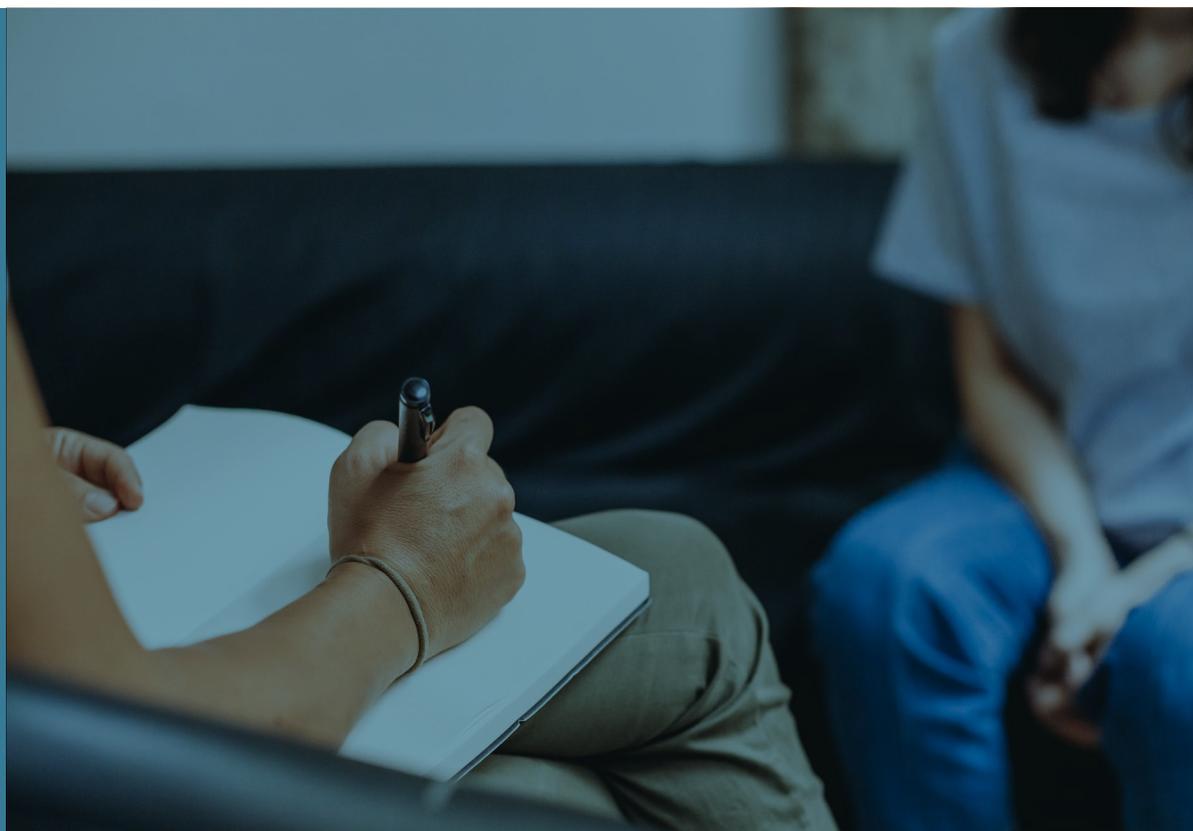


Office des professions du Québec



Rapport sur la mise en application du chapitre VI.1
du *Code des professions* relativement à l'encadrement
de la psychothérapie pour le deuxième quinquennat

Juillet 2020

Ce rapport a été rédigé et produit par l'Office des professions du Québec.

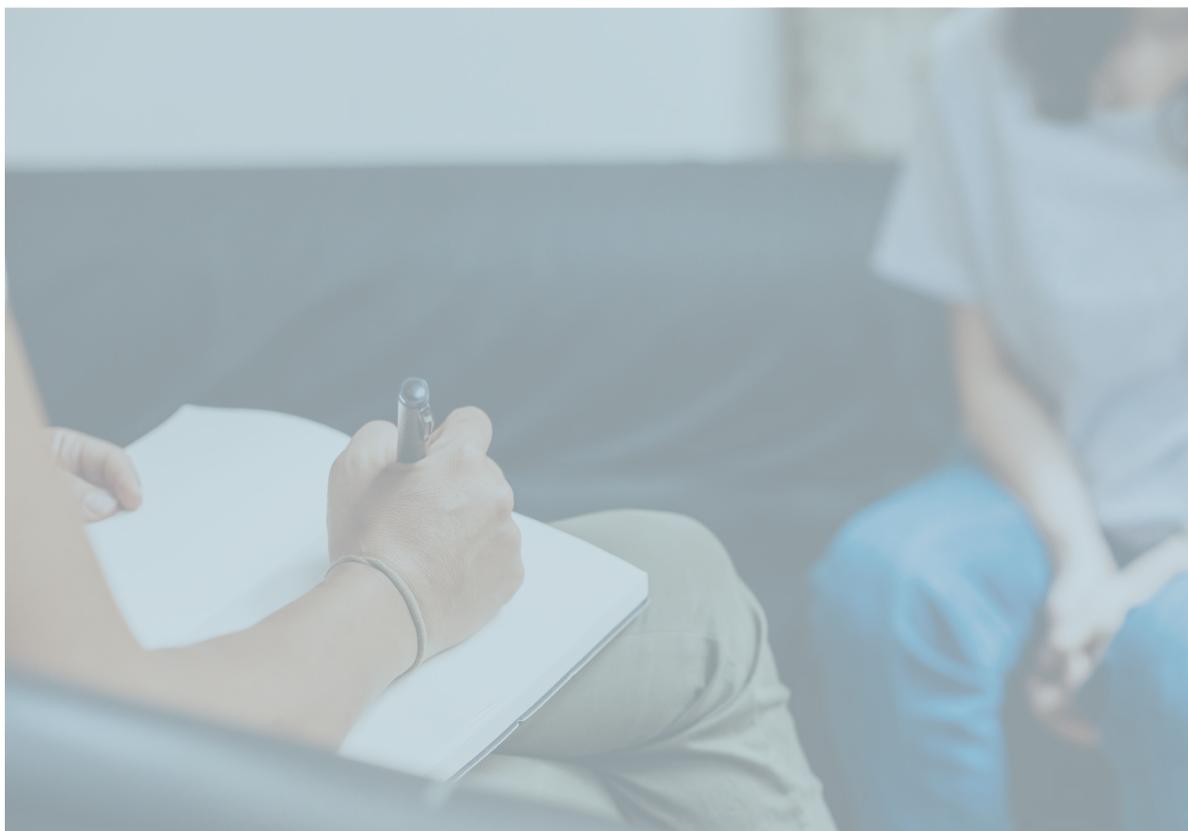
800, place D'Youville, 10^e étage
Québec (Québec) G1R 5Z3
Téléphone : 418 643-6912
Sans frais : 1 800 643-6912
Courriel : courrier@opq.gouv.qc.ca

© Gouvernement du Québec, 2020

Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion du présent document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable de l'Office des professions du Québec. Cependant, la reproduction partielle ou complète du document à des fins personnelles et non commerciales est permise, uniquement sur le territoire du Québec et à condition d'en indiquer la source.

Office des professions du Québec



Rapport sur la mise en application du chapitre VI.1
du *Code des professions* relativement à l'encadrement
de la psychothérapie pour le deuxième quinquennat

Juillet 2020

Table des matières

| | |
|--|----|
| Introduction | 7 |
| Faits saillants des collectes de données effectuées de 2016 à 2019 | 9 |
| Répartition des psychothérapeutes selon les professions | 9 |
| Répartition des psychothérapeutes selon les régions administratives | 11 |
| Répartition des psychothérapeutes selon les lieux de pratique | 12 |
| Nombre de permis refusés, en cours d'obtention (non délivrés), suspendus et révoqués ainsi que les retraits du registre | 13 |
| Synthèse des bilans sur la formation continue | 15 |
| Bilan de l'Ordre des psychologues du Québec | 15 |
| Bilan du Collège des médecins du Québec | 16 |
| Collaborations interprofessionnelles et avancées réalisées | 21 |
| Rencontres de la Table des présidents des ordres professionnels en santé mentale et relations humaines | 21 |
| Évaluation des demandes de permis de psychothérapeute | 21 |
| Arrimage des programmes universitaires en sexologie et thérapie conjugale et familiale | 22 |
| Reconnaissance des activités de formation continue | 22 |
| Harmonisation des pratiques d'inspection professionnelle | 22 |
| Adoption d'un guide interordres sur l'exercice de la psychothérapie et des interventions qui s'y apparentent | 23 |
| Enjeux rencontrés et pistes de solution | 25 |
| Accessibilité aux soins et aux services de psychothérapie | 25 |
| Démission des membres du Conseil consultatif interdisciplinaire sur l'exercice de la psychothérapie | 25 |
| Conclusion | 27 |
| Annexe 1 | 29 |
| Annexe 2 | 71 |

Introduction

En juin 2009 entré en vigueur le 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, impliquant l'adoption du chapitre VI.1 portant sur le permis de psychothérapeute. Rappelons que ces nouvelles normes législatives et réglementaires avaient entériné le choix collectif d'encadrer l'exercice de la psychothérapie par le système professionnel. L'exercice de la psychothérapie est alors devenu réservé aux psychologues et aux médecins déclarant exercer la psychothérapie ainsi qu'aux titulaires du permis de psychothérapeute délivré à des membres d'ordres professionnels identifiés¹.

Le présent rapport dresse un portrait sommaire des informations recueillies au sein des ordres professionnels afin de suivre l'évolution de l'exercice et de l'encadrement de la psychothérapie pour le deuxième quinquennat (de 2016 à aujourd'hui). Il aborde les grands thèmes suivants, avec comme toile de fond le respect de la valeur de l'interdisciplinarité, au cœur de l'encadrement de la pratique de la psychothérapie :

- Les faits saillants des collectes de données effectuées de 2016 à 2019, plus particulièrement quant à la répartition des psychothérapeutes selon les professions, les régions administratives et les lieux de pratique;
- Une synthèse des bilans sur la formation continue pour la première période de référence de la formation continue obligatoire en psychothérapie, notamment en ce qui a trait à l'interdisciplinarité, à l'équité et à la qualité de la pratique;
- Les collaborations interprofessionnelles et les avancées réalisées par les neuf ordres professionnels concernés par l'exercice de la psychothérapie;
- Les enjeux rencontrés par différents acteurs du milieu et les solutions mises en place.

¹ Il s'agit des ordres suivants : conseillers et conseillères d'orientation; criminologues; ergothérapeutes; infirmières et infirmiers; psychoéducateurs et psychoéducatrices; sexologues; travailleurs sociaux et thérapeutes conjugaux et familiaux.

Faits saillants des collectes de données effectuées de 2016 à 2019

Depuis 2016, les ordres professionnels concernés par la psychothérapie ont poursuivi leur démarche de collecte de données annuelles², entreprise lors du premier quinquennat, afin de suivre l'évolution de l'exercice et de l'encadrement de la psychothérapie au Québec. À la fin de la période visée, on dénombrait 8 710 psychothérapeutes actifs parmi les membres des différents ordres professionnels concernés par la psychothérapie, soit un accroissement de 25 %³ par rapport à la période précédente.

Voici ce qui ressort de cette collecte de données, plus particulièrement quant à la répartition des psychothérapeutes selon les professions, les régions administratives et les lieux de pratique.

Répartition des psychothérapeutes selon les professions

Tableau 1 — Répartition des psychothérapeutes selon les professions et les spécialités médicales concernées au 31 mars des années 2016, 2017, 2018 et 2019

| | Nombre de psychothérapeutes actifs dans la profession Nombre total de membres de la profession Proportion de psychothérapeutes actifs sur le nombre total de membres | | | |
|----------------------------------|--|---|--|---|
| Profession ou spécialité | Au 31 mars 2016 | Au 31 mars 2017 | Au 31 mars 2018 | Au 31 mars 2019 |
| Psychologues | 6 060 psychothérapeutes 8 763 membres 69 % | 6 015 psychothérapeutes 8 809 membres 68 % | 5 629 psychothérapeutes 8 734 membres 64 % | 6 105 psychothérapeutes 8 773 membres 70 % |
| Médecins | | | | |
| Psychiatres | 859 psychothérapeutes 1 199 membres 72 % | 866 psychothérapeutes 1 235 membres 70 % | 895 psychothérapeutes 1 243 membres 72 % | 923 psychothérapeutes 1 651 membres 56 % |
| Médecins de famille | 139 psychothérapeutes 9 285 membres 1 % | 122 psychothérapeutes 9 832 membres 1 % | 90 psychothérapeutes 9 973 membres 1 % | 88 psychothérapeutes 11 109 membres 1 % |
| Autres spécialités | 3 psychothérapeutes 8 850 membres Négligeable | 10 psychothérapeutes 9 478 membres Négligeable | 5 psychothérapeutes 9 458 membres Négligeable | 6 psychothérapeutes 10 540 membres Négligeable |
| Conseillers d'orientation | 130 psychothérapeutes 2 535 membres 5 % | 129 psychothérapeutes 2 578 membres 5 % | 129 psychothérapeutes 2 584 membres 5 % | 130 psychothérapeutes 2 624 membres 5 % |

- L'Ordre des psychologues du Québec (OPQ) est responsable de compiler les données recueillies au sein des différents ordres professionnels et de les transmettre annuellement à l'Office des professions du Québec (Office). L'ensemble des données colligées de 2016 à 2019 sont disponibles sur demande.
- Dans le rapport sur la mise en application du chapitre VI.1 du *Code des professions* relativement à l'encadrement de la psychothérapie du premier quinquennat, le nombre de psychothérapeutes actifs parmi les différents ordres professionnels concernés par la psychothérapie était de 6 946 (portrait réalisé en août 2014).

| Profession ou spécialité | Au 31 mars 2016 | Au 31 mars 2017 | Au 31 mars 2018 | Au 31 mars 2019 |
|---|--|--|--|--|
| Criminologues | 11 psychothérapeutes 805 membres 1 % | 16 psychothérapeutes 916 membres 2 % | 15 psychothérapeutes 1 031 membres 1 % | 14 psychothérapeutes 1 329 membres 1 % |
| Ergothérapeutes | 41 psychothérapeutes 5 094 membres 1 % | 38 psychothérapeutes 5 254 membres 1 % | 36 psychothérapeutes 5 464 membres Négligeable | 36 psychothérapeutes 5 654 membres 1 % |
| Infirmiers | 56 psychothérapeutes 74 206 membres Négligeable | 50 psychothérapeutes 74 469 membres Négligeable | 50 psychothérapeutes 75 042 membres Négligeable | 49 psychothérapeutes 76 360 membres Négligeable |
| Psychoéducateurs | 93 psychothérapeutes 4 447 membres 2 % | 92 psychothérapeutes 4 627 membres 2 % | 93 psychothérapeutes 4 810 membres 2 % | 95 psychothérapeutes 5 040 membres 2 % |
| Sexologues | 305 psychothérapeutes 622 membres 49 % | 317 psychothérapeutes 645 membres 49 % | 328 psychothérapeutes 697 membres 47 % | 331 psychothérapeutes 740 membres 45 % |
| Travailleurs sociaux et thérapeutes conjugaux et familiaux | | | | |
| Travailleurs sociaux | 436 psychothérapeutes 12 708 membres 3 % | 459 psychothérapeutes 13 192 3 % | 435 psychothérapeutes 13 558 membres 3 % | 431 psychothérapeutes 14 076 membres 3 % |
| Thérapeutes conjugaux et familiaux | 127 psychothérapeutes 168 membres 76 % | 133 psychothérapeutes 170 membres 78 % | 136 psychothérapeutes 181 membres 75 % | 136 psychothérapeutes 171 membres 80 % |
| Travailleurs sociaux et thérapeutes conjugaux et familiaux | 87 psychothérapeutes 97 membres 90 % | 88 psychothérapeutes 107 membres 82 % | 92 psychothérapeutes 109 membres 84 % | 92 psychothérapeutes 114 membres 81 % |

Ce tableau révèle que le plus grand nombre de psychothérapeutes actifs se retrouve chez les **psychologues** (N = 6 105 au 31 mars 2019) et les **médecins psychiatres** (N = 923 au 31 mars 2019), pour lesquels la psychothérapie est au cœur de la pratique de plusieurs professionnels. La proportion de psychothérapeutes actifs sur le nombre total de membres est assez stable pour ces deux professions durant la période visée. Cette proportion a toutefois diminué de 33 % pour les psychiatres en 2019, mais la situation s'explique par une augmentation du nombre de membres exerçant cette spécialité médicale pendant que le nombre de psychothérapeutes actifs dans cette spécialité a augmenté de 3 %.

On retrouve également un certain nombre de psychothérapeutes actifs chez les **travailleurs sociaux** (N = 431 au 31 mars 2019) et les **sexologues** (N = 331 au 31 mars 2019). Concernant les sexologues, le pourcentage de psychothérapeutes actifs parmi le nombre total de membres est assez important (N = 45 % au 31 mars 2019). Ce pourcentage est moins important chez les travailleurs sociaux (N = 3 % au 31 mars 2019), bien qu'il soit beaucoup plus important chez les **thérapeutes conjugaux et familiaux** (N = 80 % au 31 mars 2019) et chez les **travailleurs sociaux et thérapeutes conjugaux et familiaux**

(N = 81 % au 31 mars 2019), qui font partie du même ordre professionnel, mais qui ont beaucoup moins de membres dans leurs rangs. Le principal facteur expliquant cette différence entre les deux professions est que les thérapeutes conjugaux et familiaux détiennent tous un diplôme universitaire de maîtrise, ce qui représente la première condition pour l'obtention d'un permis de psychothérapeute. Pour les travailleurs sociaux, l'obtention d'une maîtrise n'est pas obligatoire pour exercer la profession.

Les **conseillers d'orientation** comptent pour leur part 130 psychothérapeutes actifs (au 31 mars 2019), ce qui représente 5 % du nombre total de leurs membres.

Pour les autres professions, soit les **médecins de famille**, les **criminologues**, les **ergothérapeutes**, les **infirmiers** et les **psychoéducateurs**, la proportion de psychothérapeutes est moindre, la psychothérapie ne faisant pas partie de la pratique quotidienne de la majorité de ces professionnels.

Il est à noter que la principale différence avec les données recueillies lors du premier quinquennat est l'augmentation du nombre de psychothérapeutes chez les travailleurs conjugaux et familiaux (augmentation de 52 %) ainsi que chez les sexologues (augmentation de 24 %)⁴, lesquels ont bénéficié d'une mesure transitoire facilitante pour l'obtention du permis de psychothérapeute (article 8.1 du *Règlement sur le permis de psychothérapeute*).

Répartition des psychothérapeutes selon les régions administratives

Tableau 2 — Répartition des psychothérapeutes selon les régions administratives⁵ du Québec au 31 mars 2016, 2017, 2018 et 2019

| Région administrative | Au 31 mars 2016 | Au 31 mars 2017 | Au 31 mars 2018 | Au 31 mars 2019 | Population québécoise⁶ |
|------------------------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|------------------------|
| 01 — Bas-Saint-Laurent | 2 % | 2 % | 2 % | 2 % | 2 % |
| 02 — Saguenay–Lac-Saint-Jean | 3 % | 3 % | 3 % | 3 % | 3 % |
| 03 — Capitale-Nationale | 12 % | 12 % | 12 % | 13 % | 9 % |
| 04 — Mauricie | 3 % | 4 % | 4 % | 4 % | 3 % |
| 05 — Estrie | 4 % | 4 % | 4 % | 4 % | 4 % |
| 06 — Montréal | 37 % | 35 % | 35 % | 35 % | 24 % |
| 07 — Outaouais | 3 % | 3 % | 3 % | 3 % | 5 % |
| 08 — Abitibi-Témiscamingue | 1 % | 1 % | 1 % | 1 % | 2 % |
| 09 — Côte-Nord | 1 % | 1 % | 1 % | 1 % | 1 % |
| 10 — Nord-du-Québec | 0 % | 0 % | 0 % | 0 % | 1 % |

4 Dans le rapport sur la mise en application du chapitre VI.1 du *Code des professions* relativement à l'encadrement de la psychothérapie du premier quinquennat, le pourcentage de psychothérapeutes actifs chez les thérapeutes conjugaux et familiaux était de 28 % et celui des sexologues de 21 % (portrait réalisé en août 2014).

5 Dans ce tableau, les pourcentages en vert indiquent une surreprésentativité et ceux en orange une sous-représentativité par rapport au pourcentage de la population québécoise. À noter que la proportion de psychothérapeutes pratiquant à l'extérieur du Québec n'apparaît pas dans ce tableau synthèse.

6 INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. *Le bilan démographique du Québec*. Édition 2016, Québec, p. 156-158.

| Région administrative | Au 31 mars 2016 | Au 31 mars 2017 | Au 31 mars 2018 | Au 31 mars 2019 | Population québécoise ⁶ |
|------------------------------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|------------------------------------|
| 11 — Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine | 1 % | 1 % | 1 % | 1 % | 1 % |
| 12 — Chaudière-Appalaches | 3 % | 3 % | 3 % | 3 % | 5 % |
| 13 — Laval | 3 % | 3 % | 4 % | 3 % | 5 % |
| 14 — Lanaudière | 4 % | 4 % | 4 % | 4 % | 6 % |
| 15 — Laurentides | 5 % | 5 % | 5 % | 5 % | 7 % |
| 16 — Montérégie | 13 % | 14 % | 14 % | 14 % | 18 % |
| 17 — Centre-du-Québec | 1 % | 1 % | 1 % | 1 % | 3 % |

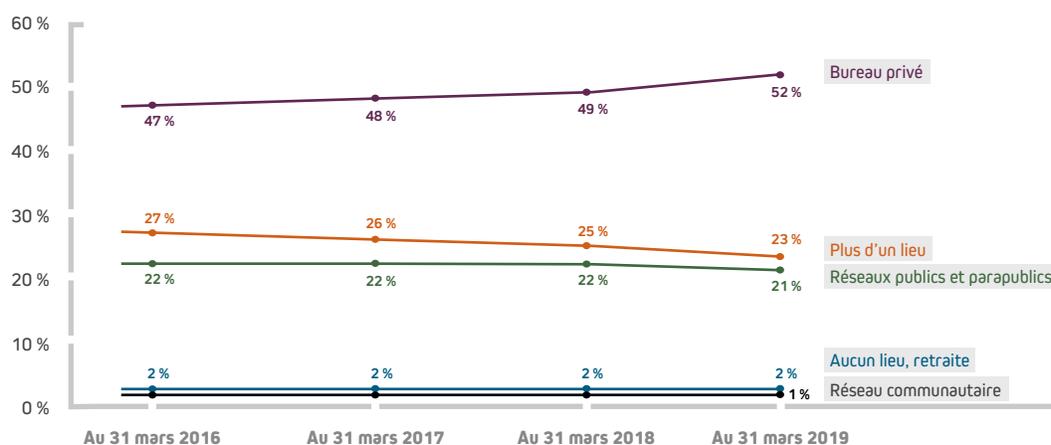
Ce tableau révèle que c'est dans les régions de **Montréal** (N = 35 % au 31 mars 2019), de la **Montérégie** (N = 14 % au 31 mars 2019) et de la **Capitale-Nationale** (N = 13 % au 31 mars 2019) où l'on retrouve le plus grand nombre de psychothérapeutes. Pour Montréal et la Capitale-Nationale, on constate une surreprésentation par rapport à la population québécoise tandis qu'en Montérégie, il s'agit plutôt d'une sous-représentation.

Quant aux autres régions administratives, il semble y avoir un certain équilibre entre la répartition des psychothérapeutes et celle de la population.

Il est à noter que la principale différence par rapport aux données recueillies lors du premier quinquennat est une diminution de la proportion de psychothérapeutes à Montréal (diminution de 15 %)⁷, qui semble venir augmenter légèrement les répartitions dans la plupart des autres régions administratives.

Répartition des psychothérapeutes selon les lieux de pratique

Figure 1 — Répartition des psychothérapeutes selon les lieux de pratique au 31 mars des années 2016, 2017, 2018 et 2019



⁷ Dans le rapport sur la mise en application du chapitre VI.1 du *Code des professions* relativement à l'encadrement de la psychothérapie du premier quinquennat, 50 % des psychothérapeutes exerçaient dans la région administrative de Montréal (portrait réalisé en août 2014).

À la lumière de ce graphique, on peut voir que la majorité des psychothérapeutes (autour de 50 % au 31 mars 2019) exercent exclusivement leur pratique en **bureau privé** et que cette tendance est à la hausse durant la période visée.

Près de la moitié des autres psychothérapeutes œuvrent dans les **réseaux publics et parapublics** (21 % au 31 mars 2019) ou dans **plus d'un lieu** (23 % au 31 mars 2019).

Enfin, seulement 1 % des psychothérapeutes exercent exclusivement leur pratique dans le **réseau communautaire** durant la période visée.

Il est à noter que cette tendance à exercer en grande partie en pratique privée avait également été observée lors du premier quinquennat.

Nombre de permis refusés, en cours d'obtention (non délivrés), suspendus et révoqués ainsi que les retraits du registre

Tableau 3 — Nombre de permis refusés, en cours d'obtention (non délivrés), suspendus et révoqués ainsi que les retraits du registre au 31 mars des années 2016, 2017, 2018 et 2019

| Motif | Nombre au 31 mars 2016 | Nombre au 31 mars 2017 | Nombre au 31 mars 2018 | Nombre au 31 mars 2019 |
|---|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|
| Demandes de permis refusées | ND | 2 | 0 | 0 |
| Permis en cours d'obtention (non délivrés) ⁸ | ND | 67 | 45 | 19 |
| Permis suspendus ⁹ | ND | 13 | 27 | 7 |
| Permis révoqués ¹⁰ | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Retraits du registre ¹¹ | ND | 57 | 57 | 34 |

Le tableau ci-dessus présente le nombre de permis refusés, en cours d'obtention (non délivrés), suspendus et révoqués ainsi que les retraits du registre au cours de la période visée. En complément à ces données, quelques précisions ont été recueillies lors d'un entretien téléphonique avec l'Ordre des psychologues du Québec (OPQ)¹².

Pour ce qui est des demandes de **permis refusées**, on constate qu'il y en a eu seulement deux en 2017, puis aucune en 2018 et en 2019. Cette situation coïncide avec la fin des dispositions transitoires (articles 7 et 8 du *Règlement sur le permis de psychothérapeute*) qui permettaient à des psychothérapeutes compétents non admissibles à l'un des ordres professionnels, dont les membres peuvent exercer la psychothérapie (PCNA), de bénéficier de clauses spécifiques et, ainsi, de continuer à exercer la psychothérapie.

8 Réponse du comité exécutif et formation à terminer.

9 Frais annuels non payés (à l'ordre d'appartenance ou pour l'inscription au registre).

10 Mesure disciplinaire.

11 Démissions, décès, devenus psychologues.

12 Entretien téléphonique entre la secrétaire générale adjointe de l'OPQ et la conseillère du volet santé mentale et relations humaines de l'Office, en février 2020.

En ce qui a trait aux **permis en cours d'obtention**, les données nous indiquent que l'OPQ accompagne chaque année un certain nombre de professionnels très avancés dans leur démarche menant à leur admissibilité. L'OPQ guide ces professionnels sur la formation qui leur reste à suivre afin d'obtenir un permis de psychothérapeute ou d'être admis à l'OPQ.

L'OPQ documente également le nombre de **permis suspendus** en raison des frais annuels non payés, qui correspond au nombre de membres ayant décidé de ne pas renouveler leur permis.

Toutefois, le nombre de permis suspendus en raison du non-respect des obligations de formation continue (article 5 du *Règlement sur le permis de psychothérapeute*) n'apparaît pas au tableau. Selon l'OPQ, 16 permis auraient été suspendus pour ce motif en 2018 et 3 en 2019. Cette situation s'explique par le fait que l'OPQ aurait fait un suivi plus serré auprès de ses membres et des titulaires de permis n'ayant pas rempli leur obligation de formation continue en 2018-2019, à la suite de la première période de référence de la formation continue ayant pris fin en 2017.

Le nombre de permis suspendus à la suite des inspections particulières ou des enquêtes disciplinaires (article 187.4 du *Code des professions*) n'est également pas documenté dans le tableau. Ce nombre serait minime selon l'OPQ, qui estime rencontrer environ un cas par année.

Aucun permis n'a été révoqué durant la période visée.

Enfin, les raisons expliquant les retraits du registre figurant au tableau sont une démission, un décès ou encore le fait qu'un titulaire du permis soit devenu psychologue.

