



PROJET DE LOI N° 67
LOI SUR L'INSTITUT NATIONAL D'EXCELLENCE EN SANTÉ ET EN SERVICES
SOCIAUX

MÉMOIRE DE L'ORDRE DES PSYCHOLOGUES DU QUÉBEC

**Déposé à la
Commission de la santé et des services sociaux**

Le 8 janvier 2010

TABLE DES MATIÈRES

La mission de l'Ordre : surveillance et promotion de la qualité	3
La formation des psychologues : la science et la pratique.....	4
L'INESSS : un projet logique, une ambition légitime	5
L'INESSS : des difficultés particulières.....	6
Pour une meilleure crédibilité : renforcer la transparence et l'imputabilité	8
Le conseil d'administration	9
Les comités permanents.....	9
La table de concertation.....	10
La reddition de comptes annuelle.....	10
L'évaluation quinquennale	11
Les risques liés à la transmission d'informations personnelles.....	12
Conclusions.....	12
Sommaire des recommandations	15
Sur la nature et la portée des lignes directrices dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines	15
Sur la transparence et l'imputabilité de l'INESSS	15
Sur la transmission d'informations personnelles	16
Références.....	17

« L'Ordre des psychologues du Québec a pour principale mission la protection du public. Pour ce faire, il s'assure de la qualité des services offerts par les membres, favorise le développement de la profession et défend l'accessibilité aux services psychologiques. »

Monsieur le Président,
Monsieur le Ministre,
Mesdames et Messieurs les Parlementaires,

L'Ordre des psychologues du Québec (OPQ) remercie la Commission de la santé et des services sociaux de lui fournir l'occasion d'exposer le résultat de ses réflexions sur le projet de loi 67, Loi sur l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux.

L'OPQ regroupe plus de 8 400 membres dont la vaste majorité exerce leur profession dans le domaine de la santé, en pratique privée, dans le réseau public de santé et de services sociaux et dans le réseau scolaire. Le champ d'exercice du psychologue tel que redéfini par le projet de loi 21, adopté en juin 2009, se lit comme suit :

« 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. »

Au Québec, le titre de psychologue est protégé, ce qui signifie que seuls les membres inscrits au tableau des membres de l'OPQ sont autorisés à porter le titre de psychologue. Outre le titre protégé, il y a des activités professionnelles que le projet de loi 21 réserve aux psychologues, exclusivement ou en partage avec certains professionnels, dont notamment la psychothérapie et l'évaluation des troubles mentaux, du retard mental, et des troubles neuropsychologiques. Cette réserve d'activités implique que l'OPQ jouera un rôle accru en matière de contrôle de qualité.

La mission de l'Ordre : surveillance et promotion de la qualité

Dans l'exercice de son mandat de protection du public, l'OPQ consacre une grande partie de ses ressources à la qualité et au développement de la pratique de ses membres. L'OPQ ne se limite pas au seul exercice de surveillance, il fait également œuvre pédagogique, incitant le psychologue à viser l'excellence dans sa pratique professionnelle. L'OPQ se donne comme mission d'identifier les besoins de ses membres en termes de formation continue et, à cet égard, de développer et rendre accessibles les activités jugées nécessaires. Au cours des dernières années, l'OPQ a aussi développé des lignes directrices, cadres de pratique et guides explicatifs favorisant les

meilleures pratiques. Mentionnons, par exemple, les *Lignes directrices pour l'évaluation du retard mental*, les *Lignes directrices pour l'évaluation d'un enfant en vue d'une demande de dérogation à l'âge d'admission à l'école*, le *Cadre de pratique des psychologues exerçant en première ligne*, le *Cadre de pratique des psychologues exerçant en milieu scolaire*, le *Guide explicatif sur la tenue de dossiers* et autres. Actuellement, l'OPQ travaille, entre autres, à l'élaboration de lignes directrices sur l'exercice de la psychothérapie et sur l'évaluation des troubles du spectre de l'autisme.

La formation des psychologues : la science et la pratique

La psychologie dispose d'un important corpus de savoir relatif au comportement humain, construit grâce à plus de 100 ans de recherche scientifique, autant théorique qu'expérimentale et empirique.

Le champ de la recherche en psychologie est vaste et porte autant sur les processus fondamentaux (mémoire, motivation, émotions, etc.) que sur le développement normal et pathologique, l'élaboration de méthodes d'évaluation et d'intervention et la mesure d'efficacité. Ces travaux peuvent se dérouler en laboratoire comme sur le terrain.

Grâce à leur formation poussée, les psychologues appliquent ce savoir et le font évoluer par leur propre expérimentation sur le terrain. En effet, tout savoir théorique, toute méthode démontrée scientifiquement, pour être réellement efficace, doit tenir compte de la réalité clinique du client telle qu'évaluée par le professionnel qui a la responsabilité de choisir et orienter ses interventions dans le meilleur intérêt de ce client.

