

La pratique infirmière en santé mentale et l'ordre négocié des professions : analyse des discours publics portant sur l'encadrement de la psychothérapie au Québec (Canada)

Pierre Pariseau-Legault ^a, inf., Ph.D., Ricardo A. Ayala ^b, sociol., Ph.D.,
Lisandre Labrecque-Lebeau ^c, sociol., Ph.D., Sandrine Vallée-Ouimet ^d, inf., M.Sc.,
Audrey Bujold ^d, inf., M.Sc., et Christine Gervais ^e, inf., Ph.D.

^a professeur agrégé, département des sciences infirmières, Université du Québec en Outaouais

^b professeur, Universidad de Las Américas, Facultad de la salud y ciencias sociales, Chili

^c chercheure universitaire en milieu de pratique, CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Île-de-Montréal, CREMIS

^d candidate au doctorat, département des sciences infirmières, Université du Québec en Outaouais

^e professeure titulaire, département des sciences infirmières, Université du Québec en Outaouais

Résumé

Introduction. Les problématiques d'accès aux soins et aux services de santé mentale représentent un enjeu mondial. Au Québec (Canada), plus de 15 000 personnes sont actuellement en attente de recevoir de tels services dans le système public. En réponse à cet enjeu, les politiques sociales visant à améliorer l'accessibilité des services de santé mentale s'appuient désormais sur un continuum allant des autosoins à la psychothérapie. Parallèlement, les changements apportés à l'organisation des professions au cours des vingt dernières années ont restreint l'exercice de la psychothérapie à un nombre limité de professionnels, dont aux infirmières, sous certaines conditions. **Objectif.** Analyser l'influence des politiques publiques balisant l'exercice de la psychothérapie au Québec sur la configuration des pratiques d'intervention en santé mentale. **Méthodologie.** Les politiques et discours publics participant à l'organisation des services de santé mentale au Québec (n=48) ont fait l'objet d'une analyse critique de discours informée par la théorie de l'ordre négocié de Strauss. **Résultats.** Cette analyse suggère que les pratiques d'intervention en santé mentale sont discursivement dissociées de leur portée thérapeutique et limitées à leur dimension technique. Ce constat évoque un écosystème professionnel traversé par d'importantes hiérarchies disciplinaires, entretenant une dynamique de subordination de ces pratiques bien qu'elles s'appuient sur les facteurs communs de la relation d'aide. **Conclusion.** Les conséquences de ces tensions sont nombreuses pour la discipline infirmière, les plus importantes étant le déni de reconnaissance de sa contribution à une offre de services de première ligne en santé mentale.

Mots-clefs : analyse de discours, ordre négocié, psychothérapie, santé mentale, soins primaires

Mental health nursing and the negotiated order of professions: an analysis of public discourses regarding the regulation of psychotherapy in Quebec (Canada)

Introduction. Access to mental health care and services is a global issue. In Quebec (Canada), over 15,000 people are currently waiting to receive such services in the public system. In response to this challenge, social policies aimed at improving accessibility to mental health services are now based on a continuum ranging from self-care to psychotherapy. At the same time, changes in the organization of the professions over the last twenty years have restricted the practice of psychotherapy to a limited number of professionals, including nurses, under specific conditions. **Aim.** To analyze the influence of public policies governing the practice of psychotherapy on the configuration of mental health intervention practices. **Methodology.** Public policies and discourses involved in the organization of mental health services in Quebec (n=48) were subjected to a critical discourse analysis informed by Strauss's theory of negotiated order. **Results.** Our analysis suggest that mental health nursing practices have been dissociated from their therapeutic scope and limited to their technical dimension. This finding evokes a professional ecosystem characterized by important disciplinary hierarchies, maintaining a dynamic of subordination of these practices, even though they are based on a common factors approach. **Conclusion.** The consequences of these tensions are numerous for the nursing discipline, the most important being the denial of recognition of its contribution to accessible community mental health services.

Keywords: discourse analysis, negotiated order, psychotherapy, mental health, primary care

Toute correspondance concernant cet article doit être adressée à M. Pierre Pariseau-Legault pierre.pariseau-legault@uqo.ca

Les problématiques d'accès en temps opportun aux soins et aux services de santé mentale représentent un enjeu mondial (Organisation mondiale de la Santé, 2022). Au Canada seulement, il est estimé qu'un Canadien sur cinq présente un problème de santé mentale courant (Commission de la santé mentale du Canada, 2017), sans toutefois demander ou obtenir les soins requis par sa condition. Au Québec, en date du 10 avril 2024, plus de 15 000 personnes étaient en attente de recevoir des services de soins primaires en santé mentale dans le secteur public (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2024) et ces services figurent parmi les secteurs les plus précaires de l'organisation du système de santé (Champagne et al., 2017). Ce chiffre ne tient pas compte des personnes qui, confrontées à l'état déplorable des services et à la crainte de stigmatisation, évitent d'y recourir (Warin, 2017) ou optent pour des soins offerts par le secteur privé. Pour répondre à une problématique mondiale, les politiques sociales visant à améliorer l'accès aux services de santé mentale s'appuient désormais sur un continuum allant des autosoins à la psychothérapie. Ce continuum est construit comme une stratégie pragmatique visant à offrir aux personnes vivant avec un problème de santé mentale une intensité d'intervention individualisée, tout en ayant l'objectif de réduire le temps d'accès et les coûts associés au financement des services de santé mentale (Moroz et al., 2020; Rivero-Santana et al., 2021).