Il est à noter que de telles données n'avaient pas été recueillies lors du premier quinquennat.

Synthèse des bilans sur la formation continue

En vertu du *Règlement sur le permis de psychothérapeute* (article 3), les psychologues et les médecins qui exercent la psychothérapie ainsi que les titulaires du permis de psychothérapeute ont l'obligation de suivre 90 heures de formation continue en psychothérapie par période de cinq ans.

Les psychologues exerçant la psychothérapie et les titulaires du permis de psychothérapeute doivent choisir les activités de formation continue parmi celles prévues au programme d'activités de formation continue en psychothérapie adopté par l'OPQ.

Les médecins exerçant la psychothérapie doivent pour leur part choisir les activités de formation continue en psychothérapie adoptées par le Collège des médecins du Québec (CMQ).

Voici une synthèse des bilans de formation continue réalisés par l'OPQ et le CMQ pour la première période de référence de la formation continue obligatoire en psychothérapie, qui s'est déroulée du 21 juin 2012 au 20 juin 2017. Ces bilans sont présentés dans leur intégralité à l'annexe 1.

Bilan de l'Ordre des psychologues du Québec

Dans son bilan, l'OPQ présente son offre de formation continue en psychothérapie comme une offre de formation diversifiée et accessible qui favorise l'interdisciplinarité et contribue à la qualité de la pratique.

Le catalogue de formation continue en psychothérapie de l'OPQ comprend des activités organisées par ce dernier ainsi que des activités offertes par divers professionnels, organismes, établissements d'enseignement ou institutions spécialisées.

Selon l'OPQ, les activités de formation proposées (cours, séminaires, ateliers, programmes, colloques, conférences, congrès) au cours de cette première période de référence ont porté sur divers sujets (processus et méthodes d'évaluation, processus et méthodes d'intervention, traitements et techniques reconnus scientifiquement, facteurs communs, outils critiques), en plus de couvrir le spectre des quatre grands modèles de la psychothérapie auxquels fait référence la réglementation (humanistes, systémiques et théories de communication, cognitivo-comportementaux, psychodynamiques).

Sur le plan de l'accessibilité, les activités ont été offertes dans plusieurs villes à l'échelle du Québec (Montréal, Laval, Sherbrooke, Alma, Trois-Rivières, Rouyn-Noranda, pour n'en nommer quelques-unes), de façon à rejoindre des professionnels situés tant dans les centres urbains que dans les régions plus ou moins éloignées. De nombreuses activités ont également été offertes en ligne par le biais du site Web de l'OPQ.

Le fait que la majorité des activités de formation soient ouvertes à l'ensemble des professionnels provenant des neuf ordres exerçant la psychothérapie aurait favorisé l'interdisciplinarité.

Par ailleurs, le fait que les activités de formation continue figurant au catalogue de l'OPQ devaient satisfaire à un ensemble de critères définis par le conseil d'administration en auraient garanti la qualité, ayant ainsi une incidence sur la contribution à la qualité de la pratique.

Dans son bilan, l'OPQ a compilé des données sur le nombre de participants aux différentes formations offertes durant cette première période de référence. On y trouve également des informations sur le nombre de psychologues et de titulaires du permis de psychothérapeute s'étant engagés en formation continue, volontairement (N = 27 professionnels pour la période de référence visée) ou à la suite d'une décision du conseil d'administration (N = 17 professionnels pour la période de référence visée), pour donner suite à des inspections professionnelles, comme on peut le voir dans ce tableau extrait du bilan.

Tableau 4 – L'inspection professionnelle et l'engagement en formation continue¹³

| | Nombre de psychologues et de titulaires du permis de psychothérapeute s'étant engagés volontairement en formation continue | Nombre de psychologues et de titulaires du permis de psychothérapeute s'étant engagés en formation continue à la suite d'une décision du CA |
|---|--|---|
| Du 21 juin 2012 au 31 mars 2013 | 6 | 2 |
| Du 1 ^{er} avril 2013 au 31 mars 2014 | 3 | 4 |
| Du 1 ^{er} avril 2014 au 31 mars 2015 | 8 | 2 |
| Du 1 ^{er} avril 2015 au 31 mars 2016 | 5 | 2 |
| Du 1 ^{er} avril 2016 au 31 mars 2017 | 5 | 7 |
| Total | 27 | 17 |

Comme indiqué dans la section précédente, 16 permis auraient été suspendus en raison du non-respect des obligations de formation continue en 2018 et 3 en 2019. Le nombre de permis suspendus à la suite des inspections particulières ou des enquêtes disciplinaires aurait pour sa part été minime, estimé à environ un cas par année selon l'OPQ.

Bilan du Collège des médecins du Québec

Dans son bilan, le CMQ présente les diverses actions qu'il a menées afin d'assurer la mise en application du *Règlement sur le permis de psychothérapeute*.

Tout d'abord, le CMQ indique avoir tenu des activités de communication auprès de ses membres, et ce, dès l'adoption de la loi et de la réglementation, afin de les informer des dispositions applicables à l'exercice de la psychothérapie. Il aurait par la suite poursuivi ses activités de communication lors de l'adoption, par son conseil d'administration, des modalités relatives à la formation continue en psychothérapie.

¹³ Ce tableau couvre les données recueillies pour la première période de référence de la formation continue obligatoire en psychothérapie, qui s'est déroulée du 21 juin 2012 au 20 juin 2017.

Afin de répertorier les médecins exerçant la psychothérapie au Québec, le CMQ spécifie avoir demandé à ses membres, et ce, tous les ans depuis 2012, de déclarer leur exercice de psychothérapie, le cas échéant, dans le formulaire de déclaration annuelle.

Pour ce qui est de l'adoption des activités de formation continue en psychothérapie, le CMQ mentionne avoir établi des critères en vue de déterminer les activités de formation continue adoptées aux fins de l'application de la réglementation. Les activités admissibles sont notamment des activités reconnues par un organisme agréé en formation, les activités adoptées par l'OPQ, des activités certifiées ou agréées par un organisme canadien, des activités de supervision ainsi que des activités d'érudition et d'enseignement.

Afin de permettre aux médecins de déclarer leurs activités de formation continue en psychothérapie, le CMQ indique avoir développé un formulaire de déclaration en ligne, lequel est accessible dans l'espace sécurisé de chaque médecin sur le site Web du CMQ. Dans cette déclaration, l'essentiel des informations nécessaires à la validation des activités auxquelles les médecins ont participé est recueilli. Il appartient au comité de développement professionnel continu et de remédiation du CMQ de superviser et d'encadrer l'application de la réglementation, notamment en évaluant les demandes de reconnaissance de certaines activités de formation.

Durant cette première période de référence, le CMQ indique avoir constaté que la déclaration des activités de formation continue a exigé une période d'appropriation assez importante pour les médecins ayant déclaré exercer la psychothérapie. En effet, les données présentées dans le bilan indiquent que plusieurs médecins auraient tardé à compiler leurs heures de formation. Le CMQ aurait donc entrepris de faire des suivis auprès des membres à la mi-parcours et avant la fin de la première période de référence.

Voici à la page suivante, une figure extraite du bilan, qui représente la situation au terme de la première période de référence.

Figure 2 — Suivi des médecins exerçant la psychothérapie à la fin de la première période de référence

| Médecins ayant déclaré exercer la psychothérapie au sens du règlement – Au 1 ^{er} juillet 2017 N = 1 080 | | |
|--|---|--|
| Médecins ayant satisfait aux exigences de la première période avant le 2018-01-23 N = 918 | Médecins désinscrits avant la limitation (2018-01-23) N = 97 | Médecins dont l'exercice a été limité le 2018-01-25 N = 65 |
| Médecin ayant satisfait aux exigences de la première période après le 2018-01-25 et désinscrit après la levée de la limitation N = 1 | Médecins décédés ou inactifs à la fin de la période (donc désinscrits) N = 5 | Médecins désinscrits après la limitation (limitation maintenue) N = 3 |
| Médecins ayant satisfait aux exigences de la période après le 2018-01-25 N = 4 | | |
| Médecins ayant satisfait aux exigences de la première période N = 923 | Médecins désinscrits (incluant les 4 désinscrits après la limitation) N = 106 | Médecins actifs avec limitation d'exercice (incluant les 3 désinscrits après la limitation) N = 55 |

À la lumière de ces informations, on constate qu'au 1^{er} juillet 2017, 1 080 médecins¹⁴ avaient des obligations de formation continue, donc avaient déclaré exercer la psychothérapie.

Après les suivis effectués par le CMQ, 918 médecins auraient satisfait aux exigences de la première période, 97 médecins se seraient désinscrits et 65 auraient vu leur exercice limité en date du 25 janvier 2018.

Par ailleurs, le CMQ indique qu'au moment de produire son bilan, soit en juillet 2019, 55 médecins étaient toujours sous l'effet d'une limitation de leur exercice, leur interdisant ainsi d'exercer la psychothérapie.

Bien que la grande majorité des médecins exerçant la psychothérapie se trouvent dans les grands centres urbains ou dans des régions universitaires, la question de l'accessibilité aux activités de formation à l'extérieur des centres urbains ne semble pas avoir constitué un enjeu pour les médecins exerçant la psychothérapie durant la période visée. Le CMQ ne collige pas de données sur l'offre de formation continue à l'extérieur des grands centres urbains, mais il souligne cependant que l'offre de formation en ligne serait grandissante. Il dénote également qu'en psychothérapie, une partie importante de la formation continue se ferait par le biais d'activités de supervision réalisées de façon individuelle.

14 La différence entre ce nombre et celui apparaissant au tableau 1 du présent rapport (998 médecins au 31 mars 2017) s'expliquerait notamment, selon le CMQ, par le fait qu'il comprend également les médecins ayant vu leur exercice limité.

Pour ce qui est de la qualité de l'exercice de la psychothérapie, les médecins exerçant la psychothérapie n'auraient pas fait l'objet d'un programme d'inspection professionnelle particulier, ni avant l'entrée en vigueur de la réglementation ni depuis lors, puisqu'aucun indicateur n'aurait permis de cibler un groupe de médecins à risque de présenter des difficultés particulières. Le CMQ souligne cependant que depuis 10 ans, il procède à l'évaluation de la compétence des médecins psychiatres à l'aide d'une entrevue orale structurée et que ces évaluations n'auraient permis de relever aucun problème de qualité spécifique à la psychothérapie.

En ce qui a trait à la collaboration avec les partenaires, le CMQ mentionne avoir établi une étroite collaboration avec l'OPQ, notamment lors de l'établissement des modalités relatives à la formation continue en psychothérapie, lesquelles comprennent la liste des activités reconnues aux fins de l'application de la réglementation.

Enfin, le CMQ fait valoir, en conclusion à son bilan, qu'il pourrait être opportun d'harmoniser les exigences du *Règlement sur la formation continue obligatoire des médecins* (250 heures sur cinq ans en lien avec leur exercice professionnel) à celui du *Règlement sur le permis de psychothérapeute* (90 heures sur cinq ans à des activités de psychothérapie). En effet, il s'interroge sur la pertinence d'imposer une double obligation en matière de formation continue aux médecins exerçant la psychothérapie.

Collaborations interprofessionnelles et avancées réalisées

Depuis 2016, les collaborations interprofessionnelles entre les neuf ordres professionnels concernés par la psychothérapie ont continué de faire partie intégrante de la gestion de la réglementation encadrant l'exercice de la psychothérapie. De ces collaborations ont découlé plusieurs avancées, relevées lors d'une rencontre interordres ayant eu lieu le 21 juin 2018 afin de faire le point sur les différents constats dressés dans le rapport du premier quinquennat¹⁵.

Rencontres de la Table des présidents des ordres professionnels en santé mentale et relations humaines

Composée des présidents des ordres professionnels dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines, la table mise en place au cours du premier quinquennat a poursuivi activement ses activités durant la période visée. En plus de faciliter les échanges sur les enjeux communs et particuliers auxquels font face les différents ordres professionnels, les rencontres régulières tenues par cette instance contribueraient à entretenir un climat de collégialité et à favoriser l'interdisciplinarité. Il est à noter que cette table n'est pas une entité juridique officielle, mais bien un regroupement volontaire des ordres professionnels.

Évaluation des demandes de permis de psychothérapeute

Un comité d'évaluation des demandes de permis de psychothérapeute a également été mis sur pied par l'OPQ. Son mandat consiste à évaluer les demandes de permis de psychothérapeute et à formuler des recommandations au conseil d'administration quant à la délivrance des permis. Il est composé de deux psychologues et d'un détenteur de permis de psychothérapeute membre de l'un des ordres concernés par la psychothérapie. Puisque les profils de formation des candidats sont souvent très diversifiés, ce comité reconnaît de nombreux cours suivis durant les parcours de formation initiale des candidats pour l'accès à leur profession, afin de satisfaire certaines exigences du *Règlement sur le permis de psychothérapeute*.

Au cours d'une rencontre tenue en 2016, les ordres professionnels dont les membres peuvent exercer la psychothérapie ont eu l'occasion de commenter et d'apprécier les critères mis en place par l'OPQ dans le cadre de son comité pour l'évaluation des demandes de permis de psychothérapeute. Cette démarche se voulait sous le sceau de la collaboration interprofessionnelle et avait pour objectif de susciter l'adhésion de l'ensemble des ordres visés par l'exercice de la psychothérapie à l'égard des critères appliqués par l'OPQ pour la délivrance des permis de psychothérapeute.

15 Le compte rendu de cette rencontre interordres est disponible sur demande. Le rapport du premier quinquennat dont il est question est le Rapport sur la mise en application du chapitre VI.1 du *Code des professions* relativement à l'encadrement de la psychothérapie – Ministre de la Justice – Février 2016.

Arrimage des programmes universitaires en sexologie et thérapie conjugale et familiale

Il y a maintenant quelques années, l'OPQ a travaillé en partenariat avec l'Ordre professionnel des sexologues du Québec et l'Université du Québec à Montréal (UQAM) afin que les programmes universitaires menant au permis de sexologue puissent donner accès au permis de psychothérapeute. Il en a été de même pour le programme de maîtrise en sciences appliquées en thérapie conjugale et familiale (anglophone) de l'Université McGill, qui a été élaboré en partenariat avec l'OPQ et l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec. Enfin, un autre partenaire serait identifié, à savoir le Département de psychologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières, concernant le développement d'un programme de maîtrise universitaire francophone en thérapie conjugale et familiale¹⁶.

Rappelons qu'en 2015, des modifications avaient été apportées au *Règlement sur le permis de psychothérapeute* (articles 8.1 et 8.2) afin de reconnaître certaines particularités propres au parcours de formation de certains sexologues et de certains thérapeutes conjugaux et familiaux, dans le cadre des dispositions transitoires.

Reconnaissance des activités de formation continue

L'OPQ mentionne recevoir, traiter et reconnaître, le cas échéant, des offres de formation continue de dispensateurs et de formateurs issus de plusieurs professions rattachées à la psychothérapie. Toutefois, bien que l'OPQ valorise une offre de formation diversifiée, il demeure que la majorité des activités de formation en psychothérapie soumises aux fins de reconnaissance sont offertes par des psychologues.

Par ailleurs, l'OPQ a mis en place un comité de reconnaissance des activités de formation continue en psychothérapie, composé de deux psychologues et d'un détenteur de permis de psychothérapeute membre de l'un des ordres professionnels concernés par la psychothérapie, afin d'examiner des demandes qui nécessitent une attention particulière.

Enfin, l'OPQ et le CMQ se sont concertés afin de s'assurer de l'équivalence de leurs critères de reconnaissance ou d'agrément des activités de formation continue pour l'exercice de la psychothérapie pouvant être intégrés à leur programme, dont fait état l'article 3 du *Règlement sur le permis de psychothérapeute*. Ainsi, les deux ordres professionnels incluent dans leur programme de formation continue respectif les activités que répertorie le programme de l'un et de l'autre.

Harmonisation des pratiques d'inspection professionnelle

Les ordres professionnels, en vertu du *Règlement sur le rapport annuel d'un ordre professionnel*, ont l'obligation de fournir plusieurs informations concernant leurs activités relatives à l'inspection professionnelle. L'OPQ mentionne fournir ces informations

16 <https://www.1.otstcfq.org/public/etudiants/ecoles-de-therapie-conjugale-et-familiale/>

au sujet des psychologues et également des PCNA. Étant responsables de l'inspection professionnelle en lien avec l'exercice de la psychothérapie par leurs membres, les ordres professionnels dont les membres peuvent détenir un permis de psychothérapeute doivent en faire de même dans leur rapport annuel.

Dans son dernier rapport annuel (2018-2019), l'OPQ apporte un élément d'information sur l'harmonisation interordres des pratiques d'inspection relatives à l'exercice de la psychothérapie.

Plus précisément, l'OPQ indique offrir un soutien et un accompagnement aux ordres qui en manifestent le besoin, notamment lorsqu'il s'agit de procéder à l'inspection particulière de la psychothérapie de l'un de leurs membres.

De plus, une formation aurait été organisée par l'OPQ, en décembre 2018, pour les responsables de l'inspection professionnelle des ordres concernés par l'exercice de la psychothérapie.

Adoption d'un guide interordres sur l'exercice de la psychothérapie et des interventions qui s'y apparentent

Au cours du premier quinquennat de l'encadrement de la psychothérapie, on constatait dans certains milieux que des professionnels se limitaient dans leurs interventions de peur de contrevenir à la loi, alors que d'autres, sans le savoir et sans y être autorisés, exerçaient la psychothérapie. La nouvelle réglementation semblait également poser des défis dans certains milieux en matière d'embauche et d'affectation de professionnels et autres intervenants pour répondre aux besoins de santé mentale de la population et satisfaire aux exigences de la loi.

En réponse à ces enjeux, le document interordres *L'exercice de la psychothérapie et des interventions qui s'y apparentent* a été lancé au printemps 2018 (voir annexe 2)¹⁷. Fruit d'une longue collaboration entre les ordres professionnels concernés par l'exercice de la psychothérapie, ce document apporte des précisions importantes sur l'exercice de la psychothérapie tout en légitimant la gamme des interventions qui s'y apparentent et qui sont reconnues en santé mentale et en relations humaines. Il vise également à soutenir l'interdisciplinarité en situant notamment le rôle des différents professionnels, selon leur champ d'exercice respectif, dans le continuum de soins et de services.

Le processus thérapeutique s'appuyant souvent sur une gamme d'interventions, ce guide permet de distinguer ces dernières plus facilement, et ce, sur la base de la définition légale de la psychothérapie (traitement psychologique). En effet, non seulement le document a pour avantage d'énoncer clairement ce qui relève de l'activité réservée de la psychothérapie, mais il indique de plus les interventions ne nécessitant pas de permis d'exercice de la psychothérapie.

17 Un résumé de l'OPQ se trouve également à l'adresse suivante : <https://www.ordrepsy.qc.ca/-/le-consensus-interordres-sur-l-exercice-de-la-psychotherapie>.

Enfin, en complément au guide, une collection de neuf vignettes cliniques¹⁸, qui présentent des exemples d'interventions par divers professionnels et illustrent la différence entre les interventions propres à leur champ d'exercice professionnel et la psychothérapie, a été développée dans la dernière année.

18 Ces vignettes cliniques sont disponibles sur les sites Web des différents ordres professionnels concernés par la psychothérapie. À titre d'exemple, voici le lien vers celle s'adressant aux infirmières et infirmiers : <https://www.oiiq.org/documents/20147/237836/psychotherapie-vignette-clinique-infirmiere.pdf>.

Enjeux rencontrés et pistes de solution

Accessibilité aux soins et aux services de psychothérapie

Les enjeux actuels d'accessibilité aux soins et aux services de la psychothérapie sont bien connus dans le réseau de la santé et des services sociaux du Québec.

À la suite d'une recommandation du Commissaire à la santé et au bien-être, en 2012, de diversifier le panier de services assurés dans le secteur de la santé mentale et d'offrir un accès équitable aux services de psychothérapie, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) avait confié à l'Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS) le mandat d'éclairer les décideurs sur les enjeux organisationnels et économiques en vue d'améliorer l'accès aux services de psychothérapie pour la population québécoise. Un état de connaissance¹⁹ avait alors été publié par l'INESSS en janvier 2018.

En 2019, le gouvernement du Québec lançait un nouveau programme d'accès et d'accompagnement en santé mentale au Québec, le Programme québécois pour les troubles mentaux : des autosoins à la psychothérapie²⁰. Ce programme, qui vise à offrir à la population un meilleur accès à des services en santé mentale, dont la psychothérapie, s'implante actuellement sous forme de projets pilotes dans le réseau de la santé et des services sociaux.

Il est à noter que les guides de pratique développés dans le cadre de ce nouveau programme semblent être cohérents avec le guide interordres sur l'exercice de la psychothérapie et des interventions qui s'y apparentent.

Démission des membres du Conseil consultatif interdisciplinaire sur l'exercice de la psychothérapie

En novembre 2018, l'ensemble des membres du Conseil consultatif interdisciplinaire sur l'exercice de la psychothérapie (CCIP) ont démissionné, à la suite de difficultés éprouvées dans la réalisation de leur mandat. Avec sa lettre de démission, le CCIP remettait à l'Office des professions l'ensemble des informations recueillies depuis le début du deuxième quinquennat.

Rappelons que le mandat du CCIP, comme énoncé au *Code des professions* (article 187.5.1), était de :

- donner à l'OPQ des avis et des recommandations concernant les projets de règlement de l'Office visés au présent chapitre, avant qu'il ne les adopte, ainsi que sur toute autre question concernant l'exercice de la psychothérapie que l'Office juge opportun de lui soumettre;

19 INESSS. *Accès équitable aux services de psychothérapie au Québec*, janvier 2018, 97 p.

20 <https://www.quebec.ca/sante/conseils-et-prevention/sante-mentale/programme-quebecois-de-psychotherapie-pour-les-troubles-mentaux-pqptm/>

- donner au conseil d'administration des ordres professionnels dont les membres peuvent exercer la psychothérapie des avis et des recommandations concernant les projets de règlement de ces ordres concernant l'exercice de la psychothérapie, avant qu'il ne les adopte, ainsi que sur toute autre question concernant l'exercice de la psychothérapie que le conseil d'administration de ces ordres jugeait opportun de lui soumettre;
- donner des avis et des recommandations au ministre responsable de l'application des lois professionnelles sur toute question que celui-ci jugeait opportun de soumettre au conseil concernant l'exercice de la psychothérapie, par l'intermédiaire de l'Office.

Enfin, le *Code* spécifiait que le mandat du CCIP était d'une durée de 10 ans²¹, renouvelable par le gouvernement.

Malgré la démission des membres du CCIP, l'ensemble des ordres professionnels concernés par l'exercice de la psychothérapie ont su démontrer, dans les dernières années, leur agilité à collaborer et à produire des documents de qualité, comme mentionné dans la section précédente.

21 Le mandat du CCIP ayant débuté le 23 juin 2010, il aura en principe terminé à la fin juin 2020.



Conclusion

Le présent rapport a permis de dresser un portrait sommaire des diverses informations recueillies au sein des ordres professionnels, au cours de ce deuxième quinquennat, afin de suivre l'évolution de l'exercice et de l'encadrement de la psychothérapie. En effet, il a permis de mettre en lumière les faits saillants des collectes de données effectuées de 2016 à 2019, une synthèse des bilans sur la formation continue pour la première période de référence de la formation continue obligatoire en psychothérapie, les collaborations interprofessionnelles et les avancées réalisées par les neuf ordres professionnels concernés par l'exercice de la psychothérapie, ainsi que les enjeux rencontrés et les solutions mises en place par différents acteurs du milieu.

Au cours de ce deuxième quinquennat, l'ensemble des ordres professionnels interpellés par l'exercice de la psychothérapie ont su collaborer afin de recueillir les informations pertinentes et accomplir diverses réalisations, démontrant ainsi le respect de la valeur de l'interdisciplinarité, au cœur de l'encadrement de la pratique de la psychothérapie.

Annexe 1





Bilan de l'Ordre des psychologues du Québec

**Premier quinquennat de la formation
continue obligatoire en psychothérapie
21 juin 2012 au 20 juin 2017**

Présenté à l'Office des professions du Québec

Juillet 2019

Table des matières

| | |
|--|----|
| Introduction..... | 3 |
| La formation continue obligatoire en psychothérapie..... | 3 |
| Les psychologues et titulaires du permis de psychothérapeute exerçant la psychothérapie | 4 |
| L'offre de formation continue | 4 |
| L'offre de formation continue de l'Ordre..... | 6 |
| Le cours Tenue de dossiers (pour psychologues seulement)..... | 6 |
| Le cours Déontologie et professionnalisme (pour psychologues ou candidats au titre seulement)..... | 7 |
| Le cours Déontologie et tenue de dossiers (pour titulaires du permis de psychothérapeute seulement)..... | 7 |
| Les activités de formation ciblées | 8 |
| Les activités de formation disponibles dans le cadre du congrès annuel | 8 |
| Les <i>Rendez-vous de la formation</i> | 8 |
| Les activités de formation en ligne..... | 10 |
| L'offre de formation continue des dispensateurs | 10 |
| Une offre de formation continue diversifiée et accessible | 11 |
| Une offre de formation continue qui favorise l'interdisciplinarité | 13 |
| Une offre de formation continue qui contribue à la qualité de la pratique | 14 |
| Le processus de demande de reconnaissance | 14 |
| Le comité de reconnaissance des activités de formation continue | 14 |
| L'inspection professionnelle et l'engagement en formation continue | 15 |
| Conclusion | 16 |

Introduction

Le premier quinquennat de la formation continue obligatoire en psychothérapie au Québec s'est déroulé entre le 21 juin 2012 et le 20 juin 2017. Un bilan des activités a été préparé par l'Ordre des psychologues du Québec (OPQ) à la demande de l'Office des professions du Québec.

Ce bilan donne un aperçu général de ce qu'est la formation continue obligatoire en psychothérapie, des personnes visées par les activités de formation et qui en ont profité, de la nature de l'offre de formation, ainsi que des bénéfices des activités de formation continue tant au plan de la diversification de l'offre et de la promotion de l'interdisciplinarité, que de l'amélioration de la qualité des pratiques professionnelles.

La formation continue obligatoire en psychothérapie

Les dispositions législatives relatives à l'encadrement de la psychothérapie, soit le PL 21 – Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines, sont entrés en vigueur le 21 juin 2012. Depuis, l'exercice de la psychothérapie et le titre de psychothérapeute sont réservés par la loi :

- aux membres du Collège des médecins du Québec (CMQ) et de l'Ordre des psychologues du Québec (OPQ);
- aux titulaires du permis de psychothérapeute membres des sept ordres suivants :
 - Ordre des conseillers et conseillères d'orientation du Québec (OCCOQ),
 - Ordre professionnel des criminologues du Québec (OPCQ),
 - Ordre des ergothérapeutes du Québec (OEQ),
 - Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ),
 - Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec (OPPQ),
 - Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec (OTSTCFQ),
 - Ordre professionnel des sexologues du Québec (OPSQ);
- aux titulaires du permis de psychothérapeute non admissibles à un ordre professionnel qui ont satisfait aux exigences des dispositions transitoires (« clause grand-père » du Règlement sur le permis de psychothérapeute).

Dans ce cadre, depuis juin 2012, en vertu du Règlement sur le permis de psychothérapeute de l'Office des professions, les psychologues qui exercent la psychothérapie et les détenteurs du permis de psychothérapeute (membres d'ordres ou non admissibles à un ordre) ont l'obligation de réaliser 90 heures de formation continue en psychothérapie par période de référence de cinq ans. La même obligation s'applique aux médecins qui exercent la psychothérapie. D'ailleurs, c'est au Collège des médecins que revient la charge du programme de formation continue de ses membres.

La résolution de l'Ordre des psychologues du Québec (ci-après, l'Ordre) sur les modalités relatives à la formation continue en psychothérapie (ci-après, la résolution¹) précise les

¹ La résolution de l'Ordre des psychologues du Québec sur les modalités relatives à la formation continue en psychothérapie peut être consultée ici : https://www.ordrepsy.qc.ca/c/document_library/get_file?uuid=e70453e2-ceca-47fe-9481-0555cff7bda5&groupId=26707

conditions et les particularités de la mise en œuvre de cette obligation de formation continue spécifique à l'exercice de la psychothérapie.