Au Québec et en Amérique du Nord, notamment, les modèles d'enseignement de la psychologie se fondent à la fois sur la recherche et la pratique professionnelle. Ces modèles d'enseignement permettent au futur psychologue de développer une pratique professionnelle fondée sur des principes scientifiques intégrant la pratique clinique et la recherche empirique.

L'importance qu'accorde l'OPQ à une formation qui soit ainsi basée sur la recherche et la pratique se traduit dans son manuel d'agrément des programmes des universités qui délivrent un diplôme donnant directement accès au permis de pratique. En vertu de ce manuel, ces universités voient à ce que les futurs psychologues aient développé, dans le cadre d'études doctorales s'échelonnant sur 4 à 6 ans, des compétences dans les sept (7) grands domaines suivants : relations interpersonnelles, évaluation, intervention, recherche, éthique et déontologie, consultation, supervision. L'acquisition de ces compétences nécessite que les doctorants complètent un minimum de 45 crédits de cours post-gradués et 2 300 heures de formation pratique. Le développement des compétences dans les domaines de l'évaluation et de l'intervention, notamment, occupe une place prépondérante dans le cursus de formation, et ce, tant sur le plan de la formation académique que sur le plan de la formation pratique. La qualité de

l'évaluation est en effet tout aussi importante que celle de l'intervention. Seule une évaluation rigoureuse permettra au clinicien de faire le bon choix d'intervention pour une personne donnée. L'évaluation doit aussi être continue afin de permettre au clinicien de constater ou non son efficacité, de réorienter le traitement au besoin et d'y mettre fin pour les bonnes raisons. La formation académique prévoit des cours portant sur les méthodes d'évaluation et d'intervention en santé mentale, sur la psychopathologie et le dysfonctionnement. La formation pratique prévoit l'exposition extensive à la clientèle, notamment par un contact direct avec celle-ci, sous supervision individuelle et de groupe.

L'admission aux études doctorales nécessite des pré-requis, complétés dans le cadre d'un diplôme de 1^{er} cycle de 3 ou 4 ans, portant sur les fondements théoriques en psychologie, incluant des cours traitant des bases biologiques du comportement (ex. : perception, psychophysiologie, neuropsychologie, psychopharmacologie); des bases cognitives et affectives du comportement (ex. : apprentissage, cognition, motivation, émotion); des bases du comportement individuel (ex. : développement, personnalité, psychopathologie) et de la psychométrie.

Comme l'illustre le contenu de la formation du psychologue, l'un des principaux objets de la psychologie est la *santé*, non seulement la santé mentale, mais aussi la santé physique puisque l'une et l'autre sont intimement liées. Les psychologues offrent ainsi des services en santé mentale et en santé physique (cancer, diabète, troubles cardiaques, sida et autres). Les psychologues travaillent aussi dans des établissements offrant plutôt des services sociaux, que l'on pense par exemple aux centres jeunesse, aux centres de réadaptation ou à certains services de première ligne ou même de deuxième ligne dans les CSSS. La pratique de la psychologie s'étend donc du domaine de la santé à celui des services sociaux et, de ce fait, est directement concernée par le mandat du nouvel Institut national d'excellence en santé et en services sociaux.

L'INESSS : un projet logique, une ambition légitime

Les ressources publiques et privées en santé et services sociaux sont de plus en plus sollicitées. Cela tient à la croissance simultanée des besoins de soins, stimulés par l'évolution du profil démographique de la population des pays industrialisés, et de l'offre technologique, qui rend disponibles de nouvelles stratégies diagnostiques et thérapeutiques efficaces. Cette tendance ne peut que s'accroître, alors que les premières cohortes des baby-boomers atteindront dès cette année l'âge de 65 ans.

Plus que jamais auparavant, il est souhaitable d'avoir une approche rationnelle à l'allocation des ressources, qui intègre les dimensions scientifique, clinique, éthique et économique des choix à effectuer.

Les missions du Conseil du médicament et de l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (« AETMIS ») sont complémentaires. Les

