

Une critique de la définition de la psychothérapie au Québec

Normand Brodeur, Valérie Roy, Jocelyn Lindsay, Gilles Tremblay et Dominique Damant

Volume 27, numéro 2, automne 2015

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1037694ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/1037694ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Université du Québec à Montréal

ISSN

1703-9312 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer ce document

Brodeur, N., Roy, V., Lindsay, J., Tremblay, G. & Damant, D. (2015). Une critique de la définition de la psychothérapie au Québec. *Nouvelles pratiques sociales*, 27(2), 295–308. <https://doi.org/10.7202/1037694ar>



D É B A T

Une critique de la définition de la psychothérapie au Québec

Normand BRODEUR
École de service social
Université Laval

Valérie ROY
École de service social
Université Laval

Jocelyn LINDSAY
École de service social
Université Laval

Gilles TREMBLAY
École de service social
Université Laval

Dominique DAMANT
École de service social
Université de Montréal

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. L'émission soulevait avec raison le problème de l'exercice de la psychothérapie dans un marché privé échappant à toute régulation. En réponse à ce problème et dans un objectif de protection du public, le Gouvernement du Québec a prévu un mécanisme d'encadrement de la pratique de la psychothérapie lors de l'adoption de la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines (PL no. 21) en juin 2009. Ce mécanisme est précisé dans un règlement sur le permis de psychothérapeute (Gouvernement du Québec, 2015).

La réglementation adoptée par le législateur fait appel aux modalités d'encadrement les plus restrictives que l'on puisse adopter pour contrôler le comportement des professionnels dans une société, soit une réserve du titre et de la pratique d'une façon globale et inclusive (Macleod et McSherrey, cités par Tudor, 2011). Depuis l'entrée en vigueur du règlement et la fin des mesures transitoires, survenue le 21 juin 2014, le titre de psychothérapeute et l'exercice de la psychothérapie sont réservés d'office aux psychologues et aux médecins et accessibles, sous certaines conditions, aux membres de six autres ordres professionnels travaillant dans le champ de la santé mentale et des relations humaines. Cela inclut les conseillers d'orientation, les ergothérapeutes, les infirmières, les psychoéducateurs, les travailleurs sociaux, les thérapeutes conjugaux et familiaux et les sexologues. Pour obtenir le permis de psychothérapeute, ces professionnels doivent soumettre une demande à l'Ordre des psychologues du Québec (OPQ), détenir un diplôme universitaire de maîtrise dans un domaine d'études lié à la santé mentale et aux relations humaines, avoir complété une formation théorique universitaire complémentaire de 765 heures et réaliser un stage supervisé de 600 heures.

Bien qu'il y ait matière à le faire, l'objectif de cet article n'est pas de discuter des conditions de délivrance du permis de psychothérapeute. Nous voulons plutôt débattre d'un élément essentiel et sous-jacent à toute la démarche proposée par le législateur, soit la définition de la psychothérapie inscrite dans le PL no. 21 et sa distinction par rapport à d'autres activités courantes dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines. Cette définition 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. (Article 187.1)

À l'instar de Mowbray (1995, cité dans House et Musgrave, 2013), nous croyons que la clarté d'une telle définition constitue un préalable à la réserve d'une activité professionnelle. 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, p. 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 visant à protéger le public. 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 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, p. 9).

Nous ne croyons pas que la définition adoptée dans le cadre de la Loi 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.

UN TRAITEMENT PSYCHOLOGIQUE

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 no. 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, p. 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'Office des professions (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 le champ de la santé mentale et des relations humaines. 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). La notion de traitement inclut 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 no. 21, la psychologie renvoie 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 dans le champ de la santé mentale et 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 de la santé mentale et 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, p. 16). En corollaire, chacune d'elles intervient aussi à sa façon sur le fonctionnement psychologique des personnes. C'est précisément à cause de ces inévitables recouvrements 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, p. 15).

FONDÉ SUR QUATRE APPROCHES SPÉCIFIQUES

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 no. 21 se veut plus restrictive en retenant les modèles psychodynamiques, cognitivo-comportementaux, humanistes, ainsi que les modèles systémiques et les théories de la communication (Office des professions, 2013, p. 77). Ces modèles « regroupent les quatre grandes orientations psychothérapeutiques ayant prouvé depuis longtemps leur assise scientifique, académique et associative » (Comité d'experts, 2005, p. 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 des fondements 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.

POUR DES PROBLÈMES ENTRAÎNANT UNE SOUFFRANCE OU UNE DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE

L'objet de la psychothérapie pourrait constituer une autre avenue pour bien la distinguer des autres interventions réalisées dans le champ de la santé mentale et des relations humaines. Afin de cerner cet objet, le PL no. 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 » (Office des professions, 2013, p. 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. D'une autre façon, 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, p. 24). Comme le précise Ehrenberg (2005, p. 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. L'argument est qu'il s'agit de bien mauvais concepts pour définir une activité **exclusive** à un groupe professionnel restreint.