Les psychologues et titulaires du permis de psychothérapeute exerçant la psychothérapie

Le tableau suivant illustre le nombre de psychologues exerçant la psychothérapie, en proportion du nombre de membres de l'Ordre, entre juin 2012 et juin 2017. On remarque que, de manière constante, une large majorité de psychologues exercent la psychothérapie.

| | Nombre de psychologues exerçant la psychothérapie | Nombre de psychologues membres de l'Ordre | Pourcentage des psychologues exerçant la psychothérapie par rapport aux membres (%) |
|-----------|---|---|---|
| Juin 2012 | 5784 | 8566 | 68% |
| Juin 2013 | 5858 | 8608 | 68% |
| Juin 2014 | 5953 | 8652 | 69% |
| Juin 2015 | 6032 | 8667 | 70% |
| Juin 2016 | 6060 | 8763 | 69% |
| Juin 2017 | 6015 | 8809 | 68% |

Le tableau suivant illustre le nombre de titulaires du permis de psychothérapeute, entre juin 2012 et juin 2017. Toutes ces personnes exercent la psychothérapie.

| | Titulaires du permis de psychothérapeute membres d'un ordre ² | Titulaires du permis de psychothérapeute non admissibles à un ordre |
|-----------|--|---|
| Juin 2012 | N/D | 0 |
| Juin 2013 | 280 | 0 |
| Juin 2014 | 803 | 207 |
| Juin 2015 | 1063 | 273 |
| Juin 2016 | 1587 | 330 |
| Juin 2017 | 1619 | 322 |

L'offre de formation continue

Les activités de formation peuvent faire l'objet d'une reconnaissance³ par l'Ordre afin de figurer au catalogue de formation continue. Les activités admissibles sont des cours, séminaires, ateliers, programmes, colloques, conférences ou congrès organisés ou offerts par l'Ordre, par

² Ces chiffres n'incluent pas les médecins qui pratiquent la psychothérapie, mais uniquement les titulaires du permis de psychothérapeute membres des sept ordres suivants : Ordre des conseillers et conseillères d'orientation du Québec (OCCOQ), Ordre professionnel des criminologues du Québec (OPCQ), Ordre des ergothérapeutes du Québec (OEQ), Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ), Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec (OPPQ), Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec (OTSTCFQ), Ordre professionnel des sexologues du Québec (OPSQ).

³ Le terme « reconnaissance » est utilisé ici au sens d'agrément ou d'accréditation.

des personnes, par des organismes, par des établissements d'enseignement ou institutions spécialisées, dispensés en salle ou par des moyens électroniques.

Aux fins de la reconnaissance d'une activité de formation, l'Ordre considère les critères suivants :

- l'activité porte sur un des sujets suivants :
 - les processus et méthodes d'évaluation;
 - les processus et méthodes d'intervention;
 - les traitements reconnus scientifiquement visant des problématiques ou des troubles mentaux spécifiques;
 - les techniques reconnues scientifiquement pour l'exercice de la psychothérapie;
 - les facteurs communs (la suggestion, les attitudes du psychothérapeute, le cadre et les attentes du client, la qualité relationnelle et les habiletés de communication);
 - les outils critiques (les méthodes scientifiques telles la recherche quantitative, les statistiques ainsi que la recherche qualitative dont les modèles épistémologiques, entre autres, l'herméneutique et la phénoménologie);
 - le développement humain et ses problématiques, notamment sur le plan culturel, la classification des troubles mentaux et la psychopathologie;
 - le lien entre la biologie et la psychothérapie incluant la psychopharmacologie et les neurosciences;
 - les aspects légaux et organisationnels de la pratique de la psychothérapie;
 - l'éthique et la déontologie;
 - la supervision;
- la présence d'objectifs d'apprentissage observables;
- la probité du formateur, de même que sa compétence et ses qualifications, ces deux dernières devant être liées au contenu enseigné.

Pour répondre au critère de probité, un formateur ne doit pas avoir fait l'objet, au cours des trois années précédant la tenue de l'activité de formation, d'une décision lui imposant, en vertu de l'article 55 du Code des professions⁴ (L.R.Q., c. C-26), un stage en lien avec la psychothérapie ni d'une décision rendue par un ordre professionnel, un organisme d'autoréglementation, un conseil de discipline, ou le Tribunal des professions, ayant eu pour effet de le radier, ou de limiter ou de suspendre

⁴ Le Conseil d'administration d'un ordre peut, sur recommandation du comité d'inspection professionnelle ou du conseil de discipline ou dans les cas prévus par un règlement adopté en vertu du paragraphe j de l'article 94, obliger tout membre de cet ordre à compléter avec succès un stage ou un cours de perfectionnement ou l'obliger aux deux à la fois. Il peut également lui imposer toute autre obligation prévue dans un règlement pris en application de l'article 90, que recommande le comité d'inspection professionnelle.

Le Conseil d'administration d'un ordre peut, sur recommandation du comité d'inspection professionnelle ou du conseil de discipline ou dans les cas prévus par un règlement adopté en vertu du paragraphe j de l'article 94, limiter ou suspendre le droit d'exercer les activités professionnelles de tout membre de cet ordre à qui il impose une obligation visée au premier alinéa, jusqu'à ce que ce membre se soit acquitté de cette obligation. [...]

son droit d'exercer des activités professionnelles. Il ne doit pas avoir fait l'objet d'une décision d'un tribunal canadien le déclarant coupable d'une infraction criminelle en lien avec l'exercice de sa profession;

- le contenu de l'activité doit être reconnu sur les plans professionnel et scientifique;
- la méthode pédagogique doit être appropriée;
- la qualité du matériel fourni, le cas échéant;
- l'existence d'une attestation de participation ou de réussite⁵.

Nous présentons dans ce qui suit les différentes activités qui ont été reconnues par l'Ordre aux fins de satisfaire l'obligation de formation continue en psychothérapie entre 2012 et 2017 selon deux catégories, soit (1) les activités offertes par l'Ordre et (2) les activités offertes par des dispensateurs autres que l'Ordre.

L'offre de formation continue de l'Ordre

L'Ordre a mis sur pied une offre d'activités de formation diversifiée. Les activités de formation ont été offertes dans divers contextes, par exemple, dans le cadre *Rendez-vous de la formation* ou lors du congrès annuel de l'Ordre, et selon diverses modalités, soit en salle (en présence) ou en ligne (web).

La majorité des formations étaient destinées aux psychologues, aux médecins, aux titulaires du permis de psychothérapeute membres d'un autre ordre professionnel, ainsi qu'aux titulaires du permis de psychothérapeute non admissibles à un ordre professionnel. Néanmoins, certaines formations étaient ouvertes uniquement aux psychologues, en raison de la spécificité du contenu : dans la suite du présent texte, on convient que les formations sont ouvertes à tous les professionnels, sauf lorsque spécifié autrement.

Le cours *Tenue de dossiers* (pour psychologues seulement)

Le cours *Tenue de dossiers*, donné par M^{me} Élyse Michon, psychologue, a couvert les aspects déontologiques de la tenue des dossiers professionnels ainsi que la façon concrète de rédiger les notes d'évolution et les rapports d'évaluation. Ce cours, d'une durée de 6 heures, fut offert dans les bureaux de l'Ordre à Montréal, ainsi que dans plusieurs villes à travers le Québec (Rouyn-Noranda, Sherbrooke, Trois-Rivières, Baie-Comeau, Laval, etc.), et ce, afin de favoriser la diffusion des connaissances auprès des membres de l'Ordre exerçant en région. Le tableau suivant illustre le nombre de psychologues qui ont assisté à ce cours entre 2012 et 2017.

| | Participants |
|--|--------------|
| 21 juin 2012 au 31 mars 2013 | 429 |
| 1 ^{er} avril 2013 au 31 mars 2014 | 162 |
| 1 ^{er} avril 2014 au 31 mars 2015 | 149 |
| 1 ^{er} avril 2015 au 31 mars 2016 | 37 |
| 1 ^{er} avril 2016 au 31 mars 2017 | 33 |
| Total | 810 |

⁵ La résolution a été modifiée en 2019 et dorénavant ces trois derniers points ne font plus l'objet de vérification par le conseiller à la formation continue. Le dispensateur demeure toutefois responsable de satisfaire ces exigences, soit de s'assurer que sa méthode pédagogique est appropriée, de fournir un matériel approprié et d'émettre les attestations requises.

Le cours Déontologie et professionnalisme (pour psychologues ou candidats au titre seulement)

Le cours *Déontologie et professionnalisme*, donné par M^{me} Élyse Michon, psychologue, a permis aux participants d'acquérir les compétences éthiques et déontologiques requises pour l'exercice de la profession de psychologue. Ce cours, d'une durée de 13 heures, fut offert dans les bureaux de l'Ordre à Montréal. En plus des heures de présence, les participants devaient compléter des travaux à domicile et réussir un examen. L'Ordre s'assurait d'offrir le cours de façon récurrente (au moins à sept reprises annuellement), afin de permettre (1) aux candidats qui demandent l'admission à l'Ordre par la voie des équivalences de répondre à l'obligation de suivre un cours de déontologie et (2) aux psychologues de renouveler leurs connaissances sur le plan déontologique et de donner suite à une recommandation ou à une entente convenue avec le comité d'inspection professionnelle, le bureau du syndic, le conseil de discipline ou le conseil d'administration. Le tableau suivant illustre le nombre de participants qui ont assisté à ce cours entre 2012 et 2017.

| | Participants |
|--|--------------|
| 21 juin 2012 au 31 mars 2013 | 121 |
| 1 ^{er} avril 2013 au 31 mars 2014 | 75 |
| 1 ^{er} avril 2014 au 31 mars 2015 | 97 |
| 1 ^{er} avril 2015 au 31 mars 2016 | 112 |
| 1 ^{er} avril 2016 au 31 mars 2017 | 107 |
| Total | 512 |

Le cours Déontologie et tenue de dossiers (pour titulaires du permis de psychothérapeute seulement)

Le cours *Déontologie et tenue de dossiers*, donné par M^{me} Élyse Michon, psychologue, en français et par Dre Judith Ann Norton, psychologue, en anglais, a permis aux titulaires du permis de psychothérapeute d'acquérir les compétences éthiques et déontologiques requises pour l'exercice de la psychothérapie. Ce cours, d'une durée de 13 heures, fut offert en salle à Montréal. En plus des heures de présence, les participants devaient compléter des travaux à domicile et réussir un examen. Le tableau suivant illustre le nombre de participants ayant assisté à ce cours entre 2012 et 2017.

| | Participants |
|--|--------------|
| 21 juin 2012 au 31 mars 2013 | - |
| 1 ^{er} avril 2013 au 31 mars 2014 | 161 |
| 1 ^{er} avril 2014 au 31 mars 2015 | 117 |
| 1 ^{er} avril 2015 au 31 mars 2016 | 25 |
| 1 ^{er} avril 2016 au 31 mars 2017 | 18 |
| Total | 321 |

Les activités de formation ciblées

Outre ces activités récurrentes, l'Ordre a également offert d'autres activités en salles afin de répondre à des besoins de formation ponctuels et précis, besoins formulés par les professionnels exerçant la psychothérapie. Le tableau suivant illustre le nombre de participants entre 2012 et 2017 pour divers cours.

| | 21 juin 2012 au 31 mars 2013 | 1 ^{er} avril 2013 au 31 mars 2014 | 1 ^{er} avril 2014 au 31 mars 2015 | 1 ^{er} avril 2015 au 31 mars 2016 | 1 ^{er} avril 2016 au 31 mars 2017 | Total |
|--|---------------------------------|---|---|---|---|------------|
| La pleine conscience (D ^r Pierre Philippot, psychologue) 6h | - | 206 | - | - | - | 206 |
| Deuil et stress post-traumatique (D ^{re} Pascale Brillon, psychologue) 6h | - | 57 | - | - | - | 57 |
| L'évaluation des troubles mentaux : quand le DSM-5 frappe à nos portes (D ^{re} Marie Leclaire, psychologue, et D ^r Cédric Andrés, psychiatre) 6h | - | 138 | 203 | 35 | - | 376 |
| Total | - | 401 | 227 | 35 | | 639 |

Les activités de formation disponibles dans le cadre du congrès annuel

Bien que les congrès de l'Ordre aient été uniquement ouverts aux psychologues, l'édition de 2012 avait également autorisé l'inscription des titulaires du permis de psychothérapeutes. Les congrès de l'Ordre méritent ici d'être rapportés, car ils contribuent largement à la formation continue des psychologues. En effet, la participation à un congrès, incluant le précongrès, permet de cumuler jusqu'à 18 heures de formation continue aux membres. Les congrès sont également d'excellentes opportunités de réseautage et ils contribuent à renforcer les liens professionnels, ce qui enrichit d'autant la pratique. De plus, les activités offertes dans ce cadre favorisent l'ouverture et le décloisonnement, en rapprochant des psychologues d'approches théoriques et de milieux de travail distincts, qui n'auraient pas l'occasion de se rencontrer dans d'autres contextes. On retrouve les nombres de participants aux congrès ayant eu lieu entre juin 2012 et juin 2017 dans le tableau suivant. Soulignons que l'Ordre tient un congrès tous les deux ans et que, depuis 2016, de nombreuses formations sont également disponibles simultanément en webinaire.

| Année, lieu, thème | Participants | Participants |
|--|--------------|--------------|
| | En salle | Webinaire |
| Congrès 2012. Montréal. <i>50 ans à changer le monde (50^e anniversaire)</i> | 1373 | - |
| Congrès 2014. Montréal. Être psychologue | 1437 | - |
| Congrès 2016. Montréal. La science au service du sens | 1619 | 350 |
| Total | 4429 | 350 |

Les Rendez-vous de la formation

Les *Rendez-vous de la formation* sont des journées annuelles, organisées par l'Ordre, permettant aux psychologues et aux psychothérapeutes de se réunir et de profiter d'activités de formation continue dont les assises scientifiques et professionnelles sont reconnues, dans des

domaines de pointe. Ces journées ont eu lieu à Montréal, Laval et Québec. Le choix des formations s’est fait parmi les thèmes les plus en demande, selon les informations disponibles et mises en commun par les divers services de l’Ordre.

Ces formations ont toutes été offertes en présentiel (en salle). Or, depuis 2016, certaines de ces formations ont été offertes en format webinaire, dans un souci de favoriser la participation de personnes vivant hors des grands centres urbains ou qui ne pouvaient se déplacer, pour une multitude de raisons (conciliation travail-famille, situation de handicap, etc.). On remarque que le format webinaire s’est avéré particulièrement populaire : le nombre d’inscriptions dans cette modalité, lorsque disponible, excède le nombre de participants en salle.

Le tableau suivant illustre le nombre de participants ayant assisté aux Rendez-vous de la formation entre 2012 et 2017.

| | Participants |
|--|--------------|
| 21 juin 2012 au 31 mars 2013 | |
| La mentalisation dans l’intervention psychologique (Dre Monique Brillon, psychologue) 5h | 120 |
| L’établissement de l’alliance thérapeutique, ses ruptures et ses réparations nécessaires (Dr Marc-Simon Drouin, psychologue) 5h | 115 |
| La psychothérapie adaptée aux besoins du couple (Dr John Wright, psychologue) 5h | 115 |
| Total 2012-2013 | 350 |
| 1^{er} avril 2013 au 31 mars 2014 | |
| Évaluation des troubles de la personnalité (Dre Monique Bessette, psychologue) 6h | 100 |
| L’attachement perturbé : balises pour l’évaluation et l’intervention clinique (Dre Marie-Julie Béliveau, psychologue) 6h | 70 |
| L’évaluation des troubles mentaux : quand le DSM-5 frappe à nos portes (Dre Marie Leclair, psychologue, et Dr Cédric André, psychiatre) 6h | 79 |
| Total 2013-2014 | 249 |
| 1^{er} avril 2014 au 31 mars 2015 | |
| Thérapie de couple axée sur l’émotion (Emotionally Focused Therapy – EFT) (Dr Normand Gingras, psychologue) 6h | 62 |
| La pleine conscience en psychothérapie (Nancy Poirier, psychologue) 6h | 92 |
| Intervention de crise en situation d’événement potentiellement traumatisant (Dr Stéphane Guay, psychologue) 3h | 36 |
| Conceptualisation de la psychothérapie par le jeu à la lumière des défis rencontrés en pédopsychiatrie (Dr Miguel Terradas, psychologue) 3h | 43 |
| Enjeux cliniques et déontologiques soulevés par les clients difficiles (Pierre Desjardins, psychologue) 3h | 37 |
| Total 2014-2015 | 270 |
| 1^{er} avril 2015 au 31 mars 2016 | |
| La pleine conscience en psychothérapie (Nancy Poirier, psychologue) 6h | 41 |
| Développer des compétences de supervision clinique à travers des moments difficiles et des situations difficiles (Dr Conrad Lecomte, psychologue) 6h | 63 |
| Le traitement du trouble d’anxiété généralisée : les expériences comportementales pour l’intolérance à l’incertitude (Dr Michel Dugas, psychologue) 6h | 72 |
| Total 2015-2016 | 176 |
| 1^{er} avril 2016 au 31 mars 2017 | |
| Intervenir dans les situations de séparation hautement conflictuelles et d’aliénation parentale (Dre Francine Cyr, psychologue) 6h | 15 |
| webinaire | 40 |
| L’expérience dépressive sous l’angle d’un modèle neurodéveloppemental de la personnalité : évaluation et traitement (Alain Mercier, psychologues) 6h | 23 |
| webinaire | 27 |
| Les modèles psychodynamiques en contexte d’intervention de courte durée : défis et stratégies (Dre Julie Dauphin, | 15 |

| | | |
|---|------------------------|-------------|
| psychologue) 6h | | |
| | webinaire | 40 |
| Enjeux psychiques en fin de vie : détresse des malades, deuil des proches (Johanne De Montigny, psychologue) 6h | | 12 |
| | webinaire | 32 |
| | Total 2016-2017 | 172 |
| | Total 2012-2017 | 1217 |

Les activités de formation en ligne

À compter de 2016, l'Ordre a bonifié son offre en ajoutant des activités de formation continue disponibles en ligne (sur le site web de l'Ordre). Un court examen à choix multiples est proposé à la fin de chaque formation, permettant de valider la participation et d'accorder les heures de formation pouvant être compilées aux fins de la formation continue obligatoire. Cette nouvelle modalité visait à favoriser l'accessibilité aux activités. Le tableau suivant présente les diverses formations offertes au courant de l'année 2016 et 2017.

| Titre et durée | Participants |
|--|--------------|
| Paternité, développement de l'enfant et vie familiale : quand la psychologie s'intéresse aux pères. 2,5h | 6 |
| Et si la différence tenait à ce qui est semblable ? Facteurs communs et autres histoires de thérapie. 4,5h | 12 |
| L'adolescence : les défis identitaires et les risques à gérer. 3h | 17 |
| Enjeux cliniques et déontologiques soulevés par les clients difficiles. 3h | 149 |
| Les troubles d'anxiété chez l'adulte et leur traitement. 5,5h | 27 |
| Tenue de dossiers. 4h | 110 |
| Total | 321 |

L'offre de formation continue des dispensateurs

Le catalogue des activités de formation continue de l'Ordre contient, en plus des activités organisées par ce dernier, des activités offertes par plusieurs professionnels, organismes, établissements d'enseignement ou institutions spécialisées. Ces activités reconnues par l'Ordre sont de trois types, soit (1) les activités régulières ou simples, (2) les événements ou congrès et (3) les programmes de formation intégrés. Les programmes intégrés sont des formations visant un groupe stable de participants qui se réunissent à plusieurs reprises afin de poursuivre des objectifs d'apprentissage à moyen ou long terme.

Le tableau suivant illustre la distribution des activités de formation continue reconnues durant le premier quinquennat, selon leur type.

| | Activités simples | Événements | Programmes intégrés | Total |
|--|-------------------|------------|---------------------|-------|
| 21 juin 2012 au 31 mars 2013 | 175 | 51 | 93 | 319 |
| 1 ^{er} avril 2013 au 31 mars 2014 | 152 | 138 | 23 | 313 |

| | | | | |
|--|------------|------------|------------|-------------|
| 1 ^{er} avril 2014 au 31 mars 2015 | 154 | 118 | 11 | 283 |
| 1 ^{er} avril 2015 au 31 mars 2016 | 152 | 112 | 20 | 284 |
| 1 ^{er} avril 2016 au 31 mars 2017 | 130 | 111 | 23 | 264 |
| Total | 763 | 530 | 170 | 1463 |

Les formateurs qui dispensent ces activités proviennent de professions diverses. On dénombre des psychologues, des médecins, des psychoéducateurs, des travailleurs sociaux, des sexologues, des infirmières, des conseillers d'orientation, des criminologues, des ergothérapeutes, ainsi que d'autres professionnels. Si la majorité des formateurs sont du Québec, plusieurs formateurs sont de l'extérieur de la province et viennent en somme sur invitation. On retrouve notamment des experts invités des États-Unis et du Canada anglais. Le tableau suivant présente la proportion des activités de formation continue reconnues selon la profession du formateur.

| Profession du formateur | Proportion (%) |
|--|-----------------------|
| Psychologues | 66% |
| Médecins | 15% |
| Psychoéducateurs | 1% |
| Travailleurs sociaux | 5% |
| Ergothérapeutes | <1% |
| Sexologues | 4% |
| Infirmières | <1% |
| Conseillers d'orientation | <1% |
| Criminologues | <1% |
| Titulaires du permis de psychothérapeute non admissible à un ordre | 2% |
| Professeurs et chercheurs | 4% |
| Autres : gestionnaires, théologiens, psychomotriciens, pharmaciens, physiothérapeutes, avocats, orthophoniste, orthopédagogues, ingénieurs | 1% |

Une offre de formation continue diversifiée et accessible

Les activités de formation continue disponibles au courant du premier quinquennat constituent une offre diversifiée pour plusieurs raisons. D'abord, les activités couvrent tout le spectre des 11 sujets ou thèmes prescrits à la résolution, soit (1) les processus et méthodes d'évaluation, (2) les processus et méthodes d'intervention, (3) les traitements reconnus scientifiquement visant des problématiques ou des troubles mentaux spécifiques, (4) les techniques reconnues scientifiquement pour l'exercice de la psychothérapie, (5) les facteurs communs (la suggestion, les attitudes du psychothérapeute, le cadre et les attentes du client, la qualité relationnelle et les habiletés de communication), (6) les outils critiques (les méthodes scientifiques telles la recherche quantitative, les statistiques ainsi que la recherche qualitative dont les modèles épistémologiques, entre autres, l'herméneutique et la phénoménologie), (7) le développement humain et ses problématiques, notamment sur le plan culturel, la classification des troubles

mentaux et la psychopathologie, (8) le lien entre la biologie et la psychothérapie incluant la psychopharmacologie et les neurosciences, (9) les aspects légaux et organisationnels de la pratique de la psychothérapie, (10) l'éthique et la déontologie et (11) la supervision.

Ensuite, en ce qui a trait aux méthodes d'intervention, on note que les quatre grands modèles de la psychothérapie sont représentés, soit l'approche cognitivo-comportementale, l'approche humaniste, l'approche psychodynamique et l'approche systémique et les théories de la communication. Le tableau suivant présente le nombre d'activités de formation continue selon les sujets traités et les modèles théoriques (une activité pouvant couvrir plus d'un sujet et se référer à plus d'un modèle d'intervention).

| Sujets | Nombre de formations |
|---|-----------------------------|
| Les processus et méthodes d'évaluation | 917 |
| Les processus et méthodes d'intervention | 1626 |
| Les traitements reconnus scientifiquement visant des problématiques ou des troubles mentaux spécifiques | 176 |
| Les techniques reconnues scientifiquement pour l'exercice de la psychothérapie | 161 |
| Les facteurs communs (la suggestion, les attitudes du psychothérapeute, le cadre et les attentes du client, la qualité relationnelle et les habiletés de communication) | 974 |
| Les outils critiques (les méthodes scientifiques telles la recherche quantitative, les statistiques ainsi que la recherche qualitative dont les modèles épistémologiques, entre autres, l'herméneutique et la phénoménologie) | 205 |
| Le développement humain et ses problématiques, notamment sur le plan culturel, la classification des troubles mentaux et la psychopathologie | 883 |
| Le lien entre la biologie et la psychothérapie incluant la psychopharmacologie et les neurosciences | 317 |
| Les aspects légaux et organisationnels de la pratique de la psychothérapie | 120 |
| L'éthique et la déontologie | 179 |
| La supervision | 20 |
| Modèles | |
| Humanistes | 390 |
| Systémiques et théories de la communication | 346 |
| Cognitivo-comportementaux | 853 |
| Psychodynamiques | 603 |

Au plan de l'accessibilité, ces activités ont été offertes dans plusieurs villes à travers le Québec (Montréal, Laval, Sherbrooke, Alma, Trois-Rivières, Rouyn-Noranda, pour n'en nommer que quelques unes). Cette multiplicité de lieux a permis de rejoindre des professionnels situés tant dans les centres urbains qu'en régions plus ou moins éloignées. De plus, de nombreuses activités ont été disponibles en ligne ou en webinaire, ce qui a permis de favoriser la diffusion auprès de professionnels, tant pour ceux œuvrant en région que pour ceux à mobilité réduite.

Une offre de formation continue qui favorise l'interdisciplinarité

Entre juin 2012 et juin 2017, plus de 5000 activités de formation continue inscrites au catalogue de l'Ordre ont été suivies par les psychologues, les titulaires du permis de psychothérapeute membres d'autres ordres professionnels, ainsi que les titulaires du permis de psychothérapeute non admissible à un ordre professionnel. La majorité des activités reconnues par l'Ordre étaient aussi ouvertes aux médecins ainsi qu'à tous les professionnels, ce qui favorise l'interdisciplinarité et les échanges entre ceux qui n'ont pas l'occasion de se retrouver ensemble et de se côtoyer autrement. Par ailleurs, le processus de reconnaissance des activités de formation continue de l'Ordre s'appuie sur le fait que les membres d'autres ordres professionnels, dont les médecins, possèdent, tout comme les psychologues, les compétences nécessaires pour former les psychothérapeutes québécois; il n'y a pas là un enjeu identitaire.

De plus, l'offre de formation continue a su refléter divers modèles théoriques, ce qui est important quand il s'agit de développer et maintenir la richesse et la diversité des interventions auxquelles il faut avoir recours pour répondre adéquatement à toutes les clientèles. En effet, le contenu de chacune des activités de formation continue est fondé (lorsqu'applicable) sur un des quatre modèles théoriques d'intervention reconnus dans le domaine de la psychothérapie et dont fait état le Règlement sur le permis de psychothérapeute, soit les modèles cognitivo-comportementaux, humanistes, psychodynamiques, ainsi que systémiques et théories de la communication.

La diversité de activités de formation continue s'est également manifestée dans l'éventail des thèmes qui ont été couverts par les contenus. En effet, en accord avec la résolution sur les modalités de formation continue en psychothérapie, on constate que les activités ont porté sur toute la gamme de sujets possibles : les processus et méthodes d'évaluation; les processus et méthodes d'intervention; les traitements reconnus scientifiquement visant des problématiques ou des troubles mentaux spécifiques; les techniques reconnues scientifiquement pour l'exercice de la psychothérapie; les facteurs communs (la suggestion, les attitudes du psychothérapeute, le cadre et les attentes du client, la qualité relationnelle et les habiletés de communication); les outils critiques (les méthodes scientifiques telles la recherche quantitative, les statistiques ainsi que la recherche qualitative dont les modèles épistémologiques, entre autres, l'herméneutique et la phénoménologie); le développement humain et ses problématiques, notamment sur le plan culturel, la classification des troubles mentaux et la psychopathologie; le lien entre la biologie et la psychothérapie incluant la psychopharmacologie et les neurosciences; les aspects légaux et organisationnels de la pratique de la psychothérapie; l'éthique et la déontologie; la supervision.

Au plan de la diversité de l'offre et de l'interdisciplinarité, il faut souligner que le Collège des médecins du Québec et l'Ordre des psychologues du Québec se sont consultés pour la préparation des modalités de formation continue et une entente de réciprocité a été mise en œuvre afin que les membres de l'Ordre ainsi que les titulaires du permis de psychothérapeute qui participent à une activité reconnue par le Collège pour la formation continue en psychothérapie des médecins soit acceptée par l'Ordre et vice-versa pour les médecins qui participent à une formation reconnue par l'Ordre pour la formation continue en psychothérapie des psychologues et des psychothérapeutes.

Une offre de formation continue qui contribue à la qualité de la pratique

Le processus de demande de reconnaissance

Depuis que les psychologues exerçant la psychothérapie et les titulaires du permis de psychothérapeute ont l'obligation de suivre de la formation continue en psychothérapie, l'Ordre a mis en place un processus visant à reconnaître les activités de formation continue qui peuvent être inscrites au programme de formation continue en psychothérapie, comme le prévoit le Règlement sur le permis de psychothérapeute et la résolution. La reconnaissance d'une activité de formation continue en psychothérapie est attribuée lorsque celle-ci satisfait aux critères établis par le conseil d'administration pour l'inscription au programme de formation continue en psychothérapie de l'Ordre.