interventions que les deux organismes évaluent sont parfois de possibles substituts, parfois de possibles compléments; par exemple, on peut utiliser des médicaments en conjonction avec d'autres interventions thérapeutiques; ou on peut choisir entre des thérapies médicamenteuses et d'autres approches thérapeutiques. En effet, la recherche a abondamment démontré (pour un résumé, voir entre autres Hunsley, 2002) que les interventions psychologiques, y compris la psychothérapie, sont non seulement efficaces, mais elles permettent aussi de réduire les coûts associés aux soins de santé. Dans nombre de cas de trouble mental, par exemple pour plusieurs troubles thymiques (p. ex. dépression) ou anxieux (p. ex. anxiété généralisée), la psychothérapie est moins coûteuse qu'un traitement pharmacologique¹. Une réduction des coûts grâce à des interventions psychologiques a ainsi été établie non seulement dans le domaine de la santé mentale, mais aussi en santé physique, y compris dans le cas de problèmes cardiaques, d'obésité, d'hypertension, de diabète, de cancer et de la douleur chronique. Plus de 90 % des recherches démontrent une réduction significative, de l'ordre de 20 à 30 %, des coûts associés à la santé grâce aux interventions psychologiques. De plus, il est aussi bien établi que différents types d'intervention psychologique peuvent réduire de façon significative les habitudes de vie malsaines et les complications associées à la maladie physique².

Il apparaît donc logique de réunir le Conseil du médicament et l'AETMIS au sein d'un même organisme. Cette démarche s'inscrit dans le sillage d'initiatives semblables ailleurs dans le monde. Notons en particulier le *National Institute for Health and Clinical Excellence* de Grande-Bretagne (« NICE »), que le Comité d'implantation de l'INESSS a particulièrement étudié.

L'INESSS : des difficultés particulières

Cela étant, l'INESSS va plus loin que l'expérience du NICE. Le projet de loi 67 y intègre également la dimension des services sociaux et, ce faisant, élargit sa mission au-delà des domaines traditionnels purement technologiques propres aux missions historiques du Conseil du médicament et de l'AETMIS.

L'intégration de cette nouvelle dimension soulève des défis importants. L'évaluation des technologies de la santé est en soi une tâche complexe et difficile. En l'élargissant à la santé mentale et aux relations humaines, on ajoute à cette complexité et à cette difficulté.

Encore une fois, la psychologie repose sur la recherche et l'expérimentation. Le psychologue clinicien dispose non seulement des compétences nécessaires à une

¹ Voir, par exemple, Imel, Z.E., Malterer, M.B., McKay, K.M., et coll (2008).

² Voir, par exemple, Chwalisz, K. (2008); Hoffman, B.M., Papas, R.K., Chatkoff, D.K., & Kerns, R.D. (2007); Kop, W.J. (2005); Morrow, G.R., Roscoe, J.A., Mustian, K.M., Hickok, et coll. (2009); Powell, L.H., Calvin, J.E. III, & Calvin, J.E. Jr. (2007); Wilson, D.K. (2008).

lecture utile des données probantes guidant ses évaluations et ses interventions, mais aussi d'une approche méthodologique qui lui permet d'encadrer son propre jugement clinique. Ceci est d'une importance capitale, surtout lorsqu'aucune donnée probante n'est disponible pour un cas particulier ou, au contraire et en raison de la complexité même du fonctionnement humain, lorsqu'une multitude de données sur différentes dimensions du fonctionnement sont disponibles et qu'il importe alors de tenir compte de ces diverses données pour assurer un traitement de qualité.

Ainsi, s'inspirant des recherches et des politiques de l'American Psychological Association, l'OPQ a adopté en 2008 un *Énoncé de politique sur la pratique fondée sur les données probantes en psychologie* (la « PFDP »). On peut lire dans cet énoncé ce qui suit :

« La PFDP vise à promouvoir une pratique efficiente de la psychologie et à améliorer la santé publique par la mise en application des fondements empiriques de l'évaluation psychologique, de l'étude de cas, de la relation thérapeutique et de l'intervention. [...]

« Les services psychologiques présentent une meilleure efficacité lorsqu'ils s'adaptent à la personnalité, aux problèmes et aux forces spécifiques du patient, de même qu'à son contexte socio-culturel et à ses préférences. On sait que les résultats thérapeutiques dépendent de nombreuses caractéristiques du patient, comme son statut fonctionnel, sa préparation au changement et son niveau de soutien social. [...]

« Le psychologue traitant décide si les conclusions de la recherche s'appliquent à un patient en particulier. Dans le cas de certains patients, il faut parfois recourir à des prises de décisions et des interventions que la recherche existante n'aborde pas directement. L'application des données de la recherche à un patient en particulier met toujours en jeu des inférences probabilistes. Par conséquent, la PFDP exige un suivi constant des progrès du patient et un ajustement du traitement lorsque nécessaire. » (Nos soulignés).

Ainsi, les interventions cliniques doivent témoigner de rigueur et de prudence et être personnalisées, constamment réévaluées, voire même remises en question et réorientées.

Face à l'évaluation « technologique », existe donc entre la psychologie et la médecine une différence non pas de degré, mais de nature.