Environ 90% des troubles mentaux courants, définis par Lebrun-Paré et al. (2023) comme englobant les troubles anxieux, de l'humeur et liés à l'usage de substances psychoactives, pourraient être traités dans les services de soins primaires (Fleury, 2014). L'intégration de la psychothérapie à ces services serait aussi susceptible de réduire de 20 % à 30 % les dépenses associées à leur prise en charge (Moroz et al., 2020). Cet idéal se heurte toutefois à une pénurie persistante de personnel autorisé à pratiquer la psychothérapie. Bien que les discours publics s'intéressent majoritairement à la pénurie de psychologues, dont plusieurs choisissent d'œuvrer au sein du secteur privé (Roy, 2016; Lapalme et al., 2018), il est utile de rappeler qu'au Québec, la pratique de la psychothérapie a récemment été règlementée et est accessible à plusieurs autres groupes professionnels, dont les médecins, travailleurs sociaux et infirmières (Gouvernement du Québec, 2009). Ce manque de reconnaissance de la contribution du personnel soignant à l'offre de services de santé mentale est constaté dans plusieurs pays, notamment en Australie où les infirmières en santé mentale « disparaissent des programmes financés par les pouvoirs publics qui subventionnent la

psychothérapie et les traitements psychologiques dans le cadre des soins primaires » au bénéfice de monopoles professionnels (Hurley et al., 2020, p. 652, traduction libre).

Dans un contexte organisationnel caractérisé par l'inaccessibilité persistante des services de santé mentale et une pénurie de personnel qualifié dans le secteur public, les effets systémiques induits par l'encadrement de la psychothérapie au Québec soulèvent plusieurs enjeux d'ordre pratique. D'abord, une attention portée aux dynamiques de pouvoir associées à cet encadrement permettrait de mieux saisir ses effets sur les pratiques d'intervention. Ces dynamiques semblent particulièrement importantes à analyser dans la mesure où elles participent à la différenciation des pratiques dites légitimes des pratiques dites illégitimes, voire répréhensibles. Ensuite, les enjeux de reconnaissance des interventions du personnel soignant œuvrant en santé mentale, mais n'étant pas formellement autorisé à pratiquer la psychothérapie, méritent d'être étudiés davantage. L'objectif de cet article est d'analyser l'influence des politiques publiques balisant l'exercice de la psychothérapie au Québec sur la configuration sociale et professionnelle des pratiques d'intervention en santé mentale. Ce faisant, nous chercherons à répondre aux deux questions suivantes :

1. Quelles sont les dynamiques de négociation participant à la différenciation discursive des interventions qui constituent de la psychothérapie de celles qui n'en sont pas ?
2. Quelles sont les conséquences potentielles de ces dynamiques sur la construction des pratiques d'intervention en santé mentale au Québec ?

Contexte social et historique

Le développement de frontières disciplinaires joue un rôle important dans l'écosystème des professions en santé mentale. Ces frontières participent à la construction discursive des pratiques dites légitimes et illégitimes, en plus d'influencer la formation d'alliances entre les professions. La professionnalisation de la psychothérapie n'échappe pas à cette tendance en Amérique du Nord, tout comme en Europe. Au tournant de la Seconde Guerre mondiale, psychiatres et psychologues américains tentent d'assurer le monopole de cette pratique dans une relation corporatiste oscillant entre compétition et coopération (Buchanan, 2003). Propulsée par l'émergence de la psychologie clinique, la discipline psychologique s'inscrit alors dans une quête d'indépendance et de reconnaissance juridique, tout en calquant ses pratiques professionnelles sur

celles de la médecine (Wiener, 1953; Buchanan, 2003). D'autre part, la discipline psychiatrique cherche à conserver sa mainmise et son monopole médical sur le traitement de la psyché (Benjamin, 2005; Prud'homme, 2014).