Ce processus de reconnaissance va comme suit. À la suite d'une demande de reconnaissance, le service de la formation continue peut reconnaître une activité de formation qui satisfait aux critères.

La demande de reconnaissance d'une activité de formation continue aux fins de son inscription au programme de l'Ordre doit être présentée dans un délai d'au moins 90 jours précédant la tenue de l'activité. Elle doit contenir les renseignements suivants :

- une description de l'activité de formation permettant d'établir qu'elle répond aux critères de la résolution, notamment qu'elle s'appuie sur des modèles et données reconnues professionnellement et scientifiquement;
- le nom et les coordonnées de la personne, de l'organisme, de l'établissement d'enseignement ou de l'institution spécialisée qui offre l'activité de formation continue ainsi que celles du formateur ou du conférencier, accompagnés de leur C.V. et de la déclaration de probité;
- tout autre renseignement ou document requis par le conseiller à la formation continue.

La rigueur du travail du service de la formation continue dans l'application des critères définis par le conseil d'administration garantit la qualité des formations qui obtiennent la reconnaissance de l'Ordre. Dans l'éventualité où une activité ne remplirait pas l'ensemble des critères, on se réfère au comité prévu à cette fin, soit le comité de reconnaissance.

Le comité de reconnaissance des activités de formation continue

En vertu de la résolution, l'Ordre a institué un comité de reconnaissance des activités de formation continue en psychothérapie. Ainsi, pour les cas jugés problématiques où une activité ne remplirait pas l'ensemble des critères, on réfère à ce comité qui a pour mandat d'accorder ou non la reconnaissance de l'activité. Ce comité est constitué de trois membres, soit deux psychologues et un titulaire du permis de psychothérapeute, choisis parmi ceux nommés par le conseil d'administration. Ce comité est présidé par la directrice de la qualité et du développement de la pratique de l'Ordre (précisons qu'elle n'y a pas droit de vote).

L'inspection professionnelle et l'engagement en formation continue

L'Ordre, par le biais de l'inspection professionnelle, dans le cadre de l'exercice de son mandat de surveillance et d'encadrement de la pratique de ses membres ainsi que des titulaires du permis de psychothérapeute non admissible à un ordre professionnel, peut relever des lacunes chez les professionnels inspectés. Ces lacunes nécessitent parfois un engagement dans des activités de formation continue, dont des activités de formation continue en psychothérapie.

Ces engagements peuvent être pris volontairement par le professionnel ou encore découler d'une décision du conseil d'administration en vertu de l'article 55 du Code des professions, à la suite d'une recommandation du comité d'inspection professionnelle.

Par ces engagements en formation continue en psychothérapie, l'Ordre vise une amélioration directe de la qualité des pratiques en ciblant spécifiquement des psychologues ou des titulaires du permis de psychothérapeute non admissibles à un ordre professionnel chez qui des lacunes ont été identifiées, entre autres, en ce qui concerne l'exercice de la psychothérapie.

Le tableau suivant fait état du nombre de ces engagements en formation continue, qu'ils aient été pris volontairement ou qu'ils aient découlé d'une décision du conseil d'administration.

| | Nombre de psychologues et titulaires du permis de psychothérapeute s'étant engagés volontairement en formation continue ⁶ | Nombre de psychologues et titulaires du permis de psychothérapeute s'étant engagés en formation continue à la suite d'une décision du CA |
|--|--|--|
| 21 juin 2012 au 31 mars 2013 | 6 | 2 |
| 1 ^{er} avril 2013 au 31 mars 2014 | 3 | 4 |
| 1 ^{er} avril 2014 au 31 mars 2015 | 8 | 2 |
| 1 ^{er} avril 2015 au 31 mars 2016 | 5 | 2 |
| 1 ^{er} avril 2016 au 31 mars 2017 | 5 | 7 |
| Total | 27 | 17 |

Concernant les psychologues et les titulaires du permis de psychothérapeute s'étant engagés volontairement en formation continue, s'ajoutent au total, six autres psychologues pour lesquels des mesures avaient été imposées antérieurement (avant juin 2012), mais dont l'actualisation s'est produite dans le cadre du quinquennat, soit à partir de juin 2012. Ces personnes ne sont pas incluses dans le tableau ci-dessus.

Bien qu'il serait potentiellement intéressant pour l'Office d'obtenir ces mêmes informations pour les membres des huit autres ordres exerçant la psychothérapie, l'Ordre des psychologues du Québec ne peut rapporter ces informations, n'étant pas responsable de l'inspection professionnelle des membres des autres ordres en question.

⁶ Les modalités possibles étaient les mesures suivantes : (1) cours *Déontologie et professionnalisme*, (2) cours *Tenue de dossier* et (3) supervision. Pour la majorité des professionnels, il s'agissait d'une combinaison de deux ou trois de ces mesures.

Conclusion

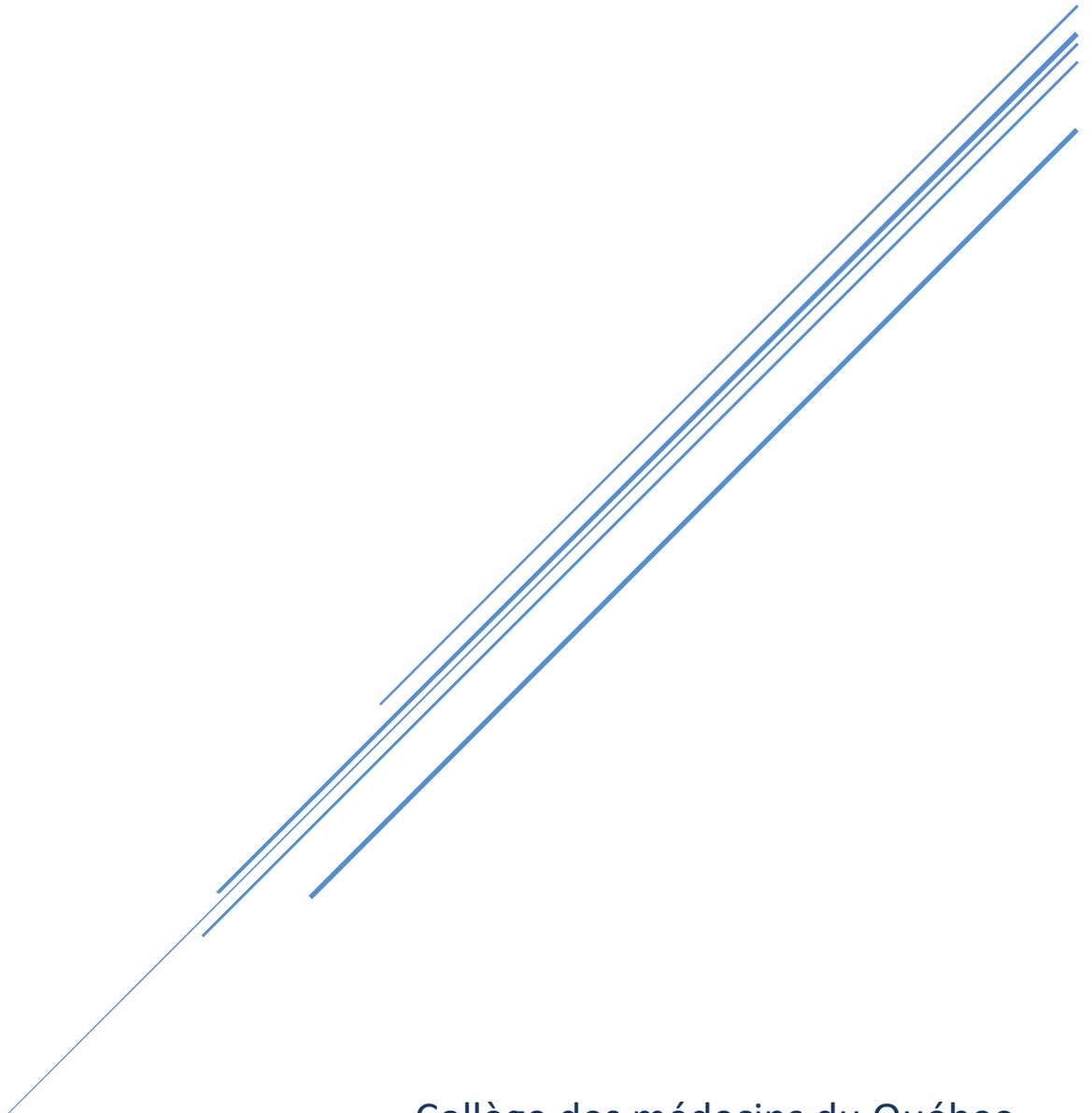
Le bilan du premier quinquennat de la formation continue obligatoire en psychothérapie effectué ici s'avère des plus positifs. D'ailleurs, cette synthèse nous permet de répondre par l'affirmative aux questions suivantes :

- les activités de formation continue offertes durant le premier quinquennat ont reflété l'interdisciplinarité des pratiques en psychothérapie;
- les psychothérapeutes ont bénéficié d'une formation diversifiée et de qualité, qu'ils œuvrent en centre urbain ou à l'extérieur de ces centres;
- les activités de formation continue offertes durant le premier quinquennat ont contribué à la qualité de la pratique professionnelle en psychothérapie.

Ainsi, la qualité des activités de formation continue offertes durant ce premier quinquennat a certainement permis à l'Ordre de mieux s'acquitter de sa mission première de protection du public.

LA FORMATION CONTINUE DES MÉDECINS EN PSYCHOTHÉRAPIE

Bilan du premier quinquennat (2012-2017)



Collège des médecins du Québec
Août 2019

Table des matières

| | |
|---|----|
| Introduction..... | 2 |
| Cadre juridique | 3 |
| Les médecins et l'exercice de la psychothérapie..... | 5 |
| Mise en application du <i>Règlement</i> | 6 |
| Communication avec les médecins | 6 |
| Identification des médecins qui exercent la psychothérapie | 6 |
| Activités adoptées par le Collège des médecins..... | 8 |
| Le rôle du Collège en formation continue | 8 |
| Critères de reconnaissance des activités – Principes généraux | 9 |
| Activités de formation reconnues par le Collège | 9 |
| Déclaration des activités | 11 |
| Quelques constats durant la période | 13 |
| Portrait des déclarations à mi-parcours de la première période | 13 |
| Portrait des déclarations en février 2017..... | 13 |
| Quelques constats au terme de la première période..... | 15 |
| Suivi des déclarations de formation continue..... | 15 |
| Évaluation qualitative des déclarations de formation continue | 16 |
| Quelques défis | 18 |
| Dresser le portrait de la pratique de la psychothérapie à l'extérieur des centres urbains | 18 |
| Évaluer la qualité de l'exercice en psychothérapie | 19 |
| S'assurer du respect du règlement pendant la période de référence..... | 20 |
| Collaboration avec les partenaires | 20 |
| Communication avec les médecins | 20 |
| Suivi de la facturation d'activités de psychothérapie..... | 20 |
| S'assurer du respect du règlement au terme de la période de référence | 20 |
| Une opportunité – Regarder vers l'avenir | 22 |
| Entrée en vigueur du <i>Règlement sur la formation continue obligatoire des médecins</i> | 22 |
| Les exigences du règlement en un coup d'œil | 22 |
| Les obligations des médecins en matière de formation continue | 22 |
| Vers une harmonisation des exigences ? | 23 |
| Une opportunité d'efficience | 23 |

La formation continue des médecins en psychothérapie

Bilan du premier quinquennat (2012-2017)

Introduction

Depuis près de sept ans, la Direction de l'amélioration de l'exercice du Collège des médecins du Québec reçoit les déclarations des médecins à l'effet qu'ils exercent la psychothérapie et effectue le suivi de leurs activités de maintien de compétence afin de s'assurer qu'ils respectent les obligations du *Règlement sur le permis de psychothérapeute* (c. C-26, r. 222.1).

Le présent document a pour objectif de présenter les actions prises par le Collège des médecins du Québec pour assurer la mise en application du *Règlement*, depuis son entrée en vigueur jusqu'à la fin de la première période de cinq ans.

Il vise également à répondre, dans la mesure du possible, aux questions spécifiques soulevées par l'Office des professions du Québec eu égard :

- Aux opportunités de formation à l'extérieur des grands centres urbains;
- À l'impact de la formation continue sur la qualité de l'exercice
- Aux mécanismes prévus entre la Régie de l'assurance maladie du Québec le Collège des médecins pour s'assurer que les médecins qui réclament le paiement d'activités de psychothérapie ont bien déclaré cet exercice au Collège et se conforment à l'exigence de la formation continue obligatoire en psychothérapie.

Cadre juridique

Le *Code des professions* encadre l'exercice de la psychothérapie et confère à l'Office des professions l'obligation de notamment déterminer, par règlement, le cadre des obligations de formation continue que le médecin qui exerce la psychothérapie doit suivre et les sanctions découlant du défaut de les suivre.

CODE DES PROFESSIONS (LRQ, c. C-26)

CHAPITRE VI.1 PERMIS DE PSYCHOTHÉRAPEUTE

187.3.1. L'Office, par règlement, détermine :

1° les conditions d'utilisation du titre de psychothérapeute par le médecin, par le psychologue et par le titulaire du permis de psychothérapeute;

2° les normes de délivrance du permis de psychothérapeute;

3° le cadre des obligations de formation continue que le médecin ou le psychologue qui exerce la psychothérapie ou que le titulaire du permis de psychothérapeute doit suivre, selon les modalités fixées par résolution du Conseil d'administration du Collège des médecins du Québec et de l'Ordre professionnel des psychologues du Québec, les sanctions découlant du défaut de les suivre et, le cas échéant, les cas de dispense.

Le *Règlement sur le permis de psychothérapeute* (ci-après le « *Règlement* »), découlant de ces dispositions, est entré en vigueur le 21 juin 2012. Il prévoit notamment que tout médecin qui exerce la psychothérapie doit accumuler au moins 90 heures de formation continue en psychothérapie sur une période de cinq ans. Ces activités doivent être choisies parmi les activités adoptées par le Collège des médecins du Québec.

RÈGLEMENT SUR LE PERMIS DE PSYCHOTHÉRAPEUTE (LRQ, c. C-26, r.222.1)

SECTION III CADRE DES OBLIGATIONS DE FORMATION CONTINUE

3. Le médecin ou le psychologue qui exerce la psychothérapie et le titulaire du permis de psychothérapeute doivent accumuler au moins 90 heures de formation continue en psychothérapie sur une période de 5 ans.

Le médecin doit choisir les activités de formation continue parmi les activités de formation continue en psychothérapie adoptées par le Collège des médecins du Québec.

Le psychologue et le titulaire du permis de psychothérapeute doivent choisir les activités de formation continue parmi celles prévues au programme d'activités de formation continue en psychothérapie adopté par l'Ordre des psychologues du Québec.

Le *Règlement* établit également, à son article 5, la sanction à imposer aux médecins qui exercent la psychothérapie et qui font défaut de se conformer aux exigences de formation continue établie par l'article 3.

RÈGLEMENT SUR LE PERMIS DE PSYCHOTHÉRAPEUTE (LRQ, c. C-26, r.222.1)

5. Le Collège des médecins du Québec limite le droit d'exercer la psychothérapie du médecin qui n'a pas respecté son obligation de formation continue jusqu'à ce qu'il lui fournisse la preuve qu'il a rencontré cette obligation.

La première période de référence de cinq ans s'est déroulée du 1^{er} juillet 2012 au 30 juin 2017.

Les médecins et l'exercice de la psychothérapie

Contrairement aux autres professionnels visés par le *Règlement sur le permis de psychothérapeute*, les psychologues et les médecins sont présumés avoir acquis durant leurs formations universitaires respectives, les connaissances et compétences requises pour exercer la psychothérapie.

Pour les médecins (comme pour les psychologues), le *Règlement* ne vient donc qu'encadrer les obligations de formation continue en psychothérapie de ceux d'entre eux qui déclarent des activités dans ce domaine.

De son côté, le Collège des médecins a l'obligation de s'assurer du respect du *Règlement* par les médecins, notamment en établissant le cadre des activités reconnues et les sanctions découlant du défaut de respecter le *Règlement*. Il n'est pas impliqué dans l'octroi de permis de psychothérapeute aux autres professionnels autorisés, non plus que dans le suivi des obligations de ces derniers en matière de formation continue.

Mise en application du *Règlement*

Afin d'assurer la mise en application, le Collège a adopté une stratégie dont les principaux axes ont été :

- La communication avec l'ensemble des médecins pour les informer des nouvelles obligations eu égard à l'exercice de la psychothérapie;
- La mise en place d'un processus permettant aux médecins de déclarer au Collège leur pratique de la psychothérapie ;
- L'adoption de modalités relatives à l'exercice de la psychothérapie, incluant les informations relatives aux activités admissibles au calcul des heures de formation continue requises;
- Le développement d'une plateforme de déclaration en ligne des activités de formation continue en psychothérapie.

Communication avec les médecins

Au printemps 2012, dès l'adoption la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans les domaines de la santé mentale et des relations humaines (communément appelée le projet de loi 21) et du *Règlement sur le permis de psychothérapeute*, le Collège publiait un article dans sa revue Le Collège pour informer ses membres des nouvelles dispositions applicables à l'exercice de la psychothérapie.¹

Un an plus tard, au moment de l'adoption du document *Modalités relatives à la formation continue en psychothérapie*, un nouvel article était publié, s'adressant cette fois de manière plus particulière aux médecins exerçant la psychothérapie. Cet article visait à préciser les règles à respecter en matière de formation continue et à souligner l'adoption, par le Collège, du cadre des activités reconnues aux fins de l'application du *Règlement*.²

Un troisième article a été publié au printemps 2014, au moment de l'adoption, par le Collège, de modifications aux modalités relatives à la formation continue en psychothérapie.³

À la suite de cette publication, les communications avec les médecins exerçant la psychothérapie se sont effectuées par le biais d'infolettres ciblées à l'intention des médecins ayant déclaré exercer la psychothérapie ou par le biais de courriels à un ou quelques médecins.

Identification des médecins qui exercent la psychothérapie

Afin d'identifier les médecins qui exercent la psychothérapie, le Collège demande à ses membres, dans le formulaire de déclaration annuelle accompagnant l'avis de cotisation, de déclarer, le cas échéant, leur exercice de la psychothérapie. La question relative à l'exercice de la psychothérapie apparaît dans le formulaire de déclaration annuelle chaque année depuis 2012.

¹ Trudeau JB, Goulet F. (2012). L'exercice de la psychothérapie par le médecin, Le Collège, vol. 52, n° 3. p. 27.

² Trudeau JB, Goulet F, Ladouceur R. (2013). Formation continue en psychothérapie – Quelles sont les obligations des médecins, Le Collège, vol. 53, n° 3. p. 18.

³ Ladouceur R, Goulet F. (2014). Modifications apportées aux activités de formation continue reconnues en psychothérapie, Le Collège, vol. 54, n° 2. p. 18

La grande majorité (75 %) des médecins ayant déclaré exercer la psychothérapie l'ont fait dès la première année de la période de référence, en 2012, tel qu'il appert des données détaillées dans le tableau 1.

Tableau 1 – Médecins ayant déclaré exercer la psychothérapie entre 2012 et 2017 – année de déclaration

| Année de déclaration | Nombre de médecins |
|----------------------|--------------------|
| 2012 | 816 |
| 2013 | 12 |
| 2014 | 186 |
| 2015 | 72 |
| 2016 | 54 |
| 2017 | N/A ⁴ |
| TOTAL | 1 140 |

Entre le 1^{er} juillet 2012 et le 30 juin 2017, 60 médecins ont informé le Collège soit qu'ils n'exerçaient plus la psychothérapie, soit qu'ils avaient fait une erreur en déclarant exercer la psychothérapie, de sorte qu'à la fin de la première période, 1 080 médecins disaient exercer la psychothérapie.

Sans être en mesure de pouvoir ventiler ces données sur une base annuelle, nous pouvons néanmoins mentionner que la grande majorité de ces 1 080 médecins sont des médecins spécialistes en psychiatrie, conformément aux données apparaissant dans le tableau 2.

Tableau 2 – Médecins ayant déclaré exercer la psychothérapie entre 2012 et 2017 – répartition par spécialité

| Spécialité | Nombre de médecins | Pourcentage |
|----------------------------|--------------------|-------------|
| Médecins de famille | 104 | 9,6 % |
| Psychiatres | 955 | 88,4 % |
| Autres spécialités | 3 | 0,3 % |
| Permis restrictifs | 18 | 1,7 % |
| TOTAL | 1 080 | 100 % |

⁴ * Les données étant colligées au 1^{er} juillet, les médecins ayant déclaré la psychothérapie ne sont pas pris en compte pour la première période de référence de cinq ans s'étant terminée le 30 juin 2017.

Activités adoptées par le Collège des médecins

Le rôle du Collège en formation continue

À l'exception de quelques ateliers en lien direct avec son mandat de protection du public et pour répondre à des besoins démontrés par le comité d'inspection professionnelle ou le bureau du Syndic, le Collège des médecins n'offre pas, à proprement parler, d'activités de formation continue en psychothérapie ou dans un autre domaine de la médecine. Il n'établit pas, non plus de critères en vue de la reconnaissance des formateurs.

Depuis plus de 40 ans, le Collège procède à l'agrément des organismes qui organisent et offrent des activités de formation continue dans l'un ou l'autre des domaines de la médecine. Il vérifie que ces organismes respectent un processus assurant la qualité des formations qui seront offertes aux médecins. Ce sont ces organismes qui procèdent à l'évaluation des besoins, qui déterminent les objectifs éducatifs visés par chaque activité, qui identifient les personnes-ressources les plus qualifiées pour dispenser une activité, qui en assurent l'organisation logistique et qui en font l'évaluation.

Ces organismes sont : le Collège québécois des médecins de famille, la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, la Fédération des médecins spécialistes du Québec, Médecins francophones du Canada, le Secteur DPC de la faculté de médecine de l'Université Laval, le Secteur DPC de la faculté de médecine de l'Université McGill, le Secteur DPC de la faculté de médecine de l'Université de Montréal et le Centre de formation continue de la faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke.

L'agrément en formation continue est effectué sur la base de normes développées par le Comité d'agrément de l'éducation médicale continu composé du Collège des médecins du Québec, du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, du Collège des médecins de famille du Canada, de l'Association des facultés de médecine du Canada et de la Fédération des ordres des médecins du Canada. Ces normes nationales ont été mises à jour et adoptées par le comité des études médicales et d'agrément du Collège des médecins du Québec en février 2017.⁵

Les activités organisées et offertes par les organismes médicaux agréés en formation continue sont principalement développées par des médecins, pour des médecins.

Puisqu'il n'organise pas lui-même d'activités de formation continue en psychothérapie, le Collège a établi des critères en vue de la détermination des activités adoptées aux fins de l'application du *Règlement sur le permis de psychothérapeute*.

Ces critères sont inclus dans le document *Modalités relatives à la formation continue en psychothérapie* disponible en tout temps dans le site Web du Collège des médecins du Québec.⁶

⁵ Normes nationales d'agrément pour les organisations prestataires d'activités de développement professionnel continu, site Web du Collège des médecins du Québec - <http://www.cmq.org/pdf/agrement/normes-nationales-agrement-dpc-cmq-fr.pdf?t=1531163503756>

⁶ Modalités relatives à la formation continue en psychothérapie, site Web du Collège des médecins du Québec - <http://www.cmq.org/publications-pdf/p-1-2013-12-13-fr-modalites-relatives-formation-continue-psychotherapie.pdf?t=1563293470778>

Critères de reconnaissance des activités – Principes généraux

1. Le contenu d'une activité en psychothérapie

Pour être reconnu par le Collège, le contenu d'une activité doit porter sur l'un des sujets suivants :

- ⇒ Le processus et les méthodes d'évaluation
- ⇒ Le processus et les méthodes d'intervention
- ⇒ Les aspects légaux et organisationnels de la pratique de la psychothérapie.
- ⇒ L'éthique et la déontologie.

2. Les modèles d'intervention reconnus

Le contenu d'une activité de formation continue sur l'intervention psychothérapeutique doit être fondé sur l'un des quatre modèles reconnus dans le domaine de la psychothérapie :

- ⇒ Modèle psychodynamique;
- ⇒ Modèle cognitivo-comportemental;
- ⇒ Modèle systémique et théorie de la communication;
- ⇒ Modèle humaniste;
- ⇒ Modèle mixte.

3. Le processus de développement d'une activité

Toutes les activités collectives reconnues doivent respecter l'approche méthodique en formation continue telle que définie par le Conseil québécois de développement professionnel continu des médecins (CQDPCM).

4. Principes éthiques

Toutes les activités collectives reconnues doivent respecter un code d'éthique en formation continue.

Activités de formation reconnues par le Collège

Ayant défini les critères applicables, le Collège des médecins a adopté un large éventail d'activités admissibles aux fins de l'application du *Règlement sur le permis de psychothérapeute*.

1. Activités reconnues par un organisme agréé en formation continue par le Collège

Les activités de formation continue en psychothérapie reconnues par un organisme agréé en formation continue par le Collège constituent des activités adoptées par le Collège des médecins au sens du deuxième alinéa de l'article 3 du *Règlement*.

Les organismes agréés par le Collège qui offrent des activités de formation continue doivent clairement indiquer les activités reconnues aux fins de l'application du *Règlement*, en précisant les éléments suivants :

- ⇒ Le sujet de l'activité (qui doit correspondre à l'un de ceux décrits à la section 2.1);
- ⇒ Le modèle théorique d'intervention de psychothérapie, lorsqu'applicable.
- ⇒ Les objectifs éducatifs spécifiques.
- ⇒ La méthode éducative utilisée.
- ⇒ La durée de l'activité.

2. Activités adoptées par l'Ordre des psychologues du Québec

Les activités de formation adoptées par l'Ordre des psychologues du Québec constituent des activités adoptées par le Collège des médecins au sens du deuxième alinéa de l'article 3 du *Règlement*.

3. Activités certifiées ou agréées par un organisme canadien

Les activités suivantes constituent également des activités de formation adoptées par le Collège :

- ⇒ Les activités d'apprentissage en groupe, les activités d'autoapprentissage et les activités d'évaluation relatives à la psychothérapie et certifiées par le Collège des médecins de famille du Canada;
- ⇒ Les activités d'apprentissage collectif et les programmes d'auto-évaluation relatifs à la psychothérapie et agréés par le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada ou ses prestataires agréés.

4. Activités de supervision

Les activités de supervision de l'exercice de la psychothérapie respectant les exigences suivantes constituent des activités de formation adoptées par le Collège, jusqu'à un maximum de 45 heures par période de référence pour le médecin superviseur et jusqu'à un maximum de 45 heures par période de référence pour le médecin supervisé.

Le superviseur doit être habilité à exercer la psychothérapie au Québec, c'est-à-dire être membre du Collège des médecins du Québec ou de l'Ordre des psychologues du Québec ou encore être titulaire d'un permis de psychothérapeute délivré par l'Ordre des psychologues du Québec.

Le superviseur doit également démontrer les qualifications suivantes :

- ⇒ Posséder une expérience clinique dans au moins un des quatre modèles théoriques d'intervention;
- ⇒ Enseigner depuis plus d'un an les connaissances théoriques de la psychothérapie;
- ⇒ Participer activement à la formation continue en psychothérapie;
- ⇒ N'avoir fait l'objet d'aucune décision disciplinaire antérieure;
- ⇒ Avoir une expérience antérieure de superviseur ou de mentor (un atout).

5. Activités d'érudition et d'enseignement

Les activités d'érudition et d'enseignement en psychothérapie suivantes constituent des activités de formation adoptées par le Collège :

- ⇒ La participation à un cours universitaire crédité dispensé par une université inscrite au registre de l'*International Medical Education Directory* (IMED), jusqu'à un maximum de 45 heures par période de référence. Le cours doit être sanctionné par un diplôme ou un relevé de notes, dont copie doit être transmise au comité de développement professionnel continu et de remédiation du Collège préalablement à son approbation;
- ⇒ La participation à titre de formateur ou d'enseignant, jusqu'à un maximum de 45 heures par période de référence :
 - À des activités de formation continue en psychothérapie adoptées par le Collège et liées à la psychothérapie, pour un maximum de trois heures de préparation par heure de formation donnée. Cette activité ne peut être comptabilisée qu'une seule fois par période, même si elle est répétée.