Il ne faut pas en douter : il est difficile d'évaluer, en termes d'efficacité et d'avantages coûts-bénéfices, des médicaments ou par exemple, des approches thérapeutiques du cancer de l'œsophage. Les conclusions tirées de ces évaluations se prêtent néanmoins

davantage à la généralisation que, par exemple, celles que l'on tirerait de l'évaluation d'un traitement de la dépression, compte tenu du nombre et de la complexité des variables à contrôler dans ce dernier cas.

L'évaluation des approches thérapeutiques en santé mentale et en relations humaines demeure absolument possible et souhaitable. Cette évaluation doit cependant dépasser le modèle médical, et donc la simple symptomatologie, pour aussi inclure des indices, entre autres, de fonctionnement psychologique et social. De plus, qu'il s'agisse d'interventions individuelles ou d'interventions de groupe, toute intervention en santé mentale et en relations humaines ne peut être déterminée sans une évaluation rigoureuse et continue, qui intègre les caractéristiques particulières à chaque cas.

La complexité des interventions dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines, de même que les importants risques de préjudice soutiennent également la nécessité de produire des lignes directrices pour orienter les interventions professionnelles. L'OPQ et ses homologues d'autres juridictions émettent d'ailleurs de telles lignes directrices. Mais ces lignes directrices doivent faire, et font effectivement, une large place à l'évaluation des caractéristiques et circonstances propres à chaque cas.

À défaut d'une telle souplesse, il existe un risque très réel que la production de lignes directrices engendre des dérives, voire des dérapages découlant d'une volonté de standardisation excessive qui ne correspondrait pas à la réalité d'une population clinique diversifiée.

Il sera crucial que l'INESSS consulte systématiquement les ordres professionnels dont les membres seront touchés par ses activités. Compte tenu des paragraphes qui précèdent, il apparaît particulièrement essentiel que l'OPQ soit consulté systématiquement dès lors que les travaux de l'INESSS porteront sur des activités liées au champ d'exercice des psychologues.

Pour une meilleure crédibilité : renforcer la transparence et l'imputabilité

L'INESSS doit être dotée dès le départ d'une structure et de règles de gouvernance très rigoureuses. Comme le soulignait le Comité d'implantation de l'INESSS, « les résultats obtenus dépendront dans une large mesure de la crédibilité de l'organisme et de son acceptation par les Québécois et les intervenants dans le secteur de la santé et des services sociaux. »³

³ *Rapport du Comité d'implantation de l'institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS), décembre 2008, p. 143.*

Cette crédibilité tient non seulement à la qualité des personnes⁴ qui composeront le conseil d'administration et le personnel de l'INESSS, mais autant, sinon davantage, à la rigueur et à la transparence des processus.

Le conseil d'administration

Dans cet esprit, la composition du conseil d'administration de l'INESSS devrait être davantage encadrée que ne le propose le projet de loi. Sans aller jusqu'à spécifier le profil de chacun des membres comme le faisait le Comité d'implantation, la loi devrait spécifier quelques exigences minimales en termes de représentation de certaines disciplines. De l'avis de l'OPQ, le conseil d'administration de l'INESSS devrait comprendre au moins un psychologue, membre en règle de l'OPQ.

Toujours en ce qui concerne la composition du conseil d'administration, le projet de loi précise (art. 16, premier alinéa) que sept des onze membres du conseil doivent se « qualifier comme administrateurs indépendants ». À l'alinéa suivant, le projet de loi définit l'administrateur indépendant comme celui qui n'a pas « de manière directe ou indirecte, de relations d'intérêts [...] susceptibles de nuire à la qualité de ses décisions eu égard aux intérêts de l'Institut. » (Notre souligné). Ceci permet d'inférer que quatre membres du conseil pourront avoir des relations d'intérêts qui pourraient potentiellement réduire la « qualité » de leur décision.

Bien que le terme « qualité » de décision vienne directement de l'énoncé de politique du gouvernement du Québec sur la gouvernance des sociétés d'État⁵, et bien qu'il se retrouve dans les lois constitutives d'autres sociétés d'État du Québec, l'OPQ craint que le choix de ce terme permette des interprétations malheureuses de l'intention du législateur. Le second alinéa de l'article 16 devrait donc se lire plutôt comme suit :

« Un membre se qualifie comme indépendant s'il n'a pas, de manière directe ou indirecte, de relations ou d'intérêts, par exemple de nature financière, commerciale, professionnelle ou philanthropique, susceptibles de nuire à son impartialité réelle ou perçue eu égard aux intérêts de l'Institut. »

Les comités permanents

Le projet de loi prévoit (art. 10) la création de comités permanents pour l'étude de toute question qui relève du domaine scientifique. Ces divers comités seront cruciaux dans l'établissement de la crédibilité de l'INESSS.