Il convient par ailleurs de citer un bref extrait des travaux du Comité d'experts qui ont permis d'élaborer le PL no. 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, p. 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.

UNE DISTINCTION PAR DES ÉLÉMENTS QUI EN PRÉCISENT LA PORTÉE?

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 no. 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 no. 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 de 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 (Gouvernement du Québec, 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 no. 21 précise qu'elle va au-delà « d'un rapport de soutien et de conseil ». On note 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'Organisation mondiale de la santé (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, p. 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, p. 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. Elle ne devrait donc pas 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.

SINON, UNE DISTINCTION PAR LA NÉGATIVE D'AUTRES FORMES D'INTERVENTION?

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 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 exemples.

Selon le Guide explicatif (Office des professions, 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 « 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.

CONCLUSION

La régulation de la psychothérapie, dans le cadre du PL no. 21, visait à protéger le public contre les pratiques de personnes non qualifiées œuvrant sans aucune forme d'encadrement en dehors du système professionnel. Il est encore tôt pour savoir si la nouvelle législation aura l'effet souhaité sur ces pratiques. Il n'est pas impossible que les charlatans qui étaient visés puissent maintenant utiliser d'autres titres et d'autres subterfuges pour causer les mêmes dommages.

La définition de la psychothérapie qui sous-tend le projet de loi no. 21 aura à coup sûr un impact important sur les pratiques dans les établissements du réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) et dans les organismes communautaires où se pratique l'intervention sociale. Dans ce vaste secteur, on peut craindre que la loi ne cause de nouveaux problèmes. Prise à son sens strict, cette définition amène à considérer comme étant de la psychothérapie toute intervention visant à soulager la détresse humaine ou visant à instaurer des changements comportementaux, émotifs, cognitifs ou relationnels, ce qui correspond à ce que font de nombreux professionnels du champ de la santé mentale et des relations humaines. Dans le jeu des restructurations en cours dans le RSSS et dans celui des relations de compétition entre les divers groupes professionnels, des intervenants compétents se verront interdire certaines pratiques que leurs collègues possédant le titre de psychothérapeutes pourront présenter comme des activités qui leur sont réservées. D'autres professionnels, inquiets d'être poursuivis pour exercice illégal, n'oseront plus donner des services qu'ils sont en mesure de rendre. Ces situations sont d'autant plus préoccupantes que la définition de ce qui constitue ou non de la psychothérapie se base sur l'opinion de divers comités d'experts plus que sur des études rigoureuses démontrant des préjudices subis par le public.

Outre l'exclusion d'intervenants compétents et la réduction de l'accès aux services qui peut en découler, la nouvelle réglementation sur la psychothérapie comporte d'autres dérives possibles. Si tous les problèmes entraînant de la souffrance ou de la détresse sont désormais définis sous la lorgnette médicale ou psychologique et si tous les

services qui y sont reliés doivent être réservés aux psychothérapeutes, les approches visant à les résoudre perdront inévitablement en diversité. Étant donné les exigences élevées de formation, on peut également craindre une augmentation considérable des coûts, ce qui, dans le contexte budgétaire actuel de l'État québécois, constitue un scénario peu souhaitable. Notons par ailleurs que la définition très large de la psychothérapie et la réserve de son exercice peuvent entraîner une psychologisation accrue de certains problèmes sociaux. Dans le champ de la violence conjugale, par exemple, un tel processus entre en contradiction avec les politiques sociales mises en place depuis trente ans.

Les critiques et les préoccupations soulevées dans ce texte sont partagées par une douzaine d'organismes et d'associations ainsi que par plus de 200 intervenants professionnels et communautaires qui ont donné leur appui à une lettre que nous avons fait parvenir au président de l'Office des professions en juin 2014. Dans cette lettre, nous invitons l'Office et tous les acteurs concernés à un resserrement substantiel de la définition de la psychothérapie et à une révision de son mode d'encadrement. Nous croyons toujours que ces tâches sont nécessaires.

BIBLIOGRAPHIE

- AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION (APA, 2014). Society for Humanistic Psychology. Récupéré en ligne le 22 mai 2014 à <http://www.apa.org/about/division/div32.aspx>.
- 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
- 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). *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines (PL no 21)*. Récupéré en ligne le 18 mars 2015 à http://www.ooaq.qc.ca/actualites/doc_pl21/PL21.pdf
- GOUVERNEMENT DU QUÉBEC (2015). *Règlement sur le permis de psychothérapeute*. Récupéré en ligne le 18 mars 2015 à http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=%2F%2FC_26%2FC26R222_1.htm
- 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.
- LECOMTE, R. (1976). Les problèmes metathéoriques 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.
- 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.
- 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.
- 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.