- À l'enseignement en psychothérapie à des résidents en médecine inscrits dans un programme de résidence agréé par le Collège.

Note : L'enseignement à des étudiants en médecine ne constitue pas une activité de formation reconnue par le Collège aux fins de l'application du *Règlement*.

6. *Autres activités adoptées*

La rédaction ou la révision d'un article ou d'un ouvrage lié à la psychothérapie accepté pour publication ou publié dans une revue scientifique ou médicale avec comité scientifique ou révision par des pairs, jusqu'à un maximum de 45 heures par période de référence. Le médecin doit soumettre une copie de la publication ou de la preuve de son acceptation pour publication au Comité de développement professionnel continu et de remédiation du Collège préalablement à son approbation.

Les activités de formation continue relatives à la psychothérapie accréditées par un organisme américain de formation continue agréé par l'*Accreditation Council for Continuing Medical Education* (ACCME) constituent également des activités de formation adoptées par le Collège.

Enfin, les lectures personnelles sur la thématique de la psychothérapie, jusqu'à concurrence de 10 heures par période de référence, font partie des activités de formation adoptées par le Collège.

Le médecin qui souhaite obtenir la reconnaissance de toute autre activité en psychothérapie peut en faire la demande individuelle au comité de développement professionnel continu et de remédiation du Collège des médecins. Les demandes sont évaluées selon les critères suivants :

- ⇒ Les objectifs à atteindre et leur lien avec l'un ou l'autre des sujets, et avec l'un ou l'autre des quatre modèles théoriques d'intervention énoncés dans le programme de formation;
- ⇒ Les méthodes éducatives utilisées et décrites, si pertinentes, dans le programme et permettant l'atteinte des objectifs;
- ⇒ Le degré de participation active de l'auditoire, le cas échéant;
- ⇒ Le respect par l'organisation d'un code de déontologie reconnu, le cas échéant.

Un maximum de 45 heures peut ainsi être reconnu par période de référence de cinq ans à titre d'activités de formation adoptées par le Collège des médecins au sens du deuxième alinéa de l'article 3 du *Règlement*.

Déclaration des activités

Pour permettre aux médecins de déclarer leurs activités de formation continue en psychothérapie, le Collège a développé un formulaire de déclaration en ligne, accessible depuis 2013 dans l'espace sécurisé de chaque médecin sur le site Web du Collège. Les médecins y inscrivent les informations relatives à leurs activités de formation continue en psychothérapie permettant au Collège de s'assurer qu'elles répondent aux critères des activités reconnues.

Ils peuvent en tout temps accéder à ce site transactionnel pour y ajouter une nouvelle activité ou vérifier où ils en sont quant à l'atteinte de l'objectif de 90 heures de formation continue par période de référence de cinq ans.

Dans cette déclaration, le Collège recueille l'essentiel des informations nécessaires à la validation des activités auxquelles les médecins ont participé. Les informations colligées varient selon la catégorie d'activité déclarée. Selon la catégorie d'activité, ces informations portent sur :

Pour les activités d'apprentissage collectif

- ⇒ L'organisme responsable
- ⇒ Le sujet de l'activité
- ⇒ La date et la durée de l'activité

Pour les activités de supervision

- ⇒ L'identification du superviseur et du supervisé;
- ⇒ Le nombre d'heures et les modalités de la supervision (nombre de séances, durée,...);
- ⇒ Les objectifs de la supervision et les modalités d'évaluation de l'activité;
- ⇒ L'entente de supervision. Une copie de l'entente de supervision doit être transmise au comité de développement professionnel continu et de remédiation du Collège préalablement à l'approbation de l'activité. Pour les médecins qui ne l'ont pas prévu, le Collège a développé un gabarit d'entente de supervision transmis sur demande.

Pour les demandes de reconnaissance individuelles

- ⇒ Le nom et les coordonnées de l'organisme responsable de l'activité, le cas échéant;
- ⇒ Les détails du programme de formation incluant, le cas échéant, l'identification de l'activité de formation continue en psychothérapie et sa durée;
- ⇒ Les objectifs éducatifs spécifiques de l'activité en psychothérapie;
- ⇒ Un commentaire du médecin quant à l'impact de l'activité sur sa pratique.

C'est le comité de développement professionnel continu et de remédiation du Collège qui, conformément à son mandat, est responsable de superviser et d'encadrer l'application du *Règlement*, notamment en évaluant les demandes de reconnaissance de certaines activités de formation.⁷

^M Mandat du comité de développement professionnel continu et de remédiation, <http://www.cmq.org/page/fr/comite-dpc.aspx>

Quelques constats durant la période

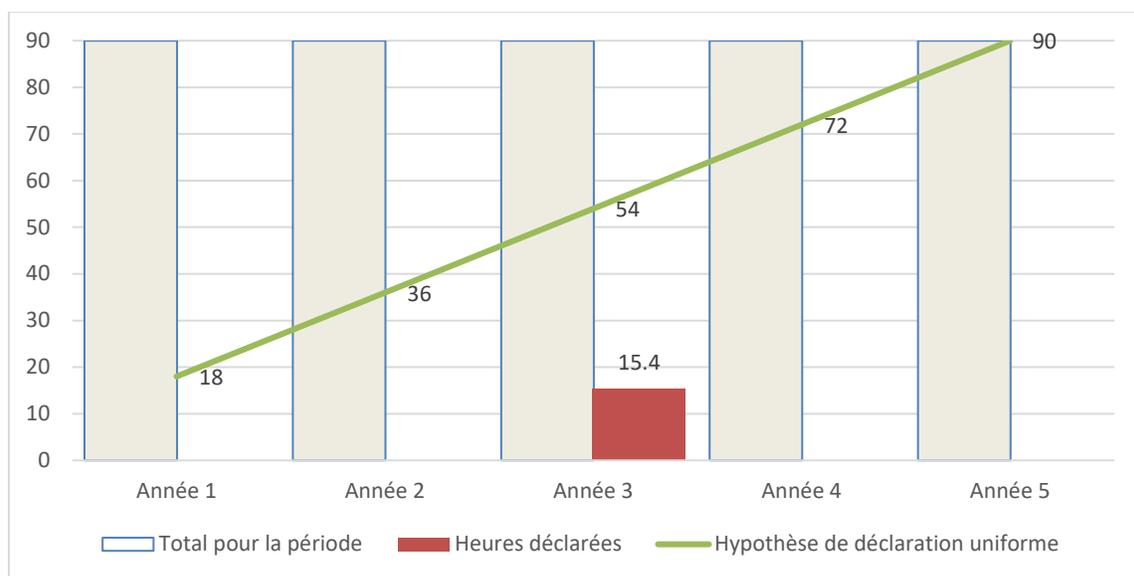
Portrait des déclarations à mi-parcours de la première période

En date du 10 octobre 2014, seuls 329 médecins parmi les 854 ayant alors déclaré exercer la psychothérapie avaient inscrit des heures de formation continue en psychothérapie. C'est donc dire que 525 médecins, soit 61 %, n'avaient toujours pas déclaré d'heures de formation en psychothérapie au Collège.

À ce moment, le Collège n'a pas sondé les médecins exerçant la psychothérapie pour comprendre cet état de fait et vérifier si les médecins faisaient défaut de participer à des activités de formation continue ou s'ils faisaient simplement défaut de les déclarer.

Le graphique 1 compare le nombre moyen d'heures accumulées en date du 10 octobre 2014 par les médecins exerçant la psychothérapie avec le nombre hypothétique qu'ils auraient dû avoir, selon un scénario de répartition uniforme des heures effectuées sur cinq ans.

Graphique 1 – Nombre d'heures déclarées à mi-parcours, comparées au nombre d'heures requises pour la période



Portrait des déclarations en février 2017

Le Collège a refait le point sur les seuils de déclaration des activités de formation continue en psychothérapie le 28 février 2017, quelques mois avant la fin de la période. À cette date, 1 160 médecins avaient déclaré exercer la psychothérapie.

Le tableau 1 illustre la situation constatée : à quelques mois de la fin de la période de référence, le nombre moyen d'heures accumulées était de 62.8 heures (alors que selon l'hypothèse de déclaration uniforme, il aurait dû être de 94 heures). Près de 60 % des médecins n'avaient

toujours pas atteint l'objectif visé et un nombre important d'entre eux (34 %) n'avaient encore déclaré aucune activité de formation dans l'application prévue à cet effet.

Tableau 3 – Nombre d'heures déclarées à mi-parcours, comparées au nombre d'heures requises pour la période

| | Année de déclaration d'exercice de la psychothérapie | | | | |
|-------------------------------------|--|------|------|------|------|
| | 2012 | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 |
| Nombre de médecins | 816 | 12 | 186 | 72 | 54 |
| Objectif d'heures de FC requises | 90 | 72 | 54 | 36 | 18 |
| Objectif périodique * | 84 | 66 | 48 | 30 | 12 |
| Moyenne d'heures déclarées | 62 | 66 | 41 | 25 | 9 |
| % qui n'ont pas atteint l'objectif | 59 % | 42 % | 59 % | 62 % | 69 % |
| % qui n'ont déclaré aucune activité | 31 % | 17 % | 36 % | 46 % | 63 % |

* L'objectif périodique correspond au nombre d'heures que le médecin devrait avoir déclaré à cette date, selon une hypothèse de déclaration uniforme (18 heures/année) des activités durant toute la période de référence.

Pour tenter de comprendre la situation, le Collège a effectué un sondage non scientifique auprès de médecins exerçant la psychothérapie. Cet exercice a permis de répertorier les principales raisons invoquées par les médecins pour expliquer leur retard dans la compilation de leurs heures de formation. Parmi celles-ci, il faut souligner les suivantes :

- Des médecins ont dit ne pas avoir pris le temps ou oublié de déclarer leurs activités ;
- Des médecins ont indiqué au Collège qu'ils n'exerçaient pas la psychothérapie au sens du *Règlement*, malgré le fait qu'ils l'aient déclaré au Collège;
- Des médecins ont mentionné ne pas bien comprendre les exigences du *Règlement*, n'ayant pas compris qu'ils devaient déclarer leurs activités;
- Des médecins ont mentionné leur manque d'habiletés à saisir les informations requises dans la plateforme de déclaration en ligne.

Sur la base de ces constats, le Collège a adressé une infolettre ciblée aux médecins ayant déclaré exercer la psychothérapie afin de leur transmettre les recommandations suivantes :

- 1) Pour les médecins n'ayant pas pris le temps d'inscrire leurs activités de formation ou considérant que la période de référence n'est pas encore échue, il convient de rappeler que nous sommes à seulement 4 mois de l'échéance.
- 2) Pour tous les médecins ne pratiquant pas ou plus la psychothérapie au sens du *Règlement*, il est nécessaire de communiquer dans les meilleurs délais avec le Collège pour procéder au retrait de leur nom de la liste des médecins exerçant la psychothérapie.
- 3) Pour les médecins méconnaissant les exigences du Collège ou se posant des questions, il est à noter qu'ils peuvent communiquer avec la Direction de l'amélioration de l'exercice pour un support personnalisé et adapté à leurs besoins.

Quelques constats au terme de la première période

Au terme de la première période, nous constatons que les médecins, n'ayant pas d'obligation annuelle de participation à des activités de formation continue en psychothérapie, ont eu une très forte tendance à attendre les derniers mois de la période pour inscrire leurs activités. Notons, à ce sujet, qu'en octobre 2014, ce qui correspond, à quelques mois près, à la mi-temps de la période, que plus de 50 % des médecins n'avaient déclaré aucune activité de formation continue.

Notons également qu'en février 2017, soit quatre mois avant la fin de la période, le nombre moyen d'heures déclarées était de 62.8 heures. Quelque 60 % des médecins n'avaient toujours pas atteint l'objectif visé et un nombre important d'entre eux (34 %) n'avaient pas encore inscrit d'heures de formation dans l'application prévue à cet effet.

À la suite de l'intervention de février 2017, 80 médecins ont informé le Collège qu'ils n'exerçaient pas la psychothérapie au sens du *Règlement*.

Suivi des déclarations de formation continue

Au 30 juin 2017, 1 080 médecins avaient des obligations de formation continue en psychothérapie.

Le 4 juillet 2017, le Collège adressait un courriel à tous les médecins qui n'avaient pas complété leur déclaration de formation continue pour leur rappeler qu'ils avaient jusqu'au 31 juillet pour ce faire, ou, dans le cas où ils n'exerceraient pas la psychothérapie au sens du *Règlement*, d'en informer le Collège.

Le 1^{er} août 2017, le Collège adressait une lettre à 161 d'entre eux afin de les informer de leur défaut de s'être conformés à leurs obligations en matière de formation continue en psychothérapie, et qu'ils devaient corriger ce défaut avant le 31 décembre 2017. La lettre indiquait également qu'à défaut de se conformer aux exigences du *Règlement* avant cette date, leur dossier serait transmis au Conseil d'administration du Collège qui pourrait, lors de sa séance du 23 janvier 2018, limiter leur exercice pour en exclure les activités de psychothérapie.

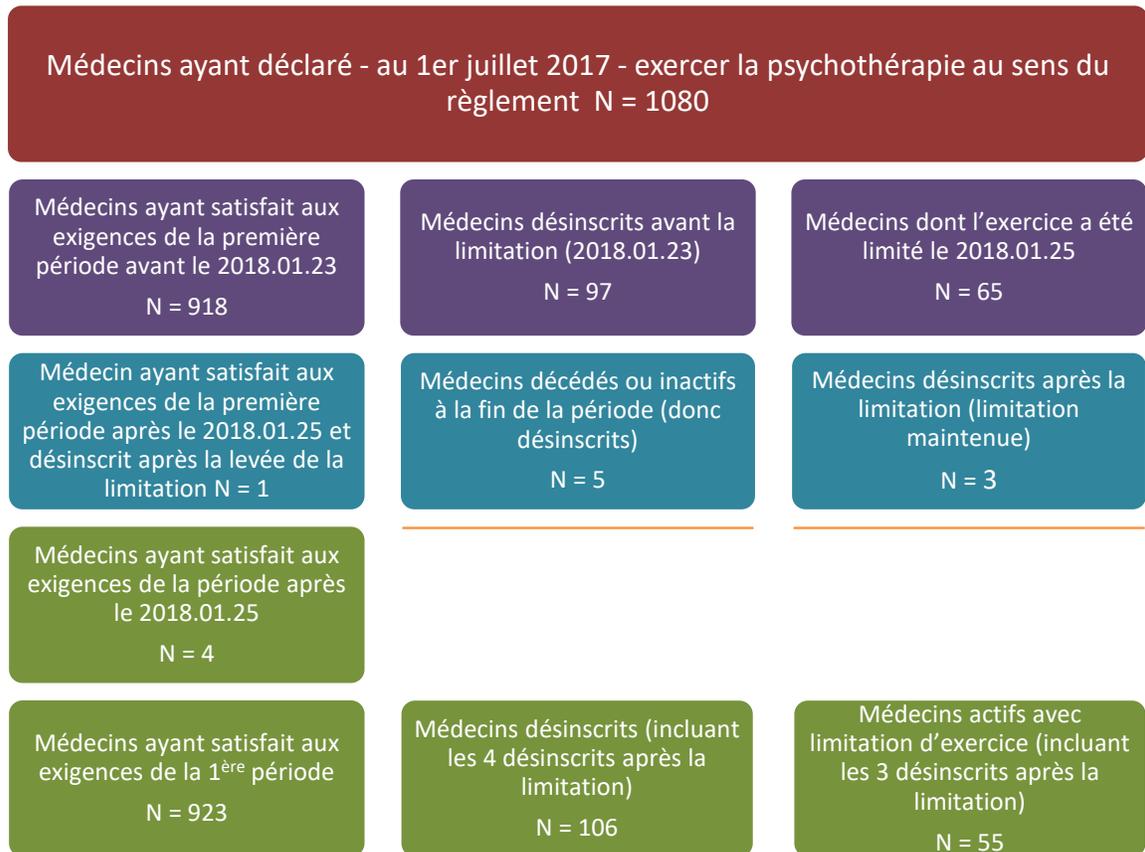
Entre le 1^{er} août 2017 et le 23 janvier 2018, 96 médecins se sont conformés à leurs exigences en matière de formation continue ou ont informé le Collège qu'ils n'exerçaient pas la psychothérapie.

Ainsi, le 23 janvier 2018, les dossiers des 65 médecins faisant toujours défaut de se conformer aux exigences du *Règlement* ont été transmis au Conseil d'administration du Collège et leur exercice a été limité afin d'en exclure la psychothérapie.

Depuis cette décision du Conseil d'administration, 5 médecins ont corrigé leur défaut et satisfait aux exigences du *Règlement* pour la première période de référence, et 5 sont décédés ou ne sont plus membres du Collège. De sorte qu'au moment de produire ce rapport, en juillet 2019, 55 médecins sont toujours sous l'effet d'une limitation de leur exercice qui leur interdit d'exercer la psychothérapie.

Le tableau 4 fait état de la répartition, selon leur statut, des 1 080 médecins ayant déclaré exercer la psychothérapie à la fin de la première période.

Tableau 4 – Suivi des médecins exerçant la psychothérapie à la fin de la première période de référence



Évaluation qualitative des déclarations de formation continue

La première période de référence (juillet 2012 – juin 2017) a été une période d'implantation au cours de laquelle les médecins ont déclaré leurs activités de formation continue en psychothérapie sans que la validité de leur déclaration soit remise en cause, que ce soit par des analyses de validité interne de la plateforme ou par la vérification des déclarations auprès d'un échantillon aléatoire de médecins.

Au terme de la première période de référence, le comité de développement professionnel continu du Collège a pris le temps d'un regard dans le rétroviseur afin de vérifier si :

- ⇒ Les informations diffusées dans le document *Modalités relatives à la formation continue en psychothérapie* étaient suffisamment claires pour permettre aux médecins de déclarer adéquatement leurs activités de formation continue;
- ⇒ Le libellé des activités adoptées par le Collège requérait une mise à jour pour mieux distinguer les activités admissibles de celles qui ne sont pas et pour préciser, au besoin, le nombre d'heures maximum admissibles par période de référence;
- ⇒ Les activités déclarées via la plateforme transactionnelle étaient conformes aux exigences des activités adoptées par le Collège;
- ⇒ La plateforme transactionnelle était conçue de manière à éviter que des médecins y inscrivent des activités non admissibles.

Une évaluation informelle des activités de formation continue inscrite par les médecins dans la plateforme transactionnelle durant la première période a permis de constater que certaines améliorations étaient souhaitables pour faciliter le suivi des activités de la 2^e période de référence, eu égard, entre autres :

- ⇒ Aux activités accréditées par un organisme canadien ou américain où l'on a constaté que :
 - L'inscription, dans cette section, permettait l'entrée d'activités non accréditées ou accréditées par un organisme autre que ceux prévus au règlement (CMFC, Collège royal, ACCME)
- ⇒ Aux activités de supervision en psychothérapie où l'on a constaté que :
 - Certains superviseurs pouvaient ne pas répondre pas à tous les critères établis
- ⇒ Aux cours universitaires crédités, alors que :
 - Certains cours pouvaient ne pas correspondre pas aux critères établis
- ⇒ La rédaction d'article scientifique sur la psychothérapie puisque :
 - Certains articles étaient déclarés avant d'avoir été acceptés pour publication ou publiés

À la suite de ces constats, des modifications ont été apportées à la déclaration en ligne et au document *Modalités de formation continue en psychothérapie*, dont la dernière version a été adoptée par le Conseil d'administration du Collège en avril 2018.

Quelques défis

Dresser le portrait de la pratique de la psychothérapie à l'extérieur des centres urbains

À l'image de l'ensemble de la profession médicale, la grande majorité des médecins qui exercent la psychothérapie se retrouvent dans des grands centres urbains ou des régions universitaires.

Bien que nous ne puissions revenir en arrière et regarder quel était l'état de la situation au 30 juin 2017, à la fin de la première période, le tableau 5 indique la répartition, par région administrative des 1 034 médecins déclarant exercer la psychothérapie au 31 mars 2019. Ce tableau nous permet de constater que près de 80 % de ces médecins exercent dans une région comprenant un grand centre urbain, sans que l'on puisse dire, cependant, s'ils exercent ou non à proximité des milieux de formation.

Tableau 5 – Répartition, par région administrative, des médecins exerçant la psychothérapie au 31 mars 2019

| Régions administratives | Nombre de médecins |
|--------------------------------------|--------------------|
| 01 – Bas-Saint-Laurent | 19 |
| 02 – Saguenay – Lac-Saint-Jean | 18 |
| 03 – Capitale-Nationale | 135 |
| 04 – Mauricie | 22 |
| 05 – Estrie | 48 |
| 06 – Montréal | 414 |
| 07 – Outaouais | 30 |
| 08 – Abitibi-Témiscamingue | 17 |
| 09 – Côte-Nord | 7 |
| 10 – Nord-du-Québec | 3 |
| 11 – Gaspésie – Îles-de-la-Madeleine | 14 |
| 12 – Chaudière-Appalaches | 41 |
| 13 – Laval | 26 |
| 14 – Lanaudière | 42 |
| 15 – Laurentides | 36 |
| 16 – Montérégie | 138 |
| 17 – Centre-du-Québec | 17 |
| Hors Québec | 7 |
| Total | 1034 |

Puisque le Collège n'offre pas d'activités de formation continue en psychothérapie et n'accrédite pas de formateurs, il n'est pas possible de discuter de l'offre de formation continue à l'extérieur des grands centres urbains. Le Collège ne détient aucune donnée sur cet aspect spécifique.

Il faut cependant noter qu'en psychothérapie, une partie importante de la formation continue se fait par le biais d'activités de supervision, organisées sur une base individuelle par le psychothérapeute superviseur et celui est supervisé.

Il faut également souligner l'offre grandissante de formations en ligne, qui annihile le concept de distance entre le formateur et le participant.

Enfin, il faut souligner que la question de l'accessibilité à des activités de formation à l'extérieur des centres urbains ne semble pas avoir constitué un enjeu pour les médecins exerçant la psychothérapie, puisqu'il n'a pas été porté à notre attention comme embûche possible à l'atteinte des objectifs fixés par le *Règlement*.

Évaluer la qualité de l'exercice en psychothérapie

L'obligation de formation continue en psychothérapie a-t-elle contribué à l'amélioration des pratiques dans cette discipline ?

Pour répondre à cette question, il aurait fallu, dans un premier temps, avoir pris la mesure de la qualité de l'exercice de la psychothérapie par les médecins avant l'entrée en vigueur du *Règlement* et des obligations en matière de formation continue.

Le comité d'inspection professionnelle du Collège des médecins met en place des programmes de visites d'inspection professionnelle déterminés en fonction d'indicateurs identifiant des médecins potentiellement à risque de présenter des difficultés ou de ne pas respecter divers règlements du Collège des médecins du Québec. Les médecins exerçant la psychothérapie n'ont jamais fait l'objet d'un programme d'inspection professionnelle particulier, ni avant l'entrée en vigueur du *Règlement* ni depuis lors, puisqu'aucun indicateur n'a permis de les cibler comme tant un groupe de médecins potentiellement à risque de présenter des difficultés particulières.

Ce qui n'exclut pas que certains médecins exerçant la psychothérapie aient fait l'objet d'une visite d'inspection professionnelle dans le cadre de l'un ou l'autre des programmes mis en place par le comité d'inspection professionnelle.

Le Collège ne dispose donc pas de programme ou d'indicateurs cliniques spécifiques qui permettraient de se prononcer sur le lien entre la formation continue obligatoire en psychothérapie et la qualité de la pratique dans ce domaine d'exercice.

Il faut cependant souligner que depuis plus de dix ans, le Collège procède à l'évaluation de la compétence des médecins psychiatres à l'aide d'une entrevue orale structurée.

Bien que cet outil n'évalue pas spécifiquement la qualité de l'exercice en psychothérapie, il évalue l'ensemble des compétences attendues des psychiatres. L'entrevue en psychiatrie se déroule devant deux évaluateurs pairs. Une dizaine de vignettes cliniques de problèmes courants rencontrés et identifiés par un comité de pairs, incluant des patients simulés, sont présentées au psychiatre. L'entrevue se déroule durant une journée et chacune des étapes de la démarche clinique est évaluée, soit : le questionnaire, l'examen mental, le diagnostic, l'investigation, le plan de traitement, l'évaluation de l'urgence de la situation, le suivi et les aspects administratifs et réglementaires. Ces évaluations n'ont permis de relever des problèmes de qualité spécifiques à la psychothérapie.

S'assurer du respect du règlement pendant la période de référence

Collaboration avec les partenaires

Au moment de l'adoption du *Règlement*, le Collège a tenu de multiples rencontres d'information avec des groupes de médecins, notamment avec les représentants de l'Association des médecins psychiatres du Québec (AMPQ) et de la Fédération des médecins omnipraticiens (FMOQ), de même qu'avec les membres du Conseil québécois de développement professionnel continu des médecins du Québec (CQDPCM). Il a également établi une étroite collaboration avec l'Ordre des psychologues du Québec pour s'assurer d'une compréhension commune des enjeux liés à l'application du *Règlement*. Le Collège a également consulté ces groupes au moment où il a établi les *Modalités relatives à la formation continue en psychothérapie*, qui incluent notamment la liste des activités reconnues aux fins de l'application du *Règlement*.

La collaboration avec le CQDPCM a notamment permis de mettre en place un système qui permet au médecin qui participe à une activité de formation continue de savoir combien d'heures, parmi l'ensemble de la formation suivie, répondent aux exigences du *Règlement*.

Communication avec les médecins

Comme détaillé précédemment, le Collège a communiqué à de nombreuses reprises avec ses membres afin de les informer des nouvelles obligations à respecter par ceux d'entre eux qui exercent la psychothérapie. De plus, à chaque année, au moment de la déclaration annuelle, les médecins ont dû répondre à une question relative à l'exercice de la psychothérapie permettant d'établir la liste des médecins exerçant la psychothérapie.

Suivi de la facturation d'activités de psychothérapie

Toutes les questions relatives à la rémunération des médecins, qu'il s'agisse de la psychothérapie ou de tout autre domaine de la médecine, ne sont pas du ressort du Collège des médecins. Il s'agit d'enjeux relevant spécifiquement de la Régie d'assurance maladie du Québec (RAMQ) et des fédérations médicales.

Les questions relatives aux modalités de facturation des services de psychothérapie devraient donc être adressées à l'un ou l'autre de ces organismes.

Soulignons cependant qu'il existe de nombreuses modalités de facturation des activités médicales, qui peuvent ou non, selon les situations, inclure des services de psychothérapie. À cet égard, on pourrait mentionner les modes de rémunération des médecins omnipraticiens (à l'acte, à taux horaire, à vacation ou à salaire), tout autant que ceux des médecins spécialistes (rémunération à l'acte, rémunération mixte ou autre). Bien malin qui pourra dire, à travers toute cette nomenclature, qui sont les médecins facture des activités qui relèvent de la psychothérapie.

Sans compter que la rémunération d'un acte de « psychothérapie » peut être utilisé par un médecin pour facturer une intervention de type « thérapie de soutien », qui ne répond pas à la définition de la psychothérapie faite par le règlement.

S'assurer du respect du règlement au terme de la période de référence

Comme indiqué précédemment, au terme de la période de référence, le Collège a informé les médecins n'ayant pas déclaré un nombre d'heures suffisant de formation continue en

psychothérapie de leur défaut et leur a donné un délai raisonnable pour corriger la situation et, ainsi, satisfaire aux exigences du *Règlement*.

Le 23 janvier 2018, le Conseil d'administration du Collège a limité l'exercice des 65 médecins (parmi les 1 080 médecins ayant déclaré exercer la psychothérapie) et a inscrit cette limitation dans le dossier professionnel de chacun de ces médecins, de sorte que cette limitation fait partie des informations publiques du tableau des membres.

Il faut noter que le tableau des membres, incluant toutes les informations publiques qui y sont attachées, sont partagées avec certains de nos partenaires, et notamment avec le Régie de l'assurance maladie du Québec.

Depuis qu'ils ont vu leur exercice limité, les médecins qui ont voulu faire lever cette limitation ont dû corriger leur défaut et démontrer au Collège, attestations à l'appui, qu'ils avaient effectivement participé à un nombre de formation continue en psychothérapie leur permettant de répondre aux exigences du *Règlement* pour la première période.