⁴ Le terme qualité réfère ici autant à la pertinence des compétences que possèdent les gens qu'à la pertinence de leur identité professionnelle. Par exemple, les lignes directrices que l'INESSS diffusera seront certainement mieux reçues si les utilisateurs potentiels peuvent s'y reconnaître et savoir que sur ces lignes se sont penchés des professionnels auxquels ils peuvent s'associer.

⁵ Gouvernement du Québec, *Moderniser la gouvernance des sociétés d'État*, Québec, avril 2006, p. 18.

Sans limiter la possibilité de l'INESSS de créer les comités qu'il jugera nécessaires, la loi devrait néanmoins prévoir l'obligation de créer certains comités qui seront actifs. Par exemple, l'OPQ est d'avis que la loi devrait prévoir la création d'un comité permanent de santé mentale et relations humaines, formé majoritairement de professionnels de ce secteur d'activités. Ce comité aurait pour mandat de faire le lien entre la recherche et la pratique. Un tel comité est d'autant plus essentiel que l'INESSS doit étendre ses activités aux services sociaux. Il faut un comité dont la préoccupation principale soit d'arrimer les travaux de l'INESSS en matière de santé et ceux en matière de services sociaux, si on veut que l'intégration soit réelle et non un simple amalgame d'activités.

La table de concertation

Dans le même esprit, la loi devrait être plus précise sur la composition de la table de concertation (article 40). Lieu d'interaction entre l'INESSS et les divers milieux concernés par ses travaux, la table de concertation sera une instance dont la composition et le fonctionnement seront cruciaux à la crédibilité de la démarche d'ensemble. Ici aussi, la présence d'au moins un psychologue est essentielle, à défaut de quoi l'ensemble des psychologues risque de ne pas se sentir interpellés par les travaux de l'INESSS.

La reddition de comptes annuelle

La reddition de comptes doit être aussi mieux encadrée que ne le propose le projet de loi. L'OPQ ne peut à cet égard que faire écho au Comité d'implantation de l'INESSS. Tout au long de son rapport, celui-ci insiste sur les liens existant entre l'efficacité de l'action de l'INESSS, sa crédibilité et sa transparence, ce troisième élément étant un fondement essentiel des deux autres.

Cette transparence doit s'exprimer à deux niveaux : d'une part, l'INESSS doit faire connaître en temps utile ses priorités d'action et sa planification d'activités. D'autre part, il doit après le fait rendre compte des activités, les comparer aux objectifs et, le cas échéant, analyser les écarts entre les objectifs et les réalisations.

En matière de planification, le projet de loi prévoit que le plan triennal et ses mises à jour annuelles doivent être transmis au ministre et approuvés par lui. Toutefois, rien dans le projet de loi ne prévoit que ce plan et ces mises à jour soient rendus publics. Or cette publication est la pierre d'assise de la transparence de l'action de l'organisme. L'OPQ est d'avis que la loi constitutive de l'INESSS devrait spécifier que le ministre déposera ces plan et mises à jour à l'Assemblée nationale dans les 15 jours de leur approbation ou, si elle ne siège pas, dans les 15 jours de la reprise de ses travaux.

En matière de reddition de comptes a posteriori, le projet de loi prévoit (art. 45) que l'INESSS doit chaque année « transmettre au ministre ses états financiers ainsi que son rapport annuel de gestion pour l'exercice financier précédent. » Ces documents

« doivent contenir tous les renseignements exigés par le ministre. » Comme élément de contenu essentiel du rapport de gestion, seule est spécifiée l'information « relative à la présence des membres du conseil d'administration aux séances du conseil de même qu'à leur rémunération, le cas échéant. »

Le projet de loi ne devrait-il pas être plus précis quant au contenu du rapport de gestion? Il pourrait être opportun que la loi précise que le rapport de gestion doit porter sur l'exécution de son plan triennal. Ce rapport porterait ainsi non seulement sur les activités de l'INESSS, mais également sur la mesure et l'appréciation de l'impact de ces activités.

En outre, et toujours par souci de transparence, la loi devrait spécifier que le rapport de gestion contienne au moins les renseignements suivants :

- l'identification des membres du conseil qui se qualifient comme indépendants et ceux qui ne se qualifient pas comme indépendants;
- le rapport d'activités de chacun des comités du conseil d'administration;
- le rapport d'activités de la table de concertation;
- le rapport sur les consultations effectuées auprès des milieux et parties prenantes, peu importe le véhicule utilisé.

L'évaluation quinquennale

L'article 100 du projet de loi prévoit que le ministre doit, au plus tard cinq ans après l'entrée en vigueur de la loi, et tous les cinq ans par la suite, « veiller à ce que l'application de la présente loi fasse l'objet d'un rapport indépendant. »

L'OPQ soutient entièrement l'intention derrière cette initiative. Cependant bien que l'intention soit louable, la formulation de l'article 100 du projet de loi demeure trop vague. N'y sont spécifiés ni le profil de l'auteur du « rapport indépendant », ni le mandat qui lui sera confié. L'OPQ est d'avis que la loi doit être plus précise.

