (Waller et Guthrie, 2013). Bref, une révision nous apparaît indispensable et ce de façon urgente. Une seule chose est certaine : le statu quo est impossible!

Références

- American Psychological Association (APA, 2014). *Society for Humanistic Psychology*.
En ligne : <http://www.apa.org/about/division/div32.aspx>, consulté le 22 mai 2014.
- Bourque, D., Lachapelle, R., Savard, S., Tremblay, M. et Maltais, D. (avec la coll. de S. Tremblay et F. Lemieux) (2010). *Les effets de la création des CSSS sur les pratiques partenariales, psychosociales et communautaires. Rapport de recherche*. Gatineau : Chaire de recherche du Canada en organisation communautaire (CRCOC).
- Cameron, C. L. (2007). Single session and walk-in psychotherapy: A descriptive account of the literature. *Counselling & Psychotherapy Research*, 7(4), 245-249. doi: 10.1080/14733140701728403
- Cohen Scali, V., Pouyaud, J., Beaudoin, N. et Vignoli, E. (2013). Counseling and psychotherapy in France: An evolving heterogeneous field. Dans R. Moodley, U. P. Gielen et R. Wu (sous la dir.). *Handbook of counseling and psychotherapy in an international context* (pp. 282-291). New York: Routledge.
- Comité d'experts (2005). *Partageons nos compétences. Modernisation de la pratique professionnelle en santé mentale et en relations humaines*. Québec : Gouvernement du Québec.
- Dorfman, R.A. (1988). *Paradigms of clinical social work*. New York: Brunner/Mazel.
- Du Ranquet, M. (1983). *Les approches en service social – Intervention auprès des personnes et des familles*. Montmany : Édisem/Centurion (Socioguides).
- Drolet, M. (2013). L'intervention individuelle en travail social et son processus. Un choix d'angle pour l'analyse et l'action. Dans E. Harper et H. Dorvil (dir) *Le travail social. Théories, méthodologies et pratiques* (pp. 171-190). Québec : PUQ.
- Ehrenberg, A. (2005). La plainte sans fin. Réflexions sur le couple souffrance psychique/santé mentale. *Cahiers de recherche sociologique* (41-42), 17-41. doi: 10.7202/1002458ar
- Gouvernement du Québec (2009). *Projet de loi 21 : Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et*

- des relations humaines*. Québec, Éditeur officiel du Québec, 39e législature, 1ère session, sanctionné.
- Gouvernement du Québec. (1995). *Politique d'intervention en matière de violence conjugale. Prévenir. Dépister. Contrer la violence conjugale*. Québec: Gouvernement du Québec.
- Groupe de travail ministériel sur les professions de la santé et des relations humaines (2001). *Une vision renouvelée du système professionnel en santé et en relations humaines. Rapport d'étape*. Québec: Gouvernement du Québec.
- House, R., et Musgrave, A. (2013). Pluralistic accountability for the psychological therapies? Holding the tension between diversity's virtues and the need for accountability. *British Journal of Guidance & Counselling*, 41(1), 24-35.
- Jetté, C., et Goyette, M. (2010). Pratiques sociales et pratiques managériales : des convergences possibles? *Nouvelles pratiques sociales*, 22(2), p. 25-34.
- Larivière, C. (2012). Comment les travailleurs sociaux du Québec réagissent-ils à la transformation du réseau public? *Intervention*, (136), 30-40.
- Lecomte, R. (1976). Les problèmes métathéoriques inhérents à l'analyse de la connaissance de la pratique en service social. *Canadian Journal of Social Work Education / Revue canadienne d'éducation en service social*, 2(1), 12-26.
- Marmarosh, C. (2014). Empirical research on attachment in group psychotherapy: Moving the field forward. *Psychotherapy: Theory, research and practice*, 51(1), 88-92.
- Office des professions du Québec (2013). *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines. Guide explicatif*. Québec : Gouvernement du Québec. Accès au règlement (http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=%2F%2FC_26%2FC26R222_1.htm)
- Ordre des psychologues du Québec (2014, 25 mars). *L'ordre des psychologues du Québec demande aux partis politiques de se prononcer sur l'accessibilité à la psychothérapie*. Montréal : Ordre des psychologues du Québec.
- Ordre des psychologues du Québec et Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec (2012). *Avis de l'Ordre des psychologues du Québec et de l'Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec sur l'exercice d'activités réservées (psychothérapie et évaluation des troubles mentaux) et la pratique clinique en psychoéducation*. Montréal : Ordre des psychologues du Québec et Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec.
- Organisation mondiale de la santé (2001). *Rapport sur la santé dans le monde 2001. La santé mentale : nouveaux concepts, nouveaux espoirs*. Genève : OMS.
- Payne, M. (2005). *Modern Social Work Theory*. Basingstoke: Macmillan.
- Prochaska, J.O. et Norcross, J.C. (1999). *Systems of psychotherapy. A transtheoretical analysis* (4th ed.). Pacific Grove, Brooks/Cole Publishing Co.

- Prud'homme, J. (2011). *Professions à part entière. Histoire des ergothérapeutes, orthophonistes, physiothérapeutes, psychologues et travailleuses sociales au Québec*. Montréal, Canada : Presses de l'Université de Montréal.
- Rimas (2013). *Impact des conditions d'obtention du permis de psychothérapeute sur le traitement des agresseurs sexuels*. Québec : Rimas.
- Tudor, K. (2011). There Ain't No License that protects : Bowen Theory and the Regulation of Psychotherapy. *Transactional analysis Journal*, 41(1), 154-161.
- Verspieren, P. (1998). Médecine et soulagement de la souffrance humaine. *Laval théologique et philosophique*, 54(1), 23-39. doi: 10.7202/401132ar
- Waller, D., et Guthrie, M. (2013). The sociology of regulation: the case of psychotherapy and counselling and the experience of the arts therapies. *British Journal of Guidance & Counselling*, 41(1), 4-13.
- Williams, J. C. et Lynn, S. J. (2010-2011). Acceptance: An historical and conceptual review. *Imagination, Cognition and Personality*, 30(1) 5-56.
- Winkin, Y. (dir.) (1988). *Gregory Bateson : Premier état d'un héritage*. Paris: Éditions du Seuil.