Ce n'est qu'à partir des années 1970 que la psychologie en tant que discipline en vient à assurer sa domination sur la pratique de la psychothérapie (Benjamin, 2005). Toutefois, l'absence d'une définition claire de ce qui constitue la psychothérapie, tout comme la présence de traditions multiples caractérisant sa pratique, alimentent de vives tensions disciplinaires (Szasz, 1974; Buchanan, 2003). Parallèlement et bien qu'il soit reconnu qu'à cette époque, les infirmières pratiquaient couramment et informellement la psychothérapie, celles-ci ne constituaient pas une menace à cette dynamique de compétition interprofessionnelle en raison de leur relation de subordination bien établie à la médecine psychiatrique (Buchanan, 2003; Hurley et Lakeman, 2021). Comme le soutien Lego (1973) à propos des infirmières psychothérapeutes, la question de la subordination par indifférenciation est centrale aux enjeux de reconnaissance professionnelle :

Si nous, à titre d'infirmières, ne sommes pas en mesure d'affirmer que nous offrons un service psychothérapeutique différent de celui offert par les autres disciplines, nous ne pouvons pas justifier notre pratique de la psychothérapie. (Lego, 1973, p. 147, traduction libre)

Au Québec, au tournant des années 1980, des dynamiques de négociation interprofessionnelles similaires sont à l'œuvre. Tout comme certaines infirmières psychiatriques, les travailleurs sociaux pratiquent la psychothérapie « de biais », en employant une approche teintée d'une compréhension sociale des troubles psychiques et en elle-même « peu menaçante pour l'équilibre interne des établissements », tandis que les psychologues contestent ouvertement l'autorité médicale (Prud'homme, 2014, p. 108). Cet investissement du champ d'action psychothérapeutique par diverses professions entraîne alors une différenciation de la part des psychologues. Ils s'éloignent des domaines d'intervention partagés et intègrent à leur pratique de la psychothérapie les approches comportementales, par opposition aux psychiatres qui « s'associent pour leur part à une compréhension organique des maux de l'esprit et se définissent de plus en plus, après 1960, par l'usage de la médication » (Prud'homme, 2014, p. 109). Malgré tout, la recherche d'émancipation de la psychologie vis-à-vis l'autorité médicale se heurte, du moins sur le plan administratif, au maintien d'une relation de subordination (Prud'homme, 2014). Dès

1980 et jusqu'au début des années 2000, de nombreuses discussions interprofessionnelles ont lieu afin de régler le titre de psychothérapeute et l'exercice de la psychothérapie (Trudeau et al., 2015).

À l'instar de plusieurs pays dont les États-Unis et l'Australie (Buchanan, 2003; Hurley et al., 2020; Hurley et Lakeman, 2021), la pratique de la psychothérapie a donc été pendant très longtemps informellement balisée au Québec, ce qui est encore le cas dans certaines provinces canadiennes (Association canadienne de counseling et de psychothérapie, 2023). La situation a toutefois changé en 2012, lors de l'entrée en vigueur de la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines (Gouvernement du Québec, 2009). Les modifications apportées à certaines lois suivant cette réforme, dont au Code des professions, ont été élaborées afin de mieux protéger la population recevant des services de psychothérapie. Elles ont eu pour effet de réserver le titre de psychothérapeute et l'exercice de la psychothérapie à des professionnels désignés et formés, dont les infirmières, sous certaines conditions établies par le Règlement sur le permis de psychothérapeute. Ces conditions seront discutées ultérieurement dans cet article. À l'heure actuelle et plus de dix ans après l'entrée en vigueur de cette réglementation, un total de 41 infirmières sont titulaires d'un permis de psychothérapeute (Ordre des psychologues du Québec, 2023) alors qu'environ 5,8% des 83 000 infirmières du Québec œuvrent en santé mentale (Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec, 2023).

Plus récemment, le déploiement du Programme québécois pour les troubles mentaux (ci-après, PQPTM), lui-même inspiré des lignes directrices du National Institute for Health and Care Excellence (NICE), a établi un continuum d'interventions allant des autosoins à la psychothérapie. L'objectif général de ce programme est de viser l'amélioration de l'accès aux services de santé mentale et leur efficacité, en proposant un modèle de soins par étapes. Cette philosophie d'intervention vise à offrir des services adaptés à la condition des personnes au moment opportun (Rivero-Santana et al., 2021). Ce programme prescrit une variété d'interventions, dont les interventions psychologiques et la psychothérapie qui constituent deux activités distinctes au sens du PQPTM.

Considérations théoriques et méthodologiques

Une épistémologie critique informe ce projet. Afin de répondre aux questions de recherche, nous avons réalisé une analyse des discours publics

associés à l'encadrement de la psychothérapie au Québec pour la période 2003-2023 (n=48). Le corpus des données est présenté au Tableau 1. À ce corpus s'ajoutent des écrits scientifiques permettant d'établir le contexte historique, social et politique de la problématique étudiée. Pour appuyer notre discussion, nous avons mobilisé la théorie de l'ordre négocié de Strauss (1992a,b) et une approche méthodologique inspirée de l'analyse foucauldienne de discours (Arribas-Ayllon et Walkerdine, 2017). Dans le cadre de cette

démarche, nous avons porté un intérêt particulier aux éléments discursifs précédant l'adoption du cadre légal balisant actuellement l'exercice de la psychothérapie, à ceux faisant l'objet d'une entente commune au sein des groupes professionnels concernés, ainsi qu'aux contre-discours ayant émergé à la suite de ces modifications à l'écosystème professionnel. Ce projet a fait l'objet d'une déclaration éthique au Comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec en Outaouais (2024-3013) (Voir tableau 1).