La loi devrait notamment préciser que, au moins au terme du premier quinquennat, l'évaluation devra comprendre un forum où les parties prenantes auraient l'occasion de se faire entendre. Ce forum pourrait prendre la forme d'une commission parlementaire, possiblement après la production et la diffusion d'un document d'évaluation par une source « indépendante »; la loi pourrait aussi spécifier dès maintenant que l'auteur du rapport indépendant devra procéder à une large consultation auprès des parties prenantes, en particulier les ordres professionnels pertinents.

Les risques liés à la transmission d'informations personnelles

Les articles 12, 13 et 57 du projet de loi portent sur la transmission de renseignements aux fins de l'accomplissement de la mission de l'INESSS.

Le premier alinéa de l'article 12 porte sur la transmission de renseignements non personnels; quant à l'article 57, il modifie la Loi sur l'assurance maladie pour permettre la transmission de renseignements sous forme non nominative; il permettrait également la transmission de renseignements personnels, conformément toutefois aux modalités et formalités prévues par la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels. L'OPQ considère que l'obligation de se conformer à Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels constitue une mesure de protection adéquate pour les clients des psychologues.

Il en va tout autrement, toutefois, du deuxième alinéa de l'article 12 du projet de loi, qui permettrait à l'INESSS de requérir d'un organisme public « des renseignements personnels nécessaires à l'exercice de ses fonctions d'étude ou d'évaluation [...] »

L'OPQ ne saurait d'aucune façon appuyer une mesure semblable. Si la transmission de renseignements personnels est toujours délicate, si elle est particulièrement critique dès lors qu'il s'agit de soins de santé ou de services sociaux, elle est à proscrire, de façon absolue, lorsqu'il s'agit de santé mentale. Dans notre société, les diagnostics associés à la santé mentale sont perçus comme des stigmates graves et le simple fait d'être en psychothérapie, s'il est connu, peut encore de nos jours, malheureusement, avoir des conséquences dramatiques sur l'emploi, sur les relations sociales, sur l'assurabilité, pour ne nommer que celles-là. C'est pourquoi le code de déontologie des psychologues interdit à ces derniers non seulement de divulguer des renseignements sur leurs diagnostics et interventions, mais leur interdit même de divulguer qu'une personne donnée est un client. L'OPQ recommande donc le retrait pur et simple du deuxième alinéa de l'article 12.

Conclusions

La création de l'INESSS est un projet porteur, voire nécessaire. Non seulement l'INESSS répond à l'amélioration des pratiques en matière de santé et de services sociaux, mais encore a-t-il le potentiel de s'imposer comme un outil essentiel aux fins d'effectuer les difficiles choix collectifs à venir des Québécois en matière d'allocation de ressources, en santé mentale comme ailleurs. De plus, l'OPQ voit d'un très bon œil la création d'un institut qui aura pour effet de sortir la santé mentale de son statut de parent pauvre en la plaçant sur le même pied que la santé physique et en consacrant ses ressources à d'autres déterminants de la santé que les seuls déterminants physiques. De tels efforts sont d'autant plus pertinents, voire urgents, qu'au Québec, à tout moment, une

personne sur six souffre de maladie mentale⁶. À elle seule, la dépression majeure touche 16 % des adultes au cours de leur vie⁷. Environ 50 % des patients sont traités pour leur dépression; seul le tiers reçoit un traitement adéquat⁸. Selon Stephens et Joubert⁹, les coûts directs et indirects liés à la dépression et à la détresse psychologique seraient évalués à 14.4 milliards de dollars.

L'OPQ exhorte toutefois à la prudence le législateur ainsi que les futurs dirigeants du nouvel organisme, en particulier en matière de santé mentale et de relations humaines. Il importe en effet de souligner certains risques inhérents à l'imposition de modalités d'intervention qui, par exemple, seraient trop limitatives et qui n'impliqueraient pas un suivi systématique et continu du client. L'intervention en psychologie, notamment la psychothérapie, et ce, même lorsqu'elle s'appuie sur un manuel de traitement, ne peut pas et ne doit pas exclure le jugement clinique du professionnel. En effet, l'utilisation d'un manuel de traitement ne peut suffire à assurer l'efficacité d'une intervention et il importe que le professionnel demeure flexible afin d'ajuster le traitement au patient selon :

- son jugement clinique;
- les données de la recherche;
- l'évaluation continue des effets du traitement;
- les caractéristiques du client et son contexte de vie;
- la nature des problèmes ou de la pathologie présentés;
- le contexte et les circonstances dans lesquelles les services sont rendus¹⁰.