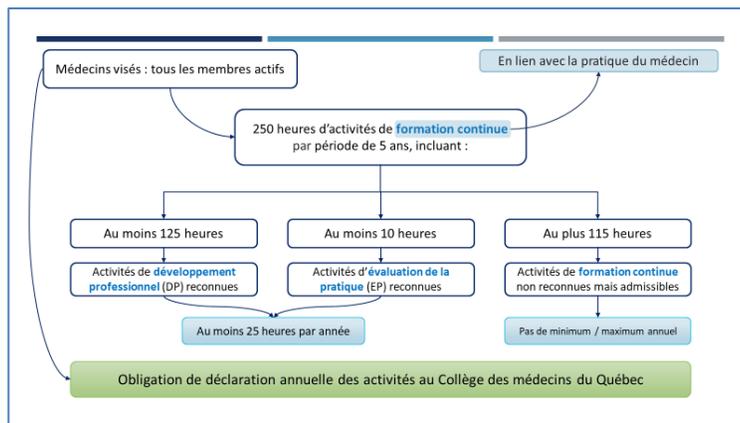
Les détails du suivi de cette cohorte apparaissent au tableau 4 (page 16 du document).

Une opportunité – Regarder vers l’avenir

Entrée en vigueur du *Règlement sur la formation continue obligatoire des médecins*

Le 1^{er} janvier 2019 marque l’entrée en vigueur du *Règlement sur la formation continue obligatoire des médecins*⁸. C’est donc depuis cette date que tous les médecins ont l’obligation de participer à des activités de formation continue et d’en faire la déclaration au Collège des médecins du Québec.

Les exigences du règlement en un coup d’œil



Les obligations des médecins en matière de formation continue

Les médecins doivent cumuler au moins 250 heures d’activités de formation continue par période de référence de cinq ans. Ces heures de formation continue doivent comprendre :

- Au moins 125 heures d’activités de développement professionnel reconnues;
- Au moins 10 heures d’activités d’évaluation de l’exercice reconnues; et
- Au plus 115 heures d’activités de formation continue non reconnues mais admissibles.

Ces activités doivent permettre au médecin d’acquérir, de maintenir, de mettre à jour ou d’améliorer ses compétences professionnelles et, à cet effet, elles doivent avoir un lien avec son exercice professionnel.

- La période de référence est la même pour tous les médecins, peu importe le moment, au cours de la période, à compter duquel ils deviennent membre actif ou cessent de l’être.
- La première période de référence a débuté le 1^{er} janvier 2019 et se terminera le 31 décembre 2023.

Chaque année, tous les médecins doivent produire une déclaration de leur participation à des activités de formation continue. Cette déclaration doit indiquer le nom des activités qui ont été suivies au cours de l’année de la période de référence, le type d’activité, le sujet, la date, la durée et le nom de l’organisme qui l’a dispensée.

⁸ Code des professions (R.L.R.Q., c. C-26, a. 94, 1er al., par. o)

Vers une harmonisation des exigences ?

Puisque tous les médecins doivent dorénavant répondre à des exigences, en matière de formation continue, supérieures à celles fixées par le *Règlement sur le permis de psychothérapeute*, il y aurait peut-être lieu de se questionner sur la pertinence d'imposer, à quelque 1 000 des quelque 22 000 médecins du Québec une double obligation en matière de formation continue. Cette question s'avère légitime lorsque l'on considère les éléments suivants :

1. Les périodes de référence ne sont pas les mêmes dans les deux règlements

La période de référence du *Règlement sur la formation continue obligatoire des médecins* s'étend du 1^{er} janvier 2019 au 31 décembre 2023, tandis que celle du *Règlement sur le permis de psychothérapeute* se terminera le 30 juin 2022, soit 18 mois plus tôt. Cette disparité entre les périodes a des effets délétères importants tant pour les médecins qui exercent la psychothérapie que pour le Collège.

Pour le médecin, cette situation l'oblige à suivre de près ses obligations selon deux systèmes et deux calendriers distincts. Il pourrait donc se trouver dans une situation où, à moins d'un suivi serré, il se trouverait en défaut selon l'un des deux calendriers malgré toute sa bonne volonté de maintenir ses compétences à jour.

Le Collège, de son côté, se voit dans l'obligation de maintenir deux systèmes de déclaration et de suivi des médecins ne respectant pas leurs obligations, encore là selon deux calendriers différents. Cette situation implique forcément un ajout de ressources informatiques et de ressources humaines afin de répondre aux attentes de l'Office des professions du Québec et du Législateur.

2. Les exigences ne sont pas les mêmes dans les deux règlements

D'un côté, un règlement requiert la participation à 250 heures par période de cinq ans à des activités en lien avec l'exercice. De l'autre, on requiert la participation à 90 heures par période de cinq ans à des activités en psychothérapie.

Le médecin exerçant la psychothérapie pourrait se dire, puisque les exigences du *Règlement sur la formation obligatoire des médecins* sont supérieures à celles du *Règlement sur le permis de psychothérapeute*, qu'il n'a qu'à respecter les exigences du premier pour satisfaire à celles du deuxième. Toutefois, rien n'est moins vrai, compte tenu de la disparité entre les débuts et fins des périodes.

Une opportunité d'efficience

À l'ère où les ressources médicales sont rares, et, dans un contexte plus large de saine gestion des ressources publiques ou parapubliques, où l'on demande à tous de faire plus et mieux avec moins, n'y aurait-il pas lieu de réfléchir à la pertinence maintenir un obligation pour plus de 1 000 médecins, qui se surajoute à celle qui leur est déjà faite de démontrer le maintien de leurs compétences par la participation à un nombre important (250 heures / cinq ans) d'activités de formation continue en lien avec leur exercice professionnel ?

Cette question, nous la soulevons en guise de conclusion à ce bilan du premier quinquennat d'application du *Règlement sur le permis de psychothérapeute*, et plus particulièrement de ses dispositions relativement à la formation continue obligatoire.

Annexe 2



L'exercice de la psychothérapie et des interventions qui s'y apparentent

Trouver la frontière entre les interventions
de différents professionnels et la psychothérapie



L'exercice de la psychothérapie et des interventions qui s'y apparentent

Trouver la frontière entre
les interventions de différents
professionnels et la psychothérapie

Ce document s'adresse aux professionnels et peut être utile aux autres intervenants, qu'ils offrent leurs services au sein d'organismes communautaires, dans le réseau public ou dans le cadre d'une pratique privée. Il s'adresse aussi aux gestionnaires et aux employeurs, responsables de l'organisation des services, de même qu'aux ordres professionnels qui ont pour mandat de protéger le public et de s'assurer que leurs membres interviennent dans le cadre de leur champ d'exercice respectif.

Table des matières

| | | |
|-----------|--|----|
| 1 | État de situation | 4 |
| 2 | Nature et usage du document | 6 |
| 3 | La psychothérapie | 7 |
| 4 | Les éléments constitutifs de la psychothérapie | 8 |
| | • Le premier élément constitutif : sa nature | 8 |
| | • Le deuxième élément constitutif : son objet | 10 |
| | • Le troisième élément constitutif : sa finalité | 10 |
| | Les champs d'exercice des différents professionnels | 11 |
| 5 | La présence déterminante des éléments constitutifs de la psychothérapie | 13 |
| 6 | Les interventions qui s'apparentent à la psychothérapie | 13 |
| 7 | Les groupes et les programmes de traitement divers | 15 |
| | • L'implication de co-intervenants | 15 |
| 8 | Diversité d'interventions, continuum et psychothérapie | 16 |
| 9 | La valeur relative des interventions | 17 |
| 10 | La complémentarité de la psychothérapie et des autres interventions | 17 |
| 11 | Des règles communes à respecter pour l'exercice de la psychothérapie | 18 |
| | • La portée et les limites de l'évaluation requise pour l'exercice de la psychothérapie | 18 |
| | L'évaluation initiale rigoureuse | 18 |
| | L'évaluation d'une personne atteinte d'un trouble mental ou neuropsychologique dans le cadre de l'exercice de la psychothérapie | 19 |
| 12 | Le temps consacré à la psychothérapie | 21 |
| 13 | Le consentement | 21 |
| 14 | L'utilisation d'outils ou de techniques | 21 |
| 15 | Les enjeux liés à la formation | 22 |

| | | |
|-----------|--|----|
| 16 | Questions d'ordre terminologique et conceptuel | 23 |
| | • Termes et expressions portant à équivoque | 23 |
| | Counseling | 23 |
| | Relation d'aide | 23 |
| | Thérapie | 23 |
| | Thérapie de soutien | 24 |
| | • Intervention neuropsychologique | 24 |
| | Remédiation cognitive | 25 |
| | • Interventions psychothérapeutiques | 25 |
| | Thérapie cognitivo-comportementale | 25 |
| | Thérapie de la cohérence ou neuropsychothérapie | 26 |
| | • Termes et expressions propres aux modèles théoriques cognitivo-comportementaux ... | 26 |
| | Croyance | 26 |
| | <i>Croyance fondamentale</i> | 26 |
| | <i>Croyance</i> au sens plus commun | 27 |
| | Schéma et thérapie des schémas | 27 |
| | Processus cognitifs | 28 |
| | Distorsion cognitive | 28 |
| | Exemples de <i>distorsion cognitive</i> | 28 |
| | Exposition | 29 |
| | Restructuration cognitive | 30 |
| | • Termes et expressions propres aux modèles théoriques humanistes | 31 |
| | Schème émotionnel | 31 |
| | • Termes et expressions propres aux modèles systémiques | 32 |
| | Construction et co-construction | 32 |
| | Croyances de base | 33 |
| | • Autres termes et expressions | 33 |
| | La pleine conscience (<i>mindfulness</i>) | 33 |
| | Rendre conscient, faire prendre conscience, conscientiser | 33 |

1

État de situation

Le 21 juin 2012 entraînent en vigueur les dispositions législatives relatives à l'encadrement de la psychothérapie (PL 21¹). Depuis, l'exercice de la psychothérapie et le titre de psychothérapeute sont réservés par la loi :

- aux membres du Collège des médecins du Québec (CMQ) et de l'Ordre des psychologues du Québec (OPQ) ;
- aux détenteurs du permis de psychothérapeute, membres de l'Ordre des conseillers et conseillères d'orientation du Québec (OCCOQ), de l'Ordre professionnel des criminologues du Québec (OPCQ), de l'Ordre des ergothérapeutes du Québec (OEQ), de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ), de l'Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec (OPPQ), de l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec (OTSTCFQ) et de l'Ordre professionnel des sexologues du Québec (OPSQ) ;
- aux détenteurs du permis de psychothérapeute non admissibles à un ordre professionnel, mais qui ont satisfait aux exigences des dispositions transitoires (« clause grand-père ») du *Règlement sur le permis de psychothérapeute*.

L'article 187.1 du *Code des professions* définit la psychothérapie 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.

C'est sur la base de cette définition légale qu'il faut s'appuyer pour déterminer si une intervention constitue ou non de la psychothérapie dans le contexte où différents professionnels² de la santé mentale et des relations humaines ont recours à une variété d'interventions, relativement à leur champ d'exercice, qui peuvent parfois s'apparenter à la psychothérapie. Depuis l'entrée en vigueur de la loi, on constate dans certains milieux que des professionnels hésitent à recourir à ce type d'intervention de peur de contrevenir à la loi, alors qu'à l'inverse d'autres exercent la psychothérapie sans le savoir et sans y être autorisés. De plus, le PL 21 pose des défis dans certains milieux, notamment au sujet de l'embauche et de l'affectation des professionnels et autres intervenants pour répondre aux besoins de santé mentale de la population tout en respectant la loi.

¹ L'expression PL 21 est utilisée dans ce document considérant qu'elle est couramment employée pour référer à la *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines*. Certains utilisent *Loi 28* pour y référer, d'autres vont s'appuyer plutôt sur le *Code des professions* ou encore sur le *Règlement sur le permis de psychothérapeute* lorsqu'il s'agit plus précisément de psychothérapie.

² Le terme *professionnel* est utilisé dans ce document pour désigner les membres des ordres professionnels et aussi, quand il est question de l'exercice de la psychothérapie, les psychothérapeutes compétents non admissibles à un ordre professionnel (PCNA).

1

État de situation (suite)

Conscients de ces enjeux, les ordres professionnels dont les membres peuvent exercer la psychothérapie ont pris l'initiative de créer un comité de travail pour se pencher sur les questions que soulève la réserve de la psychothérapie. Ce document a pour objectif de distinguer de façon plus opérationnelle la psychothérapie des autres interventions comprises dans le champ d'exercice des professionnels de la santé mentale et des relations humaines, de sorte que le public ait accès à des soins et services appropriés.

Les travaux de ce comité de travail se sont échelonnés sur plus de deux ans. Y ont participé des représentants du CMQ, de l'OCQ, de l'OEQ, de l'OIIQ, de l'OPPQ, de l'OPQ, de l'OTSTCFQ et de l'OPSQ. L'OPCQ a été invité à se joindre à ce groupe peu après sa création, mais il ne lui a pas été possible de participer aux travaux. Au gré des besoins du groupe de travail, les représentants des ordres professionnels ont été accompagnés d'un de leurs membres titulaires du permis de psychothérapeute et ils ont consulté leurs experts en certaines occasions.



2

Nature et usage du document

La psychothérapie et les interventions qui s'y apparentent peuvent être difficiles à départager, notamment parce que, dans le cadre d'un processus psychothérapeutique, on peut avoir recours à différentes interventions qui sont de l'ordre du soutien, de l'accompagnement et de l'éducation. Cela tient aussi au fait que de mêmes outils ou techniques sont utilisés tant en psychothérapie que dans le cadre d'autres interventions.

Avant que la psychothérapie ne soit réservée à certains professionnels, on ne réalisait pas autant l'importance de distinguer la psychothérapie des interventions qui s'y apparentent. Depuis l'entrée en vigueur des dispositions législatives relatives à l'encadrement de la psychothérapie, cet exercice s'avère essentiel pour deux raisons principales :

- aider les professionnels qui ne sont pas autorisés à exercer la psychothérapie à trouver où se situe la frontière entre les interventions qu'ils sont autorisés à offrir et la psychothérapie ;
- aider les professionnels, autorisés ou non, à comprendre qu'il n'y a pas nécessairement exercice de la psychothérapie quand on utilise des interventions qui peuvent s'intégrer dans le cadre d'un processus psychothérapeutique ou encore quand on a recours à des outils ou techniques dont l'usage est indiqué en psychothérapie.

Ce document propose par conséquent de :

- préciser sur le plan clinique comment s'applique la définition de la psychothérapie ;
- opérationnaliser les concepts de traitement psychologique et de changements significatifs prévus à la définition de la psychothérapie ;
- donner des exemples d'interventions que font différents professionnels, sous forme de vignettes cliniques³, et d'illustrer les différences entre celles-ci et la psychothérapie.

Ce document ne propose pas un cadre de pratique et il ne doit pas servir de guide de pratique ou de « manuel » portant sur l'exercice de la psychothérapie ou d'autres interventions.

³ La version actuelle de ce document ne contient pas les vignettes annoncées, puisque celles-ci sont en cours d'élaboration.

3

La psychothérapie

Au Québec, on a écarté la possibilité de créer la profession de psychothérapeute ou de faire de la psychothérapie un champ d'exercice spécifique dans la perspective d'encadrer l'exercice de cette activité professionnelle. Il a plutôt été décidé de considérer la psychothérapie comme une activité à haut risque de préjudice qu'il était nécessaire de réserver à certains professionnels, selon des conditions particulières aux fins de la protection du public.

Comme dit précédemment, c'est sur la définition légale de la psychothérapie qu'il faut s'appuyer pour déterminer si une intervention constitue ou non de la psychothérapie :

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.

Il se dégage de cette définition essentiellement trois grands éléments qui sont constitutifs de la psychothérapie et un quatrième qui évoque ce qu'elle n'est pas, comme l'illustre le tableau 1.

Tableau 1 • La psychothérapie

| | | |
|----------|------------------------------------|--|
| 1 | Sa nature | Traitement psychologique |
| 2 | Son objet | Pour un trouble mental, pour des perturbations comportementales ou pour tout autre problème entraînant une souffrance ou une détresse psychologique |
| 3 | Sa finalité (ses objectifs) | 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 |
| 4 | Ce qu'elle n'est pas | Ce traitement va au-delà d'une aide visant à faire face aux difficultés courantes ou d'un rapport de conseils ou de soutien. |

La méthode retenue pour déterminer si une intervention constitue ou non de la psychothérapie demande que l'on recherche et démontre la présence simultanée des trois éléments constitutifs.

4

Les éléments constitutifs de la psychothérapie

Le premier élément constitutif : sa nature

[...] un traitement psychologique [...]

Les échanges et discussions du groupe de travail et les constats sur le terrain démontrent que c'est le premier élément constitutif de la psychothérapie, le *traitement psychologique*, qui départage sur le plan clinique la psychothérapie des interventions qui s'y apparentent et qui sont exercées par les autres professionnels en santé mentale et en relations humaines. Il faut comprendre qu'il ne suffit pas de dire qu'un *traitement psychologique* n'est ni physique ni pharmacologique pour en saisir la nature, car plusieurs interventions de nature psychologique ne peuvent être considérées comme un traitement psychologique. En effet, l'expression *intervention psychologique* a un sens générique et renvoie à un ensemble d'activités dont font partie la psychothérapie et les différentes interventions qui s'y apparentent. Par ailleurs, les interventions psychologiques ne sont pas non plus exclusives à une profession. Elles peuvent en effet être réalisées par différents professionnels dans le cadre de leur champ d'exercice respectif.

Quant au traitement psychologique, il se distingue des autres interventions psychologiques du fait qu'il porte sur ce qui organise et régule le fonctionnement psychologique et mental de la personne. La conceptualisation et l'opérationnalisation de ce qui organise et régule la personne sur ce plan très spécifique varient alors selon qu'on se réfère à un modèle théorique ou à un autre.

Le traitement *psychologique* est une intervention qui porte sur ce qui organise et régule le fonctionnement psychologique et mental de la personne. La conceptualisation et l'opérationnalisation de ce qui organise et régule ce fonctionnement varient alors selon qu'on se réfère à un modèle théorique ou à un autre.

Il y a lieu de rappeler ici que la loi précise que le professionnel autorisé à exercer la psychothérapie doit le faire en respectant certaines règles de bonnes pratiques, notamment appuyer l'exercice de la psychothérapie sur des modèles théoriques scientifiquement reconnus. Or on sait qu'il existe plusieurs modèles, et l'article 1 du *Règlement sur le permis de psychothérapeute* de l'Office des professions fait référence à quatre grands ensembles de modèles que doivent minimalement connaître les professionnels pour exercer la psychothérapie, soit les modèles psychodynamiques, les modèles cognitivo-comportementaux, les modèles systémiques et les théories de la communication, et les modèles humanistes. Donc, dans la perspective d'opérationnaliser le concept de *traitement psychologique*, le groupe de travail a jugé pertinent de s'appuyer sur ces quatre grands ensembles de modèles d'intervention.

En vertu de ces modèles, le *traitement psychologique* se présente de diverses façons et s'appuie notamment sur la théorie du développement et du fonctionnement psychologique et mental que propose chacun des modèles. Ces théories permettent de comprendre ce que sont les difficultés ou troubles d'ordre psychologique et mental et ce qui les cause.

Mise en garde : Les termes et expressions utilisés dans le tableau 2 sont rattachés chacun à un des modèles théoriques et ce sont ces modèles qui leur donnent le sens particulier qu'il faut ici retenir. Les mêmes termes ou expressions pourraient signifier autre chose dans d'autres contextes (voir à cet égard la section de ce document qui porte sur les questions d'ordre terminologique et conceptuel). De plus, les listes à puces dans la colonne de droite ne présentent que quelques exemples représentatifs d'éléments sur lesquels le travail psychothérapeutique pourrait porter pour chacun des quatre grands ensembles de modèles théoriques. Les listes ne sont pas exhaustives et il ne faut pas considérer qu'il se trouve dans le tableau 2 tout ce qu'il faut pour comprendre ce que propose chacun des quatre grands ensembles de modèles en matière de théorie du développement et du fonctionnement psychologique et mental.

Tableau 2 • Ce qui organise et régle le fonctionnement psychologique et mental de la personne en fonction des modèles théoriques

| Modèle théorique | Quelques exemples représentatifs |
|---|---|
| Les modèles psychodynamiques | <ul style="list-style-type: none"> • le système conscient, préconscient et inconscient ; • la dynamique inconsciente pulsion/défense ; • les conflits intrapsychiques à la source des symptômes ; • le processus de mentalisation et la représentation mentale ; • le fantasme et ses représentations conscientes. |
| Les modèles cognitivo-comportementaux | <ul style="list-style-type: none"> • les processus cognitifs, y inclus la distorsion cognitive⁴, qui servent à traiter l'information, à la comprendre et à l'interpréter, qui sont à la source notamment des pensées automatiques et des comportements, lesquels sont en interaction et en interrelation avec les cognitions, les sensations (ressentis) et les émotions ; • les croyances fondamentales et les schémas cognitifs⁵ qui conditionnent les pensées automatiques, les réactions émotionnelles, les sensations et les comportements qui sont à la source de la souffrance et qui la maintiennent. |
| Les modèles systémiques et les théories de la communication | <p>considérant les interrelations entre différents sous-systèmes qui sous-tendent et maintiennent l'équilibre du système (couple, famille, groupes, institutions et autres) :</p> <ul style="list-style-type: none"> • le fonctionnement du sous-système individu, eu égard notamment : <ul style="list-style-type: none"> - aux règles intériorisées ; - aux rôles qui découlent des règles intériorisées et qui sont joués de manière non consciente ; - à la différenciation de soi de base, différenciation par rapport à l'ensemble des membres et du fonctionnement du système ; - aux croyances de base⁶ : les constructions et co-constructions⁷ mentales de la personne à son sujet, ses constructions et co-constructions du monde, d'elle-même et des relations qu'elle entretient avec les autres ; - à la résonance qui émerge des constructions et co-constructions sur le vécu de la personne dans l'ici et maintenant. |
| Les modèles humanistes | <ul style="list-style-type: none"> • le soi authentique et les entraves à son actualisation sur le plan du fonctionnement psychologique et mental ; • le processus de conscience de la réalité interne, de l'expérience de soi et ses ruptures sur le plan du fonctionnement psychologique et mental ; • la conscience d'aspects de soi inavoués, insoupçonnés, niés ou distordus, d'aspects conflictuels de l'expérience subjective interne ; • l'angoisse existentielle ou primaire ; • les schèmes émotionnels⁸. |

⁴ Conformément à la définition qu'on en donne dans la section de ce document qui traite des questions d'ordre terminologique et conceptuel.

⁵ Conformément aux définitions qu'on en donne dans la section de ce document qui traite des questions d'ordre terminologique et conceptuel.

⁶ Conformément à la définition qu'on en donne dans la section de ce document qui traite des questions d'ordre terminologique et conceptuel.

⁷ Les modèles systémiques réfèrent aux concepts de construction et de co-construction, l'un n'allant pas sans l'autre. Voir les définitions qu'on en donne dans la section de ce document qui traite des questions d'ordre terminologique et conceptuel.

⁸ Conformément à la définition qu'on en donne dans la section de ce document qui traite des questions d'ordre terminologique et conceptuel.

Le deuxième élément constitutif : son objet

[...] pour un trouble mental, des perturbations comportementales ou tout autre problème entraînant une souffrance ou une détresse psychologique [...]

Les différents professionnels de la santé mentale et des relations humaines offrent leurs services aux personnes qui présentent *un trouble mental, des perturbations comportementales ou tout autre problème entraînant une souffrance ou une détresse psychologique*. Offrir des services à cette clientèle ne signifie donc pas nécessairement que les professionnels qui y sont mobilisés exercent la psychothérapie. Par conséquent, l'objet de la psychothérapie ne lui est pas propre, de sorte que ce n'est pas toujours un élément discriminant lorsqu'il s'agit de déterminer si les interventions offertes constituent ou non de la psychothérapie.

Par ailleurs, la psychothérapie est une intervention à laquelle on peut recourir sans égard à la gravité des atteintes ou à l'intensité de la souffrance ou de la détresse psychologique. Il serait donc faux d'affirmer qu'il y a exercice de la psychothérapie uniquement lorsqu'on traite une personne atteinte d'un trouble mental grave ou encore qu'on n'en fait pas lorsque l'intensité de la détresse psychologique est faible.

Le troisième élément constitutif : sa finalité

[...] 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.

Tous les professionnels de la santé mentale et des relations humaines visent des changements significatifs chez leurs clients. Leur champ d'exercice respectif donne le sens à ces changements et permet de comprendre globalement leur nature, leur type et leur portée. Ce n'est pas l'importance des changements provoqués par l'intervention ou par le traitement qui permet de déterminer s'il s'agit de psychothérapie. Les changements significatifs qui sont associés à la psychothérapie portent sur ce qui organise et régule le fonctionnement psychologique et mental de la personne, comme l'illustre le tableau 2. Ces changements significatifs servent à modifier le fonctionnement cognitif, émotionnel ou comportemental, le système interpersonnel, la personnalité ou l'état de santé.

Par ailleurs, la psychothérapie peut avoir pour objectif non seulement de guérir, mais aussi de soulager les symptômes ou d'en réduire les impacts, d'améliorer la santé mentale et de pallier certains handicaps. Par conséquent, on ne peut retenir l'absence d'une intention de « guérison » comme critère pour exclure l'exercice de la psychothérapie.

Les champs d'exercice des différents professionnels

Chaque professionnel intervient en fonction de son champ d'exercice. C'est ce champ d'exercice qui donne un sens aux changements significatifs visés et qui éclaire la finalité des interventions de chacun. Voici les définitions qu'en donne le *Code des professions* :

Le conseiller d'orientation : *Évaluer le fonctionnement psychologique, les ressources personnelles et les conditions du milieu, intervenir sur l'identité ainsi que développer et maintenir des stratégies actives d'adaptation dans le but de permettre des choix personnels et professionnels tout au long de la vie, de rétablir l'autonomie socioprofessionnelle et de réaliser des projets de carrière chez l'être humain en interaction avec son environnement.*

Le criminologue : *Évaluer les facteurs criminogènes et le comportement délictueux de la personne ainsi que les effets d'un acte criminel sur la victime, déterminer un plan d'intervention et en assurer la mise en œuvre, soutenir et rétablir les capacités sociales de la personne contrevenante et de la victime dans le but de favoriser l'intégration dans la société de l'être humain en interaction avec son environnement.*

L'ergothérapeute : *Évaluer les habiletés fonctionnelles, déterminer et mettre en œuvre un plan de traitement et d'intervention, développer, restaurer ou maintenir les aptitudes, compenser les incapacités, diminuer les situations de handicap et adapter l'environnement dans le but de favoriser l'autonomie optimale de l'être humain en interaction avec son environnement.*

L'infirmière : *Évaluer l'état de santé, déterminer et assurer la réalisation du plan de soins et de traitements infirmiers, prodiguer les soins et les traitements infirmiers et médicaux dans le but de maintenir et de rétablir la santé de l'être humain en interaction avec son environnement, prévenir la maladie ainsi que fournir les soins palliatifs.*

Le médecin : *Évaluer et diagnostiquer toute déficience de la santé, prévenir et traiter les maladies dans le but de maintenir la santé ou de la rétablir chez l'être humain en interaction avec son environnement.*

Le psychoéducateur : *Évaluer les difficultés d'adaptation et les capacités adaptatives, déterminer un plan d'intervention et en assurer la mise en œuvre, rétablir et développer les capacités adaptatives de la personne ainsi que contribuer au développement des conditions du milieu dans le but de favoriser l'adaptation optimale de l'être humain en interaction avec son environnement.*

Le psychologue : *Évaluer le fonctionnement psychologique et mental ainsi que déterminer, recommander et effectuer des interventions et des traitements dans le but de favoriser la santé psychologique et de rétablir la santé mentale de l'être humain en interaction avec son environnement.*

Le sexologue : *Évaluer le comportement et le développement sexuels de la personne, déterminer, recommander et effectuer des interventions et des traitements dans le but de favoriser un meilleur équilibre sexuel chez l'être humain en interaction avec son environnement.*

Le thérapeute conjugal et familial : *Évaluer la dynamique des systèmes relationnels des couples et des familles, déterminer un plan de traitement et d'intervention ainsi que restaurer et améliorer les modes de communication dans le but de favoriser de meilleures relations conjugales et familiales chez l'être humain en interaction avec son environnement.*

Le travailleur social : *Évaluer le fonctionnement social, déterminer un plan d'intervention et en assurer la mise en œuvre ainsi que soutenir et rétablir le fonctionnement social de la personne en réciprocité avec son milieu dans le but de favoriser le développement optimal de l'être humain en interaction avec son environnement.*

Un professionnel qui vise des changements concernant son champ d'exercice et dont les interventions ne portent pas sur ce qui organise et régule le fonctionnement psychologique et mental de la personne n'exerce pas la psychothérapie. De plus, il se peut que les interventions des professionnels non autorisés à l'exercice de la psychothérapie aient des effets collatéraux sur ce qui organise et régule le fonctionnement psychologique et mental de la personne. Or, ce ne sont pas uniquement les effets qui permettent de déterminer s'il y a eu exercice de la psychothérapie, mais la présence des trois éléments constitutifs de celle-ci : sa nature, son objet et sa finalité (ses objectifs).