Tableau 1. Documents composant le corpus de données

	Auteur(s)	Date de publication	Titre	Catégorie *
1	Association des psychothérapeutes du Québec	2022	Lettre envoyée à Lionel Carmant en réponse au lancement du Plan interministériel en santé mentale	Discours public
2	Bérubé, S., Boudou-Laforce, E., & Gagné, A.A.	2019	Loi 21: une catégorisation aux effets pervers	Discours public
3	Coalition des psychologues du réseau public québécois	2022	La solution à la pénurie de psychologues dans le réseau public passe par la formation d'un syndicat de psychologues	Discours public
4.1-4.10	Collège des médecins du Québec, Ordre des Conseillers et conseillères d'orientation du Québec, Ordre des ergothérapeutes du Québec, Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, Ordre des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec, Ordre des psychologues du Québec, Ordre professionnel des criminologues du Québec, Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec & Ordre professionnel des sexologues du Québec (ci-après, Collège des médecins du Québec et al.) – Guide interordre (4.1), outil d'aide à la décision (4.2), Vignettes cliniques (4.3-4.10)	2018	L'exercice de la psychothérapie et des interventions qui s'y apparentent : Trouver la frontière entre les interventions de différents professionnels et la psychothérapie	Politique sociale
5	Conseil consultatif interdisciplinaire sur l'exercice de la psychothérapie (Ordre des psychologues du Québec)	2012	Avis du Conseil consultatif interdisciplinaire sur les questions complémentaires au sujet de la zoothérapie	Politique sociale

	Auteur(s)	Date de publication	Titre	Catégorie *
6	Conseil consultatif interdisciplinaire sur l'exercice de la psychothérapie (Ordre des psychologues du Québec)	2012	Avis du Conseil consultatif interdisciplinaire sur l'exercice de la psychothérapie : Résumé des conclusions	Politique sociale
7	Conseil consultatif interdisciplinaire sur l'exercice de la psychothérapie (Ordre des psychologues du Québec)	2015	Rapport de fin de mandat 2010-2015	Littérature grise
8	Corporation des Zoothérapeutes du Québec	2014	Projet de loi 21 et la zoothérapie	Discours public
9	Desjardins, N. (en collaboration avec l'Association des psychothérapeutes du Québec)	2021	Les 1600 psychothérapeutes sont là pour aider!	Discours public
10	Desjardins, N. (en collaboration avec l'Association des psychothérapeutes du Québec)	2020	Pour un accès universel à la psychothérapie : les psychothérapeutes répondent « présents »!	Discours public
11	Drapeau, M.	2016	L'encadrement de la psychothérapie au Québec : un pas en avant, deux pas en arrière?	Commentaire ou éditorial
12	Drapeau, M.	2020	Pour un accès universel à la psychothérapie	Commentaire ou éditorial
13	École de formation professionnelle en hypnothérapie du Québec et Ordre des Psychologues du Québec	2015	Entente relative aux services pouvant être offerts en conformité avec les dispositions du projet de loi 21 par les praticiens en hypnose qui ne sont ni psychologues, ni médecins, ni détenteurs d'un permis de psychothérapeute	Politique sociale
14	Fédération Interprofessionnelle de la santé du Québec	2012	Révision du système professionnel : les impacts de la loi 21	Littérature grise
15	Gauvreau, C.	2017	Des effets pervers : la loi sur la pratique de la psychothérapie a exclu des charlatans, mais aussi des professionnels compétents	Discours public
16	Gouvernement de l'Ontario	2023	Regulated Health Professions Act	Texte législatif
17	Gouvernement du Québec	2023	Code des professions	Texte législatif
18	Gouvernement du Québec	2023	Règlement sur le permis de psychothérapeute	Texte législatif
19	Gouvernement du Québec	2009	Projet de loi no. 21	Texte législatif