Il importe aussi de souligner toute l'importance d'assurer une diversité dans les modalités de traitements. Bien que l'efficacité des thérapies cognitivo-comportementales soit très bien établie, il existe d'autres thérapies reconnues, ou en voie de l'être, auxquelles il faut recourir pour répondre aux besoins de l'ensemble des patients¹¹.

De plus, l'OPQ souligne à nouveau que le succès et l'impact des travaux de l'INESSS reposeront sur sa transparence et sa crédibilité auprès des divers milieux où il voudra

⁶ Voir Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec (2005). *Le plan d'action en santé mentale 2005-2010 : la force des liens*, Québec. Voir aussi Health Canada (2002). *A Report on Mental Illnesses in Canada*. Ottawa, Canada. Le site web du World Health Organisation constitue également une source importante d'informations sur la santé (<http://www.who.int/en>).

⁷ Voir Kessler, R.C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Koretz, D., Merikangas, K.R., Rush, A.J., Walters, E.E., & Wang, P.S. (2003) ; Conseil Médical du Québec (2001).

⁸ Kessler, R.C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Koretz, D., Merikangas, K.R., Rush, A.J., Walters, E.E., & Wang, P.S. (2003). *Op. cit.*

⁹ Stephens, T., & Joubert, N. (2001).

¹⁰ Voir entre autres, Beutler, L.E., Consoli, A.J. (2005); Castonguay, L.G., & Beutler, L.E. (2006); Castonguay, L.G., & Beutler, L.E. (2005); Chambless, D.L., & Ollendick, T.H., (2001).

¹¹ Voir aussi Borkovec, T.D., Newman, M.G., Pincus, A.L., & Lytle, R. (2002); Messer, S.B., & Wampold, B.E. (2002); Wampold, B.E. (2005); Wampold, B.E. (2001).

justement avoir un impact. Dans ce contexte, l'OPQ croit qu'il y a lieu d'apporter au projet de loi quelques modifications qui renforceront la gouvernance et l'imputabilité du nouvel organisme et, par conséquent, sa transparence et sa crédibilité.

Enfin, dans ce même esprit, l'OPQ estime que la loi devrait dès maintenant spécifier que l'évaluation quinquennale de l'INESSS prévue au projet de loi devra comporter la consultation des parties prenantes de l'INESSS, dont les ordres professionnels concernés.

Sommaire des recommandations

Sur la nature et la portée des lignes directrices dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines

- R 1 :** Que les lignes directrices produites par l'INESSS dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines fassent une large place à l'évaluation des caractéristiques et circonstances propres à chaque cas individuel.
- R 2 :** Que la loi oblige l'INESSS à consulter systématiquement les ordres professionnels dont les membres seront touchés par ses activités. En particulier, que l'OPQ soit consulté systématiquement dès lors que les travaux de l'INESSS porteront sur des activités liées au champ d'exercice des psychologues.

Sur la transparence et l'imputabilité de l'INESSS

- R 3 :** Que la loi spécifie des exigences minimales en termes de représentation de certaines disciplines au sein du conseil d'administration de l'INESSS, et notamment que celui-ci devrait comprendre au moins un psychologue, membre en règle de l'OPQ.
- R 4 :** Que le deuxième alinéa de l'article 16 du projet de loi soit modifié pour se lire comme suit :
 - « Un membre se qualifie comme indépendant s'il n'a pas, de manière directe ou indirecte, de relations ou d'intérêts, par exemple de nature financière, commerciale, professionnelle ou philanthropique, susceptibles de nuire à son impartialité réelle ou perçue eu égard aux intérêts de l'Institut. »
- R 5 :** Que l'article 10 du projet de loi soit modifié afin de prévoir l'existence et le fonctionnement obligatoires d'un comité permanent de santé mentale et relations humaines, formé majoritairement de professionnels de ce secteur d'activité.
- R 6 :** Que le projet de loi soit modifié pour prévoir la présence d'au moins un psychologue à la table de concertation prévue à l'article 40 du projet de loi.
- R 7 :** Que la loi spécifie que le ministre déposera le plan de l'INESSS et ses mises à jour à l'Assemblée nationale dans les 15 jours de leur approbation ou, si elle ne siège pas, dans les 15 jours de la reprise de ses travaux.

R 8 : Que la loi précise que le rapport annuel de gestion de l'INESSS doit rendre compte de l'exécution de son plan triennal en regard des objectifs définis. Et que la loi spécifie que le rapport de gestion contienne en outre au moins les renseignements suivants :

- l'identification des membres du conseil qui se qualifient comme indépendants et ceux qui ne se qualifient pas comme indépendants;
- le rapport d'activités de chacun des comités du conseil d'administration;
- le rapport d'activités de la table de concertation;
- le rapport sur les consultations effectuées auprès des milieux et parties prenantes, peu importe le véhicule utilisé.