Ceci dit, un professionnel autorisé à exercer la psychothérapie peut y recourir sans égards à son champ d'exercice. Ce même professionnel peut également recourir à la psychothérapie pour atteindre les objectifs propres à son champ d'exercice s'il le juge pertinent et s'il a le consentement libre et éclairé de son client pour utiliser ce traitement. Ainsi, les différents professionnels autorisés à exercer la psychothérapie ne sont ni tenus ni restreints de l'exercer dans le cadre de leur champ d'exercice respectif, mais peuvent l'utiliser dans l'atteinte des objectifs propres à leur profession. Par ailleurs, le champ d'exercice et sa finalité ne peuvent permettre l'exercice de la psychothérapie à un professionnel qui n'y est pas autorisé.

5

La présence déterminante des éléments constitutifs de la psychothérapie

Comme on peut le voir, les professionnels en santé mentale et en relations humaines peuvent s'adresser à une même clientèle aux prises avec les mêmes problématiques (deuxième élément constitutif : l'objet de la psychothérapie). Ils visent tous des changements significatifs, mais ce, relativement à leur champ d'exercice respectif. Les changements significatifs en psychothérapie portent sur ce qui organise et régule le fonctionnement psychologique et mental de la personne comme le conceptualisent et l'opérationnalisent les différents modèles théoriques (troisième élément constitutif : la finalité [les objectifs]). Ce sont donc la nature de l'intervention (*traitement psychologique*) et ce qui est visé comme changement significatif qui détermineront s'il s'agit de psychothérapie ou d'une intervention qui s'y apparente et qui est prévue dans un champ d'exercice.

6

Les interventions qui s'apparentent à la psychothérapie

Outre cette précision dans la définition de la psychothérapie⁹ qui évoque brièvement ce qu'elle n'est pas, le *Règlement sur le permis de psychothérapeute* énumère et définit des interventions qui s'apparentent à la psychothérapie, mais qui n'en sont pas¹⁰. Cette liste est très utile quand il s'agit de valider si une intervention constitue ou non de la psychothérapie, puisque les définitions qu'elle présente permettent de saisir leur nature et leur finalité, qui sont différentes de celles qui sont associées à la psychothérapie.

La rencontre d'accompagnement : Elle vise à soutenir la personne par des rencontres, qui peuvent être régulières ou ponctuelles, permettant à la personne de s'exprimer sur ses difficultés. Dans un tel cadre, le professionnel ou l'intervenant peut lui prodiguer des conseils ou lui faire des recommandations.

L'intervention de soutien : Elle vise à soutenir la personne dans le but de maintenir et de consolider les acquis et les stratégies d'adaptation en ciblant les forces et les ressources dans le cadre de rencontres ou d'activités régulières ou ponctuelles. Cette intervention implique notamment de rassurer, de prodiguer des conseils et de fournir de l'information portant sur l'état de la personne ou encore la situation vécue.

L'intervention conjugale et familiale : Elle vise à promouvoir et à soutenir le fonctionnement optimal du couple ou de la famille au moyen d'entretiens impliquant souvent l'ensemble de ses membres. Elle a pour but de changer des éléments du fonctionnement conjugal ou familial qui font obstacle à l'épanouissement du couple ou des membres de la famille ou d'offrir aide et conseil afin de faire face aux difficultés de la vie courante.

⁹ Code des professions, art. 1871.

¹⁰ Voir l'article 6 de ce règlement.

Les interventions qui s'apparentent à la psychothérapie (suite)

L'éducation psychologique : Elle vise un apprentissage par l'information et l'éducation de la personne. Elle peut être utilisée à toutes les étapes du processus de soins et de services. Il s'agit de l'enseignement de connaissances et d'habiletés spécifiques visant à maintenir et à améliorer l'autonomie ou la santé de la personne, notamment à prévenir l'apparition de problèmes de santé ou sociaux incluant les troubles mentaux ou la détérioration de l'état mental. L'enseignement peut porter par exemple sur la nature de la maladie physique ou mentale, ses manifestations, ses traitements y incluant le rôle que peut jouer la personne dans le maintien ou le rétablissement de sa santé et aussi sur des techniques de gestion de stress, de relaxation ou d'affirmation de soi.

La réadaptation : Elle vise à aider la personne à composer avec les symptômes d'une maladie ou à améliorer ses habiletés. Elle est utilisée, entre autres, auprès des personnes souffrant de problèmes significatifs de santé mentale afin de leur permettre d'atteindre un degré optimal d'autonomie en vue d'un rétablissement. Elle peut s'insérer dans le cadre de rencontres d'accompagnement ou de soutien et intégrer, par exemple, la gestion des hallucinations et l'entraînement aux habiletés quotidiennes et sociales.

Le suivi clinique : Il consiste en des rencontres permettant l'actualisation d'un plan d'intervention disciplinaire. Il s'adresse à la personne qui présente des perturbations comportementales ou tout autre problème entraînant une souffrance ou une détresse psychologique ou des problèmes de santé incluant des troubles mentaux. Il peut impliquer la contribution de différents professionnels ou intervenants regroupés en équipes interdisciplinaires ou multidisciplinaires. Ce suivi peut s'inscrire dans un plan d'intervention au sens de la Loi sur les services de santé et les services sociaux (L.R.Q., c. S-4.2) ou de la Loi sur l'instruction publique (L.R.Q., c. I-13.3), se dérouler dans le cadre de rencontres d'accompagnement ou d'interventions de soutien et également impliquer de la réadaptation ou de l'éducation psychologique. Il peut aussi viser l'ajustement de la pharmacothérapie.

Le coaching : Il vise l'actualisation du potentiel, par le développement des talents, des ressources ou des habiletés d'une personne qui n'est ni en détresse ni en souffrance, mais qui exprime des besoins particuliers en matière de réalisation personnelle ou professionnelle.

L'intervention de crise : Elle consiste en une intervention immédiate, brève et directive qui se module selon le type de crise, les caractéristiques de la personne et celles de son entourage. Elle vise à stabiliser l'état de la personne ou de son environnement en lien avec la situation de crise. Ce type d'intervention peut impliquer l'exploration de la situation et l'estimation des conséquences possibles, par exemple, le potentiel de dangerosité, le risque suicidaire ou le risque de décompensation, le désamorçage, le soutien, l'enseignement de stratégies d'adaptation pour composer avec la situation vécue ainsi que l'orientation vers les services ou les soins les plus appropriés aux besoins.

Il existe des programmes dont la visée générale est psychothérapeutique. Ces programmes peuvent toutefois impliquer une offre d'interventions diverses (éducation psychologique, réadaptation, accompagnement et soutien) et de la psychothérapie, en modalité individuelle ou en groupe. Ils s'adressent par exemple à des clientèles ciblées et ils ont pour but de traiter des problématiques ou des troubles bien définis. Différents professionnels peuvent alors être mobilisés. L'enjeu ici est de s'assurer qu'on a bien circonscrit et délimité l'offre de services afin que les professionnels impliqués interviennent dans le cadre de leur champ d'exercice en s'appuyant sur leurs compétences particulières. Bref, ces programmes offrent une diversité d'interventions, dont la psychothérapie, et on aurait tort de croire que toutes ces interventions sont de la psychothérapie parce que la visée générale du programme est psychothérapeutique.

Il pourrait également exister des programmes dont la visée générale n'est pas psychothérapeutique, des programmes qui, par exemple, visent le rétablissement des capacités adaptatives, du fonctionnement social, des habiletés fonctionnelles. On s'appuie également sur une diversité d'interventions offertes par différents professionnels selon leur champ d'exercice respectif. La psychothérapie pourrait faire partie des interventions offertes pour l'atteinte de l'objectif général, mais dans ces cas, elle ne pourrait être exercée que par des professionnels autorisés.

Dans tous les cas, l'offre de psychothérapie doit être faite par un professionnel autorisé à exercer cette activité.

L'implication de co-intervenants

Il est très fréquent que des programmes à visée psychothérapeutique misent sur la modalité de groupe pour intervenir auprès de la clientèle. Les interventions qui peuvent être offertes en groupe sont de même nature que celles qui sont offertes autrement, mais dans la majorité des cas, elles reposent sur la présence de deux co-intervenants. Ces derniers peuvent être issus de professions différentes et être autorisés ou non à exercer la psychothérapie. En effet, il est possible que les interventions qu'on prévoit faire en groupe soient mixtes et incluent, entre autres, de l'accompagnement, du soutien, de l'éducation psychologique et de la psychothérapie. En pareil cas, on peut envisager que l'un des deux co-intervenants ne soit pas autorisé à exercer la psychothérapie. Il faut que son rôle soit par ailleurs pertinent et justifiable sur le plan clinique, prenant notamment en compte son champ d'exercice, le cas échéant, ou son expertise. Il y a lieu ainsi de bien circonscrire au préalable ce que peut être l'apport particulier du co-intervenant. Il est donc entendu que la co-intervention doit servir à enrichir l'offre de services en groupe et ne doit pas porter atteinte à l'efficacité ou à l'efficience de la psychothérapie. Par exemple, dans les cas où la psychothérapie de groupe s'adresserait à une clientèle qui présente des enjeux psychothérapeutiques tels que, pour mieux y répondre, on jugerait essentiel que les deux co-intervenants soient autorisés à exercer la psychothérapie, il serait plutôt mal avisé de remplacer l'un d'eux par un professionnel ou un intervenant qui n'y est pas autorisé. Toutefois, dans les cas où il s'agit d'offrir exclusivement de la psychothérapie en groupe ou encore dans les cas où la psychothérapie de groupe aurait été spécifiquement conçue pour être offerte par deux professionnels autorisés à l'exercice de la psychothérapie, il faut que les deux co-intervenants y soient habilités.

Écouter, soutenir avec empathie, accompagner, conseiller, enseigner, éduquer, confronter, encadrer de façon plus ou moins serrée, faire prendre conscience, etc. constituent un ensemble d'interventions que peuvent offrir tous les professionnels et autres intervenants de la santé mentale et des relations humaines, et ce, en fonction des besoins de la personne.

Par ailleurs, l'ensemble de ces interventions peut faire partie d'un processus psychothérapeutique. En effet, les manuels de référence en psychothérapie, dont ceux qui portent sur la thérapie cognitivo-comportementale (TCC), présentent une démarche psychothérapeutique qui, de façon indissociable, intègre des interventions de l'ordre notamment de l'éducation psychologique et de la réadaptation, tout en préconisant le recours à des techniques particulières. Parfois même, les interventions se situent sur un continuum, alors qu'elles doivent être faites en suivant une certaine séquence, celle-ci respectant les principes cliniques de l'approche préconisée. Dans tous les cas, elles doivent non seulement être réalisées au moment opportun, mais aussi prendre en compte les besoins, les capacités et les ressources de la personne qui consulte. Du point de vue des professionnels qui exercent la psychothérapie, toutes ces interventions font partie intégrante du processus psychothérapeutique et il peut par conséquent être difficile de les considérer isolément comme des interventions qui ne sont pas de la psychothérapie. Il est tout de même possible de les distinguer sur la base de la définition de la psychothérapie et d'identifier un point de bascule, point qui est franchi quand le travail porte sur ce qui organise et régule le fonctionnement psychologique et mental de la personne¹¹.

Mise en garde clinique

Il faut faire preuve de prudence sur le plan clinique pour éviter d'isoler des interventions ou de scinder les étapes d'application d'une technique, ce qui pourrait avoir pour effet d'amputer le processus psychothérapeutique de composantes essentielles au traitement de certains troubles. Les risques d'ainsi aggraver l'état des personnes qui en sont atteintes sont donc à prendre en considération pour éviter tout préjudice. Il est important de se rappeler que tout professionnel qui a recours en totalité ou en partie à ces interventions doit le faire en vertu des bonnes pratiques et engage donc sa responsabilité professionnelle quant aux risques de préjudices.

¹¹ Voir à cet égard le tableau 2, à la page 9, qui fait état de quelques exemples représentatifs de ce qui organise et régule le fonctionnement psychologique et mental de la personne.

9

La valeur relative des interventions

En santé mentale et en relations humaines, toutes les interventions ont leur utilité, leur importance, leurs indications et leur pertinence lorsqu'elles sont pratiquées en tenant compte des besoins et intérêts de la personne, au moment opportun et dans le bon contexte. La psychothérapie est une intervention qui a ses caractéristiques propres et elle fait partie de l'offre de service à considérer.

10

La complémentarité de la psychothérapie et des autres interventions

La psychothérapie peut être offerte seule ou en complément d'autres interventions, en même temps tout comme avant ou après ces autres interventions. Elle peut être offerte dans le cadre d'un programme d'intervention mobilisant différents intervenants et professionnels, dans un contexte interdisciplinaire ou multidisciplinaire. Aussi, considérant notamment la nature particulière de la psychothérapie, celle-ci peut être envisagée, par exemple, si les changements visés ne s'opèrent pas et si, pour atteindre les objectifs, il y a indication de travailler à la modification de ce qui organise et régule le fonctionnement psychologique et mental de la personne.



Des règles communes à respecter pour l'exercice de la psychothérapie

La psychothérapie, qu'elle soit exercée par un professionnel ou un autre, demeure la même et est constituée des mêmes éléments. Son exercice est réglementé et soumis aux mêmes exigences professionnelles pour tous, et ce, sans égard :

- à l'identité professionnelle ou à l'appartenance à un ordre professionnel quel qu'il soit ;
- aux lieux d'exercice : pratique privée, première, deuxième ou troisième ligne du réseau de la santé, réseau de l'éducation, réseau communautaire, etc.

L'article 187.2 du *Code des professions* apporte des précisions sur la façon d'exercer la psychothérapie :

Tout médecin, psychologue ou titulaire d'un permis de psychothérapeute doit exercer la psychothérapie en respectant, outre les lois et les règlements qui le régissent, les règles suivantes :

- 1° établir un processus interactionnel structuré avec le client ;
- 2° procéder à une évaluation initiale rigoureuse ;
- 3° appliquer des modalités thérapeutiques basées sur la communication ;
- 4° s'appuyer sur des modèles théoriques scientifiquement reconnus et sur des méthodes d'intervention validées qui respectent la dignité humaine.

Il faut souligner que ceci ne fait pas partie de la définition de la psychothérapie et qu'on ne peut pas se servir des éléments qu'énumère cet article du *Code des professions* comme critères pour distinguer la psychothérapie des autres interventions. En effet, on ne peut pas conclure qu'on n'exerce pas la psychothérapie lorsqu'on intervient sans respecter les quatre règles précédemment édictées ou toutes autres normes de bonne pratique en la matière. De plus, ces quatre règles ne sont pas exclusives à l'exercice de la psychothérapie, puisqu'elles s'appliquent à plusieurs autres interventions en santé mentale et en relations humaines.

La portée et les limites de l'évaluation requise pour l'exercice de la psychothérapie

L'évaluation initiale rigoureuse

Tout professionnel habilité à exercer la psychothérapie doit procéder à une évaluation initiale rigoureuse avant d'entreprendre une psychothérapie. Le *Guide explicatif* du PL 21¹² décrit ainsi cette évaluation :

L'évaluation initiale rigoureuse [...] constitue un préalable et a pour but de déterminer la pertinence d'entreprendre une psychothérapie.

¹² On peut consulter le *Guide explicatif* du PL 21 à l'adresse suivante : http://www.opq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Systeme_professionnel/Guide_explicatif_decembre_2013.pdf

Peu importe l'approche psychothérapeutique choisie, cette évaluation tient compte notamment des éléments suivants :

- la demande formulée par la personne et son histoire thérapeutique ;
- les facteurs biologiques, psychologiques, sociaux et culturels de la personne ;
- l'utilisation et l'interprétation de différents tests, questionnaires et techniques, le cas échéant ;
- les ressources et les forces du client ;
- l'existence d'un diagnostic, notamment d'un trouble mental, et d'un traitement actuel ou antérieur.

Une telle évaluation permet de cerner davantage la situation de la personne et le motif qui l'amène à consulter. Son résultat influence le choix de l'approche psychothérapeutique et des différents tests et techniques utilisés relativement à cette approche. De plus, elle guide le psychothérapeute dans la décision d'entreprendre et de poursuivre le processus psychothérapeutique au regard des connaissances et des compétences dont il dispose pour traiter une personne aux prises avec un trouble ou un problème particulier. L'information ainsi recueillie doit être consignée au dossier. Les objectifs sous-jacents à cette évaluation font qu'elle se distingue de l'évaluation de la condition mentale et de l'évaluation des troubles mentaux, du retard mental et des troubles neuropsychologiques. (p. 81-82)

Ainsi, l'évaluation initiale rigoureuse préalable à l'exercice de la psychothérapie ne permet pas de conclure, par exemple, à la présence d'anxiété généralisée (trouble mental) ou encore de dysfonction des fonctions exécutives (trouble neuropsychologique).

L'évaluation d'une personne atteinte d'un trouble mental ou neuropsychologique dans le cadre de l'exercice de la psychothérapie

Il arrive que les personnes qui désirent s'engager en psychothérapie ou qui le sont déjà soient atteintes d'un trouble mental ou neuropsychologique attesté par un diagnostic ou par une évaluation effectuée par un professionnel habilité (ci-après, *personne atteinte*). Or l'évaluation d'une personne atteinte est une activité réservée par le PL 21 aux différents professionnels en fonction de leur champ d'exercice respectif. La réserve de cette activité fait en sorte que l'évaluation du fonctionnement psychologique et mental d'une personne atteinte est réservée aux psychologues. Des questions se posent par conséquent sur l'interface possible entre cette activité réservée et l'évaluation initiale rigoureuse de même que l'évaluation continue en cours de traitement psychothérapeutique. En effet, puisque l'évaluation initiale rigoureuse sert à identifier ce qui, chez une personne en particulier, organise et régule son fonctionnement psychologique et mental et à déterminer un plan de traitement, et puisque l'évaluation en continu permet entre autres d'ajuster ce plan, on comprend que de telles évaluations sont des évaluations du fonctionnement psychologique et mental en pareil contexte.

Par conséquent, les professionnels autorisés à l'exercice de la psychothérapie peuvent, dans le cadre de l'évaluation initiale rigoureuse et en continu, évaluer le fonctionnement psychologique et mental, et ce, même pour une personne atteinte. Cependant, dans le cadre de l'exercice de la psychothérapie, l'évaluation du fonctionnement psychologique et mental réalisée par un professionnel psychothérapeute autre que le psychologue doit être circonscrite à ce qui organise et régule le fonctionnement psychologique et mental comme les conceptualisent et les opérationnalisent les modèles théoriques en référence (voir le tableau 2). Par exemple, il pourrait :

- conclure à la présence du déni, mécanisme de défense permettant de lutter contre des affects dépressifs (modèles psychodynamiques);
- conclure à la présence de croyances fondamentales générant des pensées, des sensations et des comportements problématiques (modèles cognitivo-comportementaux);
- conclure à la présence de règles intériorisées des sous-systèmes individus qui entrent en interaction et qui compromettent l'équilibre du système (couple, famille, groupes et autres) (modèles systémiques);
- conclure à la présence de schèmes émotionnels mal adaptés (modèles humanistes).

Ainsi, cette évaluation dans un tel contexte ne contreviendrait pas au PL 21.

12

Le temps consacré à la psychothérapie

La durée de l'intervention ne peut servir de critère pour déterminer s'il s'agit de psychothérapie ou non. Ainsi, dans le cadre d'un traitement individuel, seul ou en groupe, de couple ou de famille, le fait qu'on ne consacre que quelques séances ou qu'une portion du temps d'une séance à exercer la psychothérapie ne peut être invoqué pour soutenir qu'on ne fait pas de la psychothérapie.

13

Le consentement

On ne peut pas se baser sur le consentement pour déterminer si ce qui est offert est ou n'est pas de la psychothérapie. Une personne pourrait, par exemple, consentir à des séances de coaching alors qu'en réalité on lui offre de la psychothérapie. À noter par ailleurs que l'obtention de quelque consentement que ce soit ne peut légitimer d'exercer une activité alors qu'on n'y serait pas légalement autorisé.

14

L'utilisation d'outils ou de techniques

Il ne faut pas conclure qu'il y a exercice de la psychothérapie du simple fait qu'on utilise un outil ou une technique en particulier issus d'un des quatre grands ensembles de modèles théoriques. Chacun de ces modèles peut proposer des outils et des techniques d'intervention, dont plusieurs utilisés non seulement en psychothérapie, mais aussi dans le cadre d'interventions qui s'y apparentent. Il demeure toutefois que le recours à ces outils ou techniques soulève de nombreuses interrogations et peut générer une certaine confusion quant à la nature des activités professionnelles qui sont alors exercées. Ce peut être particulièrement problématique eu égard aux outils ou techniques issus des modèles cognitivo-comportementaux, puisque ceux-ci sont abondamment utilisés par de nombreux professionnels et autres intervenants. À l'inverse, ce n'est pas parce qu'on n'appliquerait pas des modalités issues de l'un des modèles théoriques ou qu'on n'utiliserait pas un outil ou une technique propres à l'un ou à l'autre de ces modèles théoriques qu'on pourrait conclure qu'on n'exercerait pas la psychothérapie. Encore une fois, la règle pour déterminer s'il y a exercice de la psychothérapie, c'est de vérifier la présence simultanée des trois éléments constitutifs de la psychothérapie – sa nature, son objet et sa finalité (ses objectifs) –, qu'on ait ou non recours à un outil ou à une technique en particulier.

La grande majorité des activités de formation à différentes approches ne s'adressent pas exclusivement à des professionnels autorisés à exercer la psychothérapie ni en processus pour y être autorisés, mais bien à tout professionnel ou autre intervenant intéressé par la santé mentale et les relations humaines, désireux de mieux s'outiller pour répondre aux besoins des personnes qui les consultent. On peut en effet participer à une activité de formation liée à l'exercice de la psychothérapie ou encore qui amène à son habilitation sans que cela signifie que les participants puissent l'exercer au sortir de cette activité. Les objectifs de participation à de telles activités de formation peuvent être variables, allant de la simple acquisition de connaissances au développement de compétences diverses et à l'habilitation à l'exercice de la psychothérapie. Il faut souligner par ailleurs qu'il se donne actuellement beaucoup de formations sur les approches cognitivo-comportementales, de même que sur les outils ou les techniques issus des mêmes modèles, que ce soit dans le cadre de la formation initiale permettant d'accéder à l'une des professions visées par le PL 21 ou dans le cadre d'activités de formation continue.

Par ailleurs, les formateurs impliqués sont souvent eux-mêmes habilités à l'exercice de la psychothérapie et le contenu de leur formation peut porter sur un ensemble d'interventions qui s'inscrivent dans une démarche psychothérapeutique sans que soient apportées des précisions sur ce qui constitue de la psychothérapie ni sur le point de bascule dont il a précédemment été question.

Il se peut par conséquent qu'il y ait confusion sur ce que les participants pourraient être autorisés à faire à la suite de leur formation. Les formateurs doivent donc s'assurer de bien informer les participants sur le contenu et les objectifs de la formation et veiller à ce que soit dissipée toute équivoque quant à ce que ces derniers seront ensuite autorisés à faire avec ces nouvelles connaissances.



On constate, lorsque vient le moment de distinguer la psychothérapie et les interventions qui n'en sont pas, qu'on a recours à des termes et à des expressions qui trop souvent recouvrent des réalités diverses ou même découlent de conceptions différentes. La terminologie utilisée par les professionnels et autres intervenants en santé mentale et en relations humaines peut varier en fonction des paradigmes de leurs disciplines propres, des modèles d'intervention, de la clientèle desservie, du milieu d'intervention, etc. Considérant les risques de confusion et d'incompréhension associés à leur utilisation, il y a lieu de convenir du sens des termes et expressions afin de s'assurer que les interlocuteurs saisissent bien à quelles acceptions ou conceptions on fait référence. Nous nous arrêterons dans ce qui suit sur quelques termes, expressions et concepts qui nécessitent d'être clarifiés.

Termes et expressions portant à équivoque

Counseling

On peut se demander si le terme *counseling* et ses multiples déclinaisons, dont le *counseling de carrière*, le *counseling clinique* (ou psychologique), la *thérapie du counseling* (*counseling therapy*) renvoient ou non à l'exercice de la psychothérapie.

En ce qui a trait d'abord au *counseling de carrière*¹³, cela concerne au Québec le travail spécifique du conseiller d'orientation et, tel qu'exercé ici, ce n'est pas de la psychothérapie.

Pour ce qui est du *counseling*, du *counseling clinique* ou de la *thérapie du counseling*, cela renvoie au travail des différents professionnels en santé mentale et en relations humaines qui s'engagent auprès de leurs clients dans une *relation d'aide*. En ce sens, ces termes et expressions peuvent désigner une intervention ou un ensemble d'interventions (écouter, soutenir, accompagner, éduquer, guider, etc.) qui s'apparentent à la psychothérapie tout autant qu'ils peuvent renvoyer à l'exercice de la psychothérapie, de sorte que leur utilisation, sans autres précisions, ne peut permettre de distinguer ce type d'intervention de la psychothérapie.

Relation d'aide

Il se peut qu'on recoure à l'expression *relation d'aide* pour référer à une intervention psychologique qui ne serait pas de la psychothérapie. Or cette expression ne renvoie pas à une intervention particulière, mais plutôt à un type de relations à établir dans le cadre d'une intervention qui vise à aider. En ce sens, la psychothérapie et toutes les interventions qui s'y apparentent peuvent être considérées comme des relations d'aide.

Thérapie

Le mot *thérapie* peut être considéré comme synonyme du mot *traitement* et en ce sens avoir une valeur générique englobant différents types de thérapies, dont la psychothérapie. En santé mentale et en relations humaines notamment, le mot *thérapie*, en son sens générique, renvoie à différentes interventions, dont plusieurs ne sont pas réservées. Cependant, la psychothérapie

¹³ L'expression *counseling de carrière* est générique et englobe le *counseling d'emploi* et le *counseling d'orientation*.

est quant à elle réservée par la loi. Par conséquent, l'emploi du mot *thérapie* est à haut risque de confusion lorsqu'il s'agit de distinguer la psychothérapie des interventions qui s'y apparentent et d'identifier les professionnels autorisés à exercer l'une ou les autres. Il faut également éviter autant que possible d'utiliser le mot *thérapie* comme abréviation du mot *psychothérapie*, puisque cela aussi risquerait de susciter de la confusion quant à l'identification des interventions qui sont offertes. Si, malgré tout, il apparaissait opportun d'utiliser le mot *thérapie*, il faudrait s'assurer que le lecteur puisse comprendre le sens qu'on lui donne.

Par ailleurs, il arrive qu'on accole le mot *thérapie* à des approches, des outils ou des techniques, ce qui peut également être source de confusion. Il faut retenir sur cette question la logique qui a prévalu dans l'analyse de l'art-thérapie, de la musicothérapie, de la zoothérapie¹⁴ et de l'hypnothérapie. Ainsi, l'art, la musique, les animaux et l'hypnose servent comme médium, adjuvant ou technique et ils peuvent être utilisés dans le cadre de diverses interventions, dont la psychothérapie. Bref, le seul fait de leur utilisation ne permet pas de déterminer s'il y a ou non exercice de la psychothérapie. Encore une fois, c'est la présence simultanée des trois éléments constitutifs de la psychothérapie qui sert à conclure à l'exercice de celle-ci, peu importe l'usage ou l'absence d'usage de médiums, d'adjuvants ou d'autres techniques.

Thérapie de soutien

Le *Règlement sur le permis de psychothérapeute* utilise l'expression *intervention de soutien* et la définit comme l'une des interventions qui s'apparentent à la psychothérapie, mais qui n'en sont pas. Par contre, l'expression *thérapie de soutien* pourrait également être utilisée pour recouvrir ce type d'interventions, mais aussi pour référer à l'exercice de la psychothérapie.

En bref, les termes et expressions *counseling*, *counseling clinique* ou *psychologique*, *relation d'aide*, *thérapie*, *thérapie de soutien*, *thérapie du counseling* peuvent prêter à équivoque et, avant de conclure si celui qui intervient exerce ou non la psychothérapie, il faut vérifier si ses interventions correspondent à la définition légale de la psychothérapie (présence des trois éléments constitutifs).

Intervention neuropsychologique

L'intervention neuropsychologique a pour objet le *fonctionnement cognitif* de la personne. Or le *fonctionnement cognitif* est partie intégrante du *fonctionnement psychologique et mental* de la personne. À cet égard, on pourrait croire que se centrer sur le *fonctionnement cognitif* implique de travailler sur ce qui organise et régule le *fonctionnement psychologique et mental*, comme élaboré dans ce document, mais ce n'est pas nécessairement le cas. En effet, les paradigmes de la neuropsychologie et des neurosciences sont distincts de ceux de la psychothérapie, et il serait plus juste de parler dans le premier cas du *fonctionnement neurocognitif*, celui-ci renvoyant au cerveau et à son intégrité structurelle et fonctionnelle¹⁵. Ainsi, le travail ne porte pas sur ce qui organise et régule le fonctionnement psychologique et mental de la personne (voir le tableau 2),

¹⁴ Voir notamment à cet égard les conclusions du Conseil consultatif interdisciplinaire en psychothérapie (CCIP) que rapporte le *Guide explicatif* sur le PL 21.

¹⁵ Le qualificatif *neurocognitif*, lorsqu'il est utilisé, permet de faire référence à la cognition et aux fonctions cognitives (souvent alternativement nommées *fonctions mentales supérieures* ou *processus cognitifs*) au sens neuropsychologique et permet ainsi de distinguer le sens que donne par exemple la TCC aux cognitions et aux processus cognitifs.

mais bien sur des fonctions cérébrales, dites fonctions mentales supérieures, fonctions cognitives ou neurocognitives, responsables de la saisie et du traitement de l'information, de même que de son utilisation. Le travail se centre ainsi sur le dysfonctionnement ou l'altération desdites fonctions cérébrales qui peuvent être regroupées de la manière suivante :

- les fonctions réceptives (capacités de sélectionner, de saisir, de classer et d'intégrer de l'information);
- la mémoire et les apprentissages (capacité d'emmagasiner l'information et de la récupérer);
- la pensée (capacité d'organiser ou de réorganiser de l'information);
- les fonctions expressives (capacités de communiquer l'information et d'agir en conséquence).

Remédiation cognitive

L'expression *remédiation cognitive* est fréquemment utilisée pour recouvrir des interventions qui sont de l'ordre de la réadaptation ou de la rééducation des *fonctions cognitives* ou *neurocognitives*, interventions qui ne sont pas de la psychothérapie. Ces interventions reposent notamment sur les théories qui soutiennent l'existence de la plasticité cérébrale. À noter que ce n'est pas la seule expression utilisée. On peut aussi utiliser des expressions comme *rééducation* ou *réhabilitation cognitive* et *revalidation neuropsychologique* pour désigner ces interventions qui ont pour but d'apporter des changements d'ordre fonctionnel ayant un impact concret sur la vie au quotidien, soit :

- le rétablissement de la *fonction cognitive* ou *neurocognitive* altérée ou dysfonctionnelle, par un réentraînement intensif;
- une réorganisation de la *fonction cognitive* ou *neurocognitive*, par un recours à des procédures que la personne n'utilisait pas auparavant ou qu'elle utilisait, mais de manière peu fréquente et non systématique;
- une meilleure exploitation de *fonctions cognitives* ou *neurocognitives* demeurées intactes;
- un aménagement des conditions d'exercice de la *fonction cognitive* ou *neurocognitive* par la modification de certains paramètres de la situation ou de certaines dimensions des conduites, ou par l'évitement de certaines situations problématiques.

Interventions psychothérapeutiques

Thérapie cognitivo-comportementale

L'expression *thérapie cognitivo-comportementale* et son sigle, TCC, servent à désigner la psychothérapie d'orientation cognitivo-comportementale. Toutefois, force est de constater que l'expression *TCC* est souvent utilisée dans différents milieux pour désigner des interventions qui s'apparentent à la psychothérapie, mais qui n'en sont pas lorsque des outils ou techniques issus des modèles cognitivo-comportementaux sont utilisés dans le cadre de la réalisation de celles-ci. Il s'agit ici d'une source très importante de confusion et, dans ce document, l'expression *thérapie cognitivo-comportementale* et son sigle renvoient au sens premier, soit à l'exercice de la psychothérapie.

Thérapie de la cohérence ou neuropsychothérapie

La *thérapie de la cohérence* est issue de découvertes récentes en neurosciences soutenant que la « mémoire émotionnelle » ne serait pas indélébile. Les paradigmes de la *thérapie de la cohérence* diffèrent toutefois des paradigmes de la neuropsychologie ou des neurosciences au sens où on s'adresse ici au contenu de la mémoire, non pas à la fonction cérébrale en tant que telle ou à ses dysfonctions. La *thérapie de la cohérence*, ou *neuropsychothérapie*, s'intéresse à la façon dont le « cerveau » fait ses apprentissages. Elle consiste à identifier les apprentissages qui sont à la source des manifestations symptomatologiques pour ensuite travailler à les modifier. En quelque sorte, elle vise ainsi à modifier la « mémoire émotionnelle » et la « vérité émotionnelle » qui en découle, concepts qui s'apparentent à ceux de *schéma* ou de *croissance fondamentale* (dont il sera question plus loin) au sens où il s'agit d'un « construit » personnel qui est réactivé dans certains contextes et qui peut être consolidé ou à l'inverse modifié selon que les conditions s'y prêtent. Pour modifier les « construits » personnels, la *thérapie de la cohérence* propose un « processus de reconsolidation thérapeutique de la mémoire » qui consiste essentiellement à mettre la personne en situation de vivre une expérience de réactivation de la mémoire en vue de la modifier, expérience qui doit alors être incongruente avec ce que les « construits » de la personne lui permettent d'anticiper. La « reconsolidation thérapeutique de la mémoire » se distingue donc de la *remédiation cognitive*, comme définie précédemment, et on convient qu'elle propose de modifier ce qui organise et régule le fonctionnement psychologique et mental de la personne. Par conséquent, l'exercice de la *thérapie de la cohérence*, ou *neuropsychothérapie*, telle qu'expliquée ici, correspond à l'exercice de la psychothérapie.

Termes et expressions propres aux modèles théoriques cognitivo-comportementaux**Croyance****Croyance fondamentale**

Les modèles cognitivo-comportementaux ont élaboré un concept nommé *croyance*, *croyance de base* ou *croyance fondamentale*. Dans le cadre de ce document, nous utiliserons l'expression *croyance fondamentale* pour référer à ce concept.

Le travail en TCC porte sur les *croyances fondamentales*, celles-ci servant à organiser et à réguler le fonctionnement psychologique et mental de la personne. En effet, les *croyances fondamentales* traduisent la compréhension qu'a la personne de soi, des autres, du monde et de l'avenir. Elles découlent d'expériences vécues tout au cours de la vie, et celles de l'enfance sont plus ancrées, plus marquantes. Elles ont un caractère d'irréfutabilité et elles sont activées dans certains contextes ou en réaction à des événements particuliers. Elles sont de l'ordre de la cognition et elles servent à interpréter la réalité. Elles sont étroitement liées aux sensations (ressenti physiologique), aux émotions et aux comportements. Enfin, les croyances fondamentales peuvent s'organiser et s'intégrer dans ce qu'on désigne comme un *schéma*.

En TCC, on considère que la problématique d'une personne est essentiellement tributaire de *croyances fondamentales* qui, une fois activées par une situation ou un événement, se déclenchent par automatisme et influencent directement la façon de percevoir, d'interpréter, de penser et de se comporter (réflexes comportementaux). Elles sont ainsi à la source de pensées automatiques qui peuvent être justes ou plus ou moins justes (erronées) par rapport aux faits. Ces pensées automatiques s'accompagnent de ressentis et d'émotions et donnent lieu à certains comportements. Par exemple, un employé croise son patron et celui-ci ne le salue pas ou ne porte pas son regard sur lui. C'est un événement qui peut sembler banal, mais l'interprétation qu'en fait l'employé peut susciter diverses réactions. Ainsi, il peut se sentir bouleversé (inquiet, triste ou en colère), éprouver des malaises physiques (boule dans la gorge ou maux de ventre), penser que son patron est méprisant et réagir impulsivement (en vertu de l'interrelation et de l'interaction entre les comportements, les cognitions, les sensations et les émotions). C'est ce qui peut survenir si cet employé a comme *croyance fondamentale* qu'il ne vaut pas la peine d'être aimé/considéré.

Croyance au sens plus commun

En santé mentale et en relations humaines, on se réfère également au concept de *croyance*, et différents professionnels et intervenants s'affairent à modifier les *croyances* des personnes qui les consultent pour atteindre les objectifs d'intervention. Il s'avérerait problématique de déterminer s'il y a exercice de la psychothérapie ou non sur la seule base de l'usage d'un même terme alors que sa conceptualisation différerait d'un contexte à l'autre.

Dans ce document, lorsqu'on utilise le terme *croyance* plutôt que l'expression *croyance fondamentale*, il est convenu qu'il renvoie à une idée, une opinion ou un jugement que se fait une personne en raison notamment d'éléments religieux, culturels ou sociétaux. Cette idée, cette opinion ou ce jugement pourrait également reposer par exemple sur de l'ignorance, sur des informations fausses ou incomplètes, sur la présence de connaissances partielles ou insuffisantes ou encore sur certaines perceptions. Le terme *croyance* étant ainsi conceptualisé et compris, il devient envisageable qu'on puisse chercher à modifier les *croyances* dans le cadre d'interventions non réservées comme celles qui relèvent de l'accompagnement, du soutien et de l'éducation.

Schéma et thérapie des schémas

Les modèles cognitivo-comportementaux ont élaboré le concept de *schéma* qu'on peut sommairement définir comme un ensemble de représentations mentales qui se sont organisées au fil du développement de la personne. Les *schémas* constituent un ensemble de connaissances sur les plans affectif, somatique et cognitif et ils servent de cadre de référence permettant le traitement de l'information et l'ajustement ou l'adaptation à l'environnement. Les *schémas* s'activent à l'insu de la personne et ils teintent particulièrement le rapport à soi et à autrui. Les *schémas* font partie des déterminants de la personnalité. En ce sens, les *schémas* organisent et régulent le fonctionnement psychologique et mental de la personne. Il faut noter par ailleurs que le concept de *schéma* a évolué au gré du temps et des auteurs. Il existe maintenant la *thérapie des schémas* que l'on considère comme un modèle intégratif issu notamment de la TCC et des modèles psychodynamiques.

Or il n'y a pas qu'en TCC que le concept de *schéma* peut être utile, et de nombreux professionnels et intervenants en santé mentale et en relations humaines y ont recours dans leurs interventions, ce qui peut être source de confusion s'il s'agit de déterminer s'il y a exercice de psychothérapie. Toutefois, il n'y a pas exercice de psychothérapie si on ne vise pas à modifier les *schémas* et si, par exemple, on n'y réfère que pour obtenir de l'information sur les patrons de réaction de la personne et pour développer une meilleure compréhension de son fonctionnement, et ce, dans les limites de son champ d'exercice.

Processus cognitifs

Les processus cognitifs (ou processus de traitement cognitif) font partie des éléments sur lesquels peut porter le traitement psychologique selon les modèles cognitivo-comportementaux, puisqu'ils servent à organiser et à réguler le fonctionnement psychologique et mental de la personne. Il s'agit d'un ensemble de processus qui permettent d'analyser diverses informations qui peuvent être, par exemple, d'ordre sensoriel, émotif, relationnel ou affectif, lesquels constituent les assises d'actions (comportements) ou de réactions (attitudes).

En neuropsychologie, le concept de *processus cognitifs* ou *neurocognitifs* renvoie plutôt à l'architecture neurocognitive sous-tendue par le cerveau et donc à l'interrelation des différentes fonctions mentales supérieures ou fonctions neurocognitives et à leurs substrats neuroanatomiques.

Distorsion cognitive

Les modèles cognitivo-comportementaux conceptualisent la *distorsion cognitive* comme une action de distorsion qui s'opère dans les *processus de traitement cognitif*. Aux fins de ce document, nous utilisons l'expression *distorsion cognitive* pour désigner une action sur le *processus de traitement cognitif*, action dont les effets se traduisent notamment par des *pensées automatiques* découlant de *croyances fondamentales* ou de *schémas* particuliers, faisant en sorte d'altérer la perception de la réalité. La *distorsion cognitive*, en raison du biais qu'elle introduit dans le raisonnement, joue un rôle important dans l'organisation et la régulation du fonctionnement psychologique et mental de la personne.

Exemples de *distorsion cognitive*

Les *distorsions cognitives* ont pour effet de toujours imposer le même angle à partir duquel seront appréhendés les faits ou la réalité, ce qui implique une certaine rigidité dans les *processus de traitement cognitif*. Voici quelques exemples de *distorsion cognitive* :

- la dramatisation (l'exagération) : exagérer l'importance de ses erreurs ou encore imaginer le pire à partir d'un petit détail ;
- la minimalisation : minimiser l'importance de ses apports ou contributions ;
- l'inférence arbitraire : tirer des conclusions hâtives sans disposer de preuves factuelles suffisantes. Cela peut s'illustrer par la lecture de pensée ou donner lieu à des erreurs de prévision ;
- l'abstraction sélective : accorder son attention uniquement à quelques détails, au détriment de l'ensemble de l'information, ne se centrer que sur un seul commentaire négatif et ne pas considérer l'abondance de commentaires positifs qui feraient plus que contreponds ;

- la personnalisation : prendre la responsabilité d'un événement, sans en être la cause, ou se sentir à tort responsable du comportement des autres.

Au fil du temps, le sens de l'expression *distorsion cognitive* s'est élargi et elle sert à désigner non seulement le processus de traitement de l'information, mais aussi, pour plusieurs, le résultat de ce processus, soit les pensées qui en découlent. Or un tel élargissement de sens peut être à la source de confusions quand il s'agit de déterminer s'il y a ou non exercice de psychothérapie, alors que travailler sur les pensées peut ne pas être du même ordre que travailler sur le processus de traitement de l'information. Bref, utiliser une même expression pour désigner indistinctement un concept ou un autre soulève d'inutiles interrogations sur ce qu'il est possible de faire dans le cadre d'interventions qui s'apparentent à la psychothérapie.

Exposition

L'exposition est une technique issue des modèles cognitivo-comportementaux. Comme pour d'autres techniques, elle peut être utilisée dans le cadre d'une psychothérapie ou dans le cadre d'interventions qui s'y apparentent, mais qui n'en sont pas.

Cette technique consiste à guider la personne dans un processus structuré, répété et progressif de confrontation aux situations redoutées (stimuli) qui déclenchent des réactions physiologiques, émotionnelles et comportementales non adaptées. Le but est d'amener la personne à faire le constat expérientiel d'une diminution progressive de la peur par un phénomène d'habituation (physiologique et psychologique).

Selon les modèles cognitivo-comportementaux, l'exposition permet un « réapprentissage » des associations dysfonctionnelles qui amènent à considérer un stimulus comme un danger. Elle doit être déployée de façon personnalisée, à partir des informations et autres observations que permet de recueillir l'analyse fonctionnelle requise avant d'entreprendre l'intervention. L'exposition peut prendre différentes formes comme l'exposition comportementale (ou exposition graduelle in vivo), l'exposition cognitive (exposition en imagination) ou l'immersion (*flooding*).

En psychothérapie d'orientation cognitivo-comportementale, l'exposition permet, entre autres, à la personne de tester ses croyances fondamentales. Aussi, lorsque l'exposition implique un travail sur les croyances fondamentales et les schémas fondamentaux, elle vise à modifier ce qui organise et régule le fonctionnement psychologique et mental de la personne. Le professionnel qui utilise l'exposition dans cet objectif doit être autorisé à exercer la psychothérapie.

Par ailleurs, il n'y a pas que les professionnels autorisés à exercer la psychothérapie qui peuvent utiliser l'exposition. Ainsi, les professionnels formés à son utilisation peuvent le faire alors qu'il faut mettre la personne en situation expérientielle pour l'outiller afin de mieux gérer les symptômes incommodants et atteindre le niveau de bien-être souhaité. Ainsi, on peut utiliser l'exposition notamment pour :

- consolider sur le terrain certains acquis ;
- s'assurer de l'application adéquate de stratégies adaptatives ;
- soutenir le développement de nouvelles stratégies et les mettre en pratique ;

- tolérer l'expérience vécue ;
- guider et soutenir la personne dans la gestion des symptômes en vue d'un retour aux activités quotidiennes.

Dans tous les cas, pour savoir si le professionnel qui utilise l'exposition exerce ou non la psychothérapie, il faut vérifier si ses interventions correspondent à la définition légale de la psychothérapie (présence des trois éléments constitutifs) et si l'exposition vise à modifier ce qui organise et régule le fonctionnement psychologique et mental de la personne.

Enfin, tout professionnel qui utilise l'exposition doit s'assurer de le faire en fonction des besoins et de la problématique présentée par la personne qui bénéficie des services.

Restructuration cognitive

La *restructuration cognitive* est une technique issue du modèle cognitivo-comportemental. Dans le cadre de la TCC, on considère que la restructuration cognitive comprend trois étapes indissociables, celles-ci visant notamment à modifier les croyances fondamentales de la personne qui sont à l'origine de sa souffrance ou de sa détresse. La personne qui a recours aux trois étapes de la restructuration cognitive pour intervenir exerce donc la psychothérapie. En TCC, la *restructuration cognitive* vise également à modifier les *processus cognitifs* de la personne (*distorsions cognitives*) qui sont à la source des *pensées automatiques*.

La première étape est l'identification des *pensées automatiques* associées aux sensations (ressenti physiologique) et aux émotions agréables ou désagréables de même qu'aux comportements problématiques de la personne. Ces *pensées automatiques* peuvent être justes ou plus ou moins justes. C'est lorsqu'elles sont plus ou moins justes qu'on réfère au concept de *pensées erronées*. Elles surgissent comme un réflexe et la personne n'en a pas toujours conscience. Elles sont facilement repérables ou accessibles à l'aide d'auto-observations et sont en quelque sorte des interprétations de la réalité, qui découlent de *croyances fondamentales* ou de *schémas* sous-jacents.

La deuxième étape est l'identification de *distorsions cognitives* dans les *processus de traitement cognitifs*, puisqu'elles ont pour effet d'imposer un même angle à partir duquel est appréhendée la réalité et ainsi de rigidifier le *processus de traitement cognitif*. Pour identifier ces *distorsions cognitives*, à la source de la souffrance ou de la détresse, il est nécessaire de remettre en question et de confronter les *pensées automatiques* ou *erronées* de la personne afin d'aider celle-ci à prendre conscience et à comprendre ce qui fait interférence. Certaines techniques sont alors utilisées, comme le questionnement socratique et la flèche descendante, qui visent à semer le doute et à amener la personne à remettre en question d'abord ses *pensées automatiques*, puis les *croyances fondamentales* ou les *schémas* dysfonctionnels sur lesquels elles reposent.

La troisième étape du processus de *restructuration cognitive* a pour objectif de modifier les *croyances fondamentales* ou les *schémas*. Elle vise à donner des moyens pour diminuer les risques que ces *croyances fondamentales* ou *schémas* rendent dysfonctionnelle la chaîne interactionnelle entre les cognitions, les sensations (ressenti physiologique), les émotions et les comportements.

C'est ainsi que par le biais de la *restructuration cognitive* la personne développe une plus grande flexibilité cognitive lui permettant d'envisager de nouvelles façons de penser, de ressentir et de réagir en situations problématiques.

Toutefois, un professionnel formé à l'approche cognitivo-comportementale, mais qui n'est pas autorisé à exercer la psychothérapie, peut se servir de certains des éléments de la restructuration cognitive. Il doit cependant prendre soin de ne pas remettre en question des *croyances fondamentales*, décrites à la deuxième étape, ni de travailler à modifier les *croyances fondamentales* ou les *schémas*, ce qui est attendu à la troisième étape. Ainsi, ce professionnel pourra guider et accompagner la personne notamment pour :

- reconnaître ses émotions et ses sensations associées aux comportements problématiques ;
- reconnaître les pensées automatiques ;
- reconnaître les situations les ayant déclenchées ;
- remettre en question les pensées erronées ;
- remplacer les pensées erronées par d'autres plus adaptées ou prosociales.

Dans tous les cas, pour savoir si le professionnel qui a recours à des éléments de restructuration cognitive exerce ou non la psychothérapie, il faut vérifier si ses interventions correspondent à la définition légale de la psychothérapie (présence des trois éléments constitutifs) et si ce travail de restructuration cognitive vise à modifier ce qui organise et régule le fonctionnement psychologique et mental de la personne.

Termes et expressions propres aux modèles théoriques humanistes

Schème émotionnel

D'abord, un schème, c'est ce qui dans une action est transposable dans des situations semblables ou analogues. Un schème émotionnel¹⁶ se construit à partir du contexte intersubjectif de la personne. Selon ses expériences émotionnelles, chaque personne développe ses propres schèmes. Les schèmes émotionnels servent de boussole pour l'intégration et le développement émotionnels subséquents. Les schèmes émotionnels sont à la source des besoins et des motivations. Les schèmes émotionnels peuvent être plus ou moins bien adaptés. Un *schème émotionnel primaire* renvoie à une construction passée qui, bien qu'adaptée au contexte de vie où il a été construit, peut être mal adaptée au moment présent. Généralement, ces *schèmes émotionnels primaires* sont associés à des expériences d'attachement reliées à l'expression émotionnelle initiale de la personne alors qu'elle était enfant. Les *schèmes émotionnels primaires* sont souvent fondés sur la honte primaire ou sur la peur primaire, ce qui leur confère un caractère mal adapté, générant par exemple dans le premier cas un sentiment d'inadéquation ou d'insuffisance permanente, et dans le second un sentiment d'être laissé à soi-même et sans défense. Le *schème émotionnel* ainsi conçu organise et régule le fonctionnement psychologique et mental de la personne.

¹⁶ Une émotion est conçue comme étant un réseau d'activation, à plusieurs niveaux de complexité, comprenant des tendances immédiates à l'action, un sentiment, des évaluations plus ou moins conscientes, des buts et des besoins.

Un *schème émotionnel* s'active ou se réactive de manière automatique, sans que la personne en ait nécessairement conscience, dès qu'il y a perception d'un indice qui lui est associé. Il a pour effet de traiter l'information très rapidement et de donner un sens à l'expérience immédiate, en demandant très peu de ressources attentionnelles. Tels que conçus, ce sont les *schèmes émotionnels* qui orientent la vie de la personne et qui ont un impact sur sa vitalité.

En psychothérapie humaniste, on travaille pour accéder aux *schèmes émotionnels* mal adaptés afin de les modifier, ce qui permet l'actualisation de la personne.

Termes et expressions propres aux modèles systémiques

Selon les modèles systémiques, le monde est constitué d'un ensemble d'éléments en interrelation, nommé *système*. Chaque système est composé lui-même de sous-systèmes et s'inscrit dans des systèmes plus vastes. Les modèles systémiques sont axés principalement sur les modes d'interrelations et d'échanges entre des systèmes et des sous-systèmes, lesquels viennent expliquer comment ils s'organisent, seuls et/ou entre eux. À la lumière des postulats de base de ces modèles, le fonctionnement et les problèmes rencontrés par un sous-système, comme le sous-système individu, sont ainsi fortement déterminés par les interrelations fonctionnelles et dysfonctionnelles qu'il entretient avec les autres sous-systèmes du système dont il fait partie. On considère que le maintien du « symptôme » peut avoir pour fonction de garantir l'homéostasie du système, ce qui explique qu'il puisse persévérer à long terme. Bref, en d'autres mots, on conçoit que les difficultés personnelles surviennent et se maintiennent à la faveur d'interrelations entre une personne (sous-système individu) et son entourage (système couple, système famille, institutions, etc.).

Dans le cadre d'une psychothérapie basée sur les modèles systémiques, toutes les interventions auxquelles peut avoir recours le psychothérapeute ne sont pas exclusives à la psychothérapie. En effet, en vertu des fondements des modèles théoriques systémiques, ce qui régule et organise le fonctionnement psychologique et mental de la personne est notamment déterminé par les interrelations du sous-système individu avec les autres sous-systèmes ou systèmes de son environnement. Par conséquent, c'est lorsque les interventions portent sur le sous-système individu en interrelation qu'il s'agit d'un traitement psychologique, puisqu'il y a un travail sur ce qui organise et régule le fonctionnement psychologique et mental de la personne. C'est le cas, par exemple, pour modifier les règles intériorisées dont découlent les rôles joués de manière non consciente, pour travailler à sa différenciation avec les systèmes dont elle fait partie ou pour modifier les croyances de base. Ce traitement peut se faire en modalité individuelle, de couple ou familiale.

Construction et co-construction

Les modèles théoriques systémiques soutiennent que la « réalité » est construite et co-construite par les membres du système. Il en résulte des représentations mentales subjectives et sociales partagées de même qu'influencées par celles des autres, qui entrent en résonance les unes avec les autres et qui déterminent la vision qu'on a de soi, du monde et des relations entre soi et le monde.

Croyances de base

Chaque sous-système et système développe un ensemble de croyances dont chacun n'a pas toujours conscience. Ces croyances sont déterminantes dans la mesure où elles sont perçues et défendues par chacun comme des vérités. Ces croyances agissent comme organisateur et régulateur du fonctionnement psychologique et mental de la personne et peuvent ainsi être à la source de difficultés ou d'enjeux qui demeurent irrésolus.

Autres termes et expressions**La pleine conscience (mindfulness)**

Il se peut qu'on associe le recours à la *pleine conscience* à l'exercice de la psychothérapie. Or la *pleine conscience* renvoie plutôt à des techniques qui sont dérivées notamment de la méditation bouddhiste. La *pleine conscience* est un état de conscience qui résulte du fait de porter son attention, de façon intentionnelle, au moment présent sans jugement, sur l'expérience qui se déploie dans l'enchaînement des événements, moment après moment. C'est être conscient à la fois de ses sensations, pensées, actions et réactions et de sa façon d'interagir avec le monde extérieur. Les techniques de *pleine conscience* visent donc le développement d'une meilleure conscience de soi. Le recours à ces techniques peut par conséquent s'inscrire dans le cadre de la psychothérapie comme dans le cadre d'interventions autres.

Rendre conscient, faire prendre conscience, conscientiser

Tous les professionnels travaillent pour que les personnes qui les consultent réalisent certaines prises de conscience sur elles-mêmes, mais cela ne signifie pas qu'ils s'inscrivent auprès d'elles dans une démarche de psychothérapie. Ce travail s'articule bien sûr sur leur champ d'exercice respectif (fonctionnement social, capacités adaptatives, habiletés fonctionnelles, etc.). Il ne faut donc pas confondre le travail qui vise la *prise de conscience* au sens commun de cette expression et celui qui porte sur ce qui organise et régule le fonctionnement psychologique et mental de la personne (psychothérapie). Dans ce dernier cas, le travail du professionnel porte par exemple sur :

- un contenu plus ou moins inconscient (système conscient/préconscient/inconscient propre au modèle psychodynamique) ;
- les processus cognitifs, les croyances fondamentales ou schémas ou l'interrelation et l'interaction entre ceux-ci et les cognitions, les sensations (ressenti physiologique), les émotions et les comportements (concepts qu'élaborent les modèles cognitivo-comportementaux) ;
- le fonctionnement du sous-système individu, eu égard aux rôles qui découlent des règles intériorisées et qui sont joués de manière non consciente et répétitive ;
- les schèmes émotionnels.

La reproduction des textes est autorisée
avec mention de la source.

Pour faciliter la lecture, les textes sont rédigés
au masculin et incluent le féminin.

Ordre des psychologues du Québec
1100, avenue Beaumont, bureau 510
Mont-Royal (Québec) H3P 3H5

ordrepsy.qc.ca

Conception graphique :
Isabelle Toussaint

DÉPÔT LÉGAL : 2018

Bibliothèque et Archives nationales du Québec
ISBN 978-2-923164-62-5

Bibliothèque nationale du Canada
ISSN 1918-0403

Le Collège des médecins du Québec (CMQ)

L'Ordre des conseillers et conseillères d'orientation du Québec (OCCOQ)

L'Ordre des ergothérapeutes du Québec (OEQ)

L'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ)

L'Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec (OPPQ)

L'Ordre des psychologues du Québec (OPQ)

L'Ordre professionnel des criminologues du Québec (OPCQ)

L'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec (OTSTCFQ)

L'Ordre professionnel des sexologues du Québec (OPSQ)