	Auteur(s)	Date de publication	Titre	Catégorie *
20	Gouvernement du Québec	2009	Journal des débats de la Commission permanente des institutions Le mardi 16 juin 2009 — Vol. 41 N° 23 Consultations particulières sur le projet de loi n° 21 - Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines Étude détaillée du projet de loi n° 21 - Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines	Texte législatif
21	Gouvernement du Québec (Ministère de la Santé et des Services sociaux)	2019	Obtenir de l'aide ou du soutien pour les troubles mentaux fréquents : document d'information à l'intention du public (PQPTM)	Politique sociale
22	Gouvernement du Québec (Ministère de la Santé et des Services sociaux)	2020	Document de soutien pour le repérage, l'intervention et l'orientation pour les adultes présentant des symptômes associés aux troubles mentaux fréquents dans les services sociaux généraux - Résumé des recommandations des étapes 1 et 2 du programme québécois pour les troubles mentaux : des auto-soins à la psychothérapie (PQPTM)	Politique sociale
23	Gouvernement du Québec (Ministère de la Santé et des Services sociaux)	2020	Document d'information à l'intention des établissements - Programme québécois pour les troubles mentaux : des auto-soins à la psychothérapie (PQPTM)	Politique sociale
24	Gouvernement du Québec (Ministère de la Santé et des Services sociaux)	2021	Troubles mentaux fréquents : repérage et trajectoires de services (PQPTM)	Politique sociale
25	Gouvernement du Québec (Ministère de la Santé et des Services sociaux)	2022	Trouble d'anxiété généralisée et trouble panique chez les adultes : repérage, orientation et traitement - Guide de pratique clinique (PQPTM)	Politique sociale
26	Gouvernement du Québec (Ministre de la Justice et responsable de l'application des lois professionnelles)	2016	Rapport sur la mise en application du chapitre VI.1 du Code des professions relativement à l'encadrement de la psychothérapie	Politique sociale

	Auteur(s)	Date de publication	Titre	Catégorie *
27	Gouvernement du Québec (Office des professions)	2005	Partageons nos compétences : Modernisation de la pratique professionnelle en santé mentale et en relations humaines (rapport Trudeau)	Politique sociale
28	Gouvernement du Québec (Office des professions)	2021 (avril)	Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines : Guide explicatif	Politique sociale
29	Gouvernement du Québec (Office des professions)	2021 (janvier)	Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines : Guide explicatif	Politique sociale
30	Gouvernement du Québec (Office des professions)	2013	Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines : Guide explicatif	Politique sociale
31	Groupe de travail sur l'optimisation de la formation en psychologie et en santé mentale	2023	Santé mentale : des formations qui répondent aux besoins de la population	Politique sociale
32	Lapalme, M., Moreault, B., Fansi, A.K., Jehanno, . (Institut national d'excellence en santé et en services sociaux)	2018	Accès équitable aux services de psychothérapie au Québec	Littérature grise
33	Larin, V.	2021	Santé mentale: Québec sort le chèque pour embaucher des psychologues au privé	Discours public
34	Lorquet, E.	2012	Affaires juridiques : Les avis du Conseil consultatif interdisciplinaire sur l'exercice de la psychothérapie	Littérature grise
35.1 – 35.14	Mémoires déposés dans le cadre du projet de loi no. 21 (n=14)	2009	Consultations particulières sur le projet de loi n° 21 - Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines	Mémoire déposé en commission parlementaire
36.1 – 36.31	Mémoires déposés dans le cadre du projet de loi no. 50 (n=31)	2008	Consultations particulières sur le projet de loi n° 50 - Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines	Mémoire déposé en commission parlementaire
37	Gouvernement du Québec (Ministère de la Santé et des Services sociaux)	2022	Trouble d'anxiété sociale : repérage, évaluation et traitement - Guide de pratique clinique (PQPTM)	Politique sociale

	Auteur(s)	Date de publication	Titre	Catégorie *
38	Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario	2023	Psychotherapy and the controlled act component of psychotherapy	Politique sociale
39	Ordre des psychologues du Québec	2023	Rapport annuel 2022-2023	Littérature grise
40	Ordre des psychologues du Québec	2022	Cours reconnus en vue de l'obtention du permis de psychothérapeute pour correspondre aux exigences réglementaires	Littérature grise
41	Radio-Canada (Enjeux)	2003	Les thérapies dangereuses	Discours public
42	Regroupement des intervenants et Thérapeutes en Médecine Alternative et Ordre des Psychologues du Québec	2015	Entente relative aux services pouvant être offerts en conformité avec les dispositions du projet de loi 21 par les praticiens en hypnose qui ne sont ni psychologues, ni médecins, ni détenteurs d'un permis de psychothérapeute	Politique sociale
43	Rességuier, V.	2022	Pénurie de psychologues dans le réseau public : un record de postes à pourvoir	Discours public
44	Rességuier, V.	2022	Psychologues au public : « Le problème, c'est qu'on ne respecte pas notre expertise »	Discours public
45	Roy, C.	2016	Affirmation de la profession : Quels sont les défis pour les psychologues québécois ?	Commentaire ou éditorial
46	Savard, P. & Lussier-Valade, M.	2019	La thérapie de soutien un mini-guide de pratique (première édition)	Littérature grise
47	Than, V.	2022	L'épidémie silencieuse : la santé mentale des Québécois et l'enjeu de l'accès à la psychothérapie	Littérature grise
48	Trudeau, J.B., Desjardins, P., & Dion, A.	2015	Psychothérapie – Un encadrement nécessaire et légalement reconnu au Québec	Commentaire ou éditorial

* Afin de constituer le corpus des données sur lequel s'appuie cette réflexion, nous avons cherché à différencier les **discours publics** (par exemple, articles de journaux ou lettres adressées aux médias, textes provenant de sites internet), les **textes législatifs** (lois et règlements), les **politiques sociales** découlant de ces textes législatifs (par exemple, lignes directrices), les **commentaires et éditoriaux** parus au sein de journaux académiques, les **mémoires déposés en commission parlementaire**, ainsi que la **littérature grise** (par exemple, guides de pratique, documents internes aux organisations et accessibles au public)

Le concept de négociation est au centre de plusieurs postulats sociologiques portant sur la régulation sociale (Allain, 2004). C'est toutefois Strauss (1992a), en étudiant les interactions quotidiennes des acteurs évoluant au sein d'un hôpital psychiatrique, qui introduit et articule davantage la théorie de l'ordre négocié. Dans ses travaux subséquents, Strauss (1992b) démontre l'utilité de cette théorie afin de mieux comprendre la vie quotidienne des organisations et l'effet structurant de leurs dynamiques de pouvoir sur les rapports sociaux. La théorie proposée par Strauss s'oppose à une lecture essentiellement fonctionnaliste de l'action et s'intéresse plutôt aux logiques d'appropriation, de négociation et de mise en œuvre des procédures, des règles (formelles et informelles) et des rôles au sein des organisations. L'ordre social doit ainsi faire l'objet d'une multiplicité de transactions de la part des acteurs formant l'écosystème des professions (Strauss, 1992b), l'ordre étant « une chose à laquelle les membres de toute société, de toute organisation, doivent travailler. » (Strauss, 1992a, p. 88). Allen (1997) s'est aussi intéressé à la dynamique de négociation des frontières professionnelles entre infirmières et médecins. Critiquant l'usage des théories de l'ordre négocié et à l'instar de Strauss (1992b), elle suggère l'intérêt d'une perspective systémique plutôt qu'individuelle, qui s'intéresserait donc aux conditions d'arrière-scène des interactions sociales, afin d'étudier les dynamiques de négociation.

Les données ont été collectées par le premier auteur de cet article. Elles ont fait l'objet d'une analyse foucauldienne de discours inspirée de l'approche méthodologique proposée par Arribas-Ayllon et Walkerdine (2017). Il s'agit d'une approche déductive et interprétative (Sam, 2019) fréquemment mobilisée dans le domaine de la psychologie critique, notamment afin « d'exposer les conditions historiques et spécifiques aux sociétés occidentales ayant permis à la psychologie de gouverner la conduite des individus » (Arribas-Ayllon et Walkerdine, 2017, p. 110-111, traduction libre). L'analyse foucauldienne de discours permet, entre autres, d'explorer les conditions sociales et historiques contribuant à l'émergence de régimes de vérité. Ces régimes de vérité, par leur fonction d'intelligibilité, déterminent la légitimité des savoirs spécifiques à une époque donnée, tout en aménageant les conditions de possibilité et de sens même de l'action (Foucault, 2012; Khan et MacEachen, 2021). Les données ont été analysées par le premier auteur de cet article et les résultats préliminaires ont fait l'objet d'une analyse de groupe par l'ensemble des auteurs. Tous ont participé à la révision de cet article. Le positionnement du premier auteur, lui-même infirmier en santé mentale, a été susceptible d'influencer l'analyse des données. Les

différentes étapes de notre approche méthodologique sont décrites au Tableau 2.

Résultats

L'analyse des données a fait ressortir quatre thématiques permettant de mieux saisir l'influence des politiques publiques balisant l'exercice de la psychothérapie sur les pratiques d'intervention en santé mentale. Les résultats associés à ces thématiques sont synthétisés dans le Tableau 3. Les dynamiques de négociation et leurs conséquences sur les pratiques sont explorées de manière plus approfondie dans les sections suivantes (Voir tableau 3).

La psychothérapie : entre charlatanisme et légitimité professionnelle

Bien que les dynamiques de négociation professionnelle visant à sécuriser le champ d'action psychothérapeutique ne soient pas nouvelles, c'est en 2003 que survient un point tournant du gouvernement de la psychothérapie au Québec. Un reportage de l'émission « Enjeux » intitulé « Les thérapies dangereuses » (Document 41 - Radio-Canada, 2003) provoque un véritable scandale public, suivi d'une réponse institutionnelle particulièrement réactive :

[Le] reportage-choc sur les thérapies dangereuses, illustr[e] clairement le danger que courent les personnes qui remettent leur santé mentale, voire carrément leur vie, entre les mains de n'importe qui, charlatans et psychothérapeutes autoproclamés de tout acabit. Le lendemain de l'émission, une rencontre préparatoire a lieu à l'Office [des professions] en vue de la mise sur pied d'un comité d'experts sur la modernisation des pratiques professionnelles en santé mentale et en relations humaines. (Document 48 – Trudeau et al., 2015)

La prise de conscience et l'indignation collective ayant succédé à ces événements ont ainsi donné ouverture à la création d'un vaste chantier et à la publication d'un rapport visant la modernisation de la pratique professionnelle en santé mentale et en relations humaines (Document 27 - Office des professions, 2005), puis à des modifications législatives conséquentes visant à mieux protéger le public, regroupées sous le projet de loi no. 21 (Document 19- Gouvernement du Québec, 2009). Plusieurs principes ont guidé cette démarche, dont celui de l'accessibilité compétente qui « assure au patient le service approprié, fourni par la personne compétente, au moment opportun, à l'endroit souhaité et pour la durée requise » (Document 27 - Office des professions, 2005, p. 5).

Tableau 2. Analyse foucauldienne de discours

	Étapes*	Démarche d'analyse
1	Identification d'un corpus discursif correspondant à la problématique étudiée	Démarche inductive ayant menée à l'identification de plusieurs types de discours correspondant à l'exercice de la psychothérapie au Québec (discours publics, textes législatifs, politiques sociales, commentaires et éditoriaux, mémoires déposés en commission parlementaire, littérature grise).
2	Arrimage du corpus discursif aux conditions sociales et historiques ayant contribué à différencier les pratiques légitimes des pratiques illégitimes à une époque donnée	Mise en relation de la problématique au contexte ayant contribué ou succédé à l'adoption des lois et des règlements encadrant la pratique de la psychothérapie au Québec. Période limitée aux années 2003-2023, puisqu'elle réfère au contexte social et historique au cours duquel la pratique de la psychothérapie a été institutionnalisée par voie réglementaire au Québec. Les écrits scientifiques abordant les conditions historiques, sociales et politiques associées à la problématique ont aussi été consultés et s'ajoutent au corpus des données.
3	Exposition des différentes formes de rationalités participant au gouvernement des pratiques analysées	Identification des enjeux disciplinaires, professionnels, sociaux et politiques, dont ceux associés à l'accès à l'exercice de la psychothérapie et aux services de santé mentale au Québec. Identification des enjeux et débats scientifiques associés à la psychothérapie et à la relation d'aide.
4	Analyse des attentes institutionnelles contribuant à déterminer le positionnement discursif des sujets	Analyse des éléments discursifs associés à la conduite attendue des sujets en fonction de leur position sociale, ce qui comprend notamment leurs qualifications, ainsi que des lignes directrices balisant les pratiques d'intervention en santé mentale.
5	Description de la constitution éthique des pratiques sociales découlant des étapes précédentes	Analyse des dynamiques de pouvoir et de résistance associées aux pratiques d'intervention en santé mentale, plus particulièrement des tensions existantes entre les pratiques relevant de la psychothérapie et les pratiques qui ne constituent pas de la psychothérapie.

* Traduit et adapté de Arribas-Ayllon et Walkerdine (2017)

Tableau 3. Synthèse des résultats

	Catégories	Résultats
1	La psychothérapie : entre charlatanisme et légitimité professionnelle	En Amérique du Nord, les dynamiques de négociation professionnelle associées à la psychothérapie ont cours depuis le tournant des années 1970. C'est toutefois en 2003, moment où des pratiques scandaleuses sont publiquement dénoncées, que des discussions relatives à l'encadrement de la psychothérapie au Québec prennent une forme plus concrète. Ces discussions se solderont par des modifications législatives regroupées sous le projet de loi no. 21. Cette loi entre en vigueur en 2012. Elle définit légalement la psychothérapie et restreint son exercice à un nombre limité de professionnels, sous certaines conditions. Cette réforme en vient aussi à exclure bon nombre d'intervenants ayant historiquement pratiqué la psychothérapie.
2	Investissement normatif du champ d'action psychothérapeutique	La réserve du titre de psychothérapeute et de l'exercice de la psychothérapie favorise la mise en place d'un dispositif de contrôle déterminant ce qui peut être dit, écrit et pratiqué lorsqu'il est question de la psyché humaine. Des conditions d'exercice supplémentaires ciblent les professionnels éligibles qui ne sont ni psychologues, ni médecins. Les lignes directrices développées par les Ordres professionnels concernés établissent des balises supplémentaires et des précisions terminologiques afin de distinguer les interventions qui ne sont pas de la psychothérapie.
3	Des pratiques de soins subordonnées	La question du traitement psychologique constitue le point focal des dynamiques de négociation visant la régulation de l'exercice de la psychothérapie. La dissociation du traitement psychologique et des interventions psychologiques entraîne une hiérarchisation des pratiques. Cette distinction semble à contre-courant des connaissances portant sur l'efficacité de la psychothérapie. Des difficultés d'ordre pratique sont aussi observées, notamment en raison du potentiel thérapeutique de certaines interventions qui ne constituent pas de la psychothérapie. Cette situation peut soulever une ambiguïté importante pour les intervenants, qui ont la responsabilité de déterminer la licéité de leurs interventions.
4	De la constitution du soin psychique comme objet technique aux pratiques de résistance	Les pratiques de soins semblent réduites, du moins formellement, à leurs dimensions techniques. Le Programme québécois pour les troubles mentaux (PQTM) illustre cette tendance lorsqu'il différencie la psychothérapie cognitivo-comportementale des « interventions utilisant des techniques cognitivo-comportementales ». Cette dynamique est susceptible d'entraîner une perte de sens pour les intervenants en santé mentale. Certains se dotent de stratégies discursives afin de préserver l'intégrité de leur pratique.

De ce fait, un contrôle accru de la psychothérapie en est venu à déterminer non seulement la légitimité de certaines pratiques, mais également la définition légale de la psychothérapie et la désignation des personnes autorisées à la pratiquer sous certaines conditions. Ainsi, depuis 2012, sous l'égide du Code des professions (Document 17 - Gouvernement du Québec, 2023), le Règlement sur le permis de psychothérapeute (Document 18 - Gouvernement du Québec, 2023) en vient à définir ce qui constitue la psychothérapie. Ce même règlement attribue à l'Ordre des psychologues du Québec le pouvoir de délivrance du permis de psychothérapeute:

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. (Document 17 - Code des professions, 2023, art. 187.1)

Certains estiment que ces modifications législatives favorisent une approche dogmatique de la psychothérapie, qui exclue bon nombre d'intervenants l'ayant historiquement pratiquée tout en concrétisant la domination du discours centré sur les données probantes et promouvant des modèles d'intervention uniques (Document 15 - Gauvreau, 2017).

Par-delà la noble idée de protection du public, il advient qu'à cause de la loi 21, de nombreux thérapeutes compétents, faute de répondre à certaines exigences, ne peuvent désormais plus pratiquer sous l'enseigne de la psychothérapie [...] On peut à juste titre se demander combien de thérapeutes compétents ont été sacrifiés durant l'exercice, et ce, pour combien de charlatans écartés au final ? (Document 2 – Bérubé et al., 2013)

Suivant l'entrée en vigueur du projet de loi no. 21, une hiérarchie professionnelle émerge quant au contrôle du titre de psychothérapeute et de la pratique de la psychothérapie. En effet, la définition légale de la psychothérapie en vient à soutenir une incertitude quant à la licéité de certaines pratiques et leur (non)reconnaissance à titre de psychothérapies, notamment en ce qui concerne la zoothérapie, la musicothérapie, l'art-thérapie et

l'intervention conjugale et familiale. Il a ainsi été déterminé que ces formes de thérapies ne constituaient pas, en elles-mêmes, de la psychothérapie et que les praticiens avaient « l'obligation de distinguer [leurs] intervention[s] de celle de la psychothérapie tant sur le plan du code, de la méthode que des finalités. » (Document 34 - Lorquet, 2012, p. 18-20). Il en est de même pour l'hypnothérapie, pour laquelle une entente précise qu'il « ne fait aucun doute que l'hypnose ou l'hypnothérapie peut être pratiquée et offerte au public par un praticien qui n'est pas psychothérapeute » (Document 13 - École de formation professionnelle en hypnothérapie du Québec et Ordre des psychologues du Québec, 2015, p. 1). Il est utile de noter que cet avis privilégie l'usage du terme « praticien(s) » à celui de « thérapeute(s) ». Ces nuances font écho aux distinctions normatives qui seront discutées dans la prochaine section.

Investissement normatif du champ d'action psychothérapeutique

L'adoption des dispositions législatives visant à protéger le titre de psychothérapeute et l'exercice de la psychothérapie s'est accompagné d'un vaste dispositif de contrôle qui, sous la forme d'un consensus entre les professions concernées, détermine ce qui peut être dit, écrit et pratiqué lorsqu'il est question de la psyché humaine. Bien que la rationalité disciplinaire en vienne à justifier un tel dispositif, que ce soit en ce qui concerne la protection du public ou le contrôle de la qualité des pratiques, l'analyse des conditions sociales et historiques associées à cette rationalité suggère l'influence des dynamiques de négociation interprofessionnelle. Ces dynamiques se traduisent notamment par une logique de coopération entre médecins et psychologues à l'égard de la psychothérapie, bien que cette coopération évoque avant tout la position dominante de la profession médicale sur les autres professions (Garon-Sayegh, 2016).

En ce qui a trait aux psychologues, soulignons que la psychothérapie est