R 9 : Que l'article 100 du projet de loi soit modifié pour préciser que, au moins au terme du premier quinquennat, l'évaluation devra comprendre un forum où les parties prenantes auront l'occasion de se faire entendre. Ce forum pourrait prendre la forme d'une commission parlementaire, possiblement après la production et la diffusion d'un document d'évaluation par une source « indépendante »; la loi pourrait aussi spécifier dès maintenant que l'auteur du rapport indépendant devra procéder à une large consultation auprès des parties prenantes, en particulier les ordres professionnels pertinents.

Sur la transmission d'informations personnelles

R 10 : Que le deuxième alinéa de l'article 12 soit retiré du projet de loi.

Références

- Beutler, L.E., Consoli, A.J. (2005). Systematic Treatment Selection and Prescriptive Psychotherapy. In J.C. Norcross & M.R. Goldfried (Eds.). *Handbook of psychotherapy integration* (2nd ed.). (pp. 121-143). New York, NY: Oxford University Press
- Borkovec, T.D., Newman, M.G., Pincus, A.L., & Lytle, R. (2002). A component analysis of cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety disorder and the role of interpersonal problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 70*(2), 288-298
- Castonguay, L.G., Beutler, L.E. (2006). Principles of Therapeutic Change: A Task Force on Participants, Relationships, and Techniques Factors. *Journal of Clinical Psychology, 62*(6), 631-638
- Castonguay, L.G., & Beutler, L.E. (2005). *Principles of Therapeutic Change that Work*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Chambless, D.L., & Ollendick, T.H., (2001). Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidence. *Annual Review of Psychology, 52*, 685-716.
- Chwalisz, K. (2008). The future of counseling psychology: Improving quality of life for persons with chronic health issues. *Counseling Psychologist, 36*(1), 98-107
- Conseil Médical du Québec (2001). *Les maladies mentales: un éclairage contemporain*. Québec.
- Direction des communications du MSSS (2008). *Rapport du Comité d'implantation de l'institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS)*. Document télé-accessible à l'adresse URL suivante : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2008/08-716-01.pdf>
- Gouvernement du Québec, *Moderniser la gouvernance des sociétés d'État*, Québec, avril 2006
- Health Canada (2002). *A Report on Mental Illnesses in Canada*. Ottawa, Canada
- Hoffman, B.M., Papas, R.K., Chatkoff, D.K., & Kerns, R.D. (2007). Meta-analysis of psychological interventions for chronic low back pain. *Health Psychology, 26*(1), 1-9
- Hunsley, J. (2002). *The cost effectiveness of psychological interventions*. Canadian Psychological Association.
- Imel, Z.E., Malterer, M.B., McKay, K.M., et coll. (2008). A meta-analysis of psychotherapy and medication in unipolar depression and dysthymia. *Journal of Affective Disorders, 110*(3), 197-206.
- Kessler, R.C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Koretz, D., Merikangas, K.R., Rush, A.J., Walters, E.E., & Wang, P.S. (2003). National Comorbidity Survey Replication. The epidemiology of major

depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Journal of the American Medical Association*, 289, 3095-3105.

Kop, W.J. (2005). Psychological interventions in patients with coronary heart disease. In L.C. James & R.A. Folen (Eds.). *The primary care consultant: The next frontier for psychologists in hospitals and clinics*. (pp. 61-81). Washington, DC: American Psychological Association.

Messer, S.B., & Wampold, B.E. (2002). Let's face facts: Common factors are more potent than specific therapy ingredients. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(1), 21-25

Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec (2005). *Le plan d'action en santé mentale 2005-2010 : la force des liens*, Québec.

Morrow, G.R., Roscoe, J.A., Mustian, K.M., Hickok, et coll. (2009). Behavioral interventions for side effects related to cancer and cancer treatments. In S.M. Miller, D.J. Bowen, et coll (Eds.). *Handbook of cancer control and behavioral science: A resource for researchers, practitioners, and policymakers*. (pp. 347-360). Washington, DC: American Psychological Association.

Powell, L.H., Calvin, J.E. III, & Calvin, J.E. Jr. (2007). Effective obesity treatments. *American Psychologist*, 62(3), 234-246.

Stephens, T., & Joubert, N. (2001). The economic burden of mental health problems in Canada. *Chronic Diseases in Canada*, 22, 18-23.

Wampold, B.E. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings*. Mahwah, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.

Wampold, B.E. (2005). Establishing Specificity in Psychotherapy Scientifically: Design and Evidence Issues. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 12(2), 194-197.

Wilson, D.K. (2008). Commentary for Health Psychology special issue: Theoretical advances in diet and physical activity interventions. *Health Psychology*, 27(1, Suppl.), S1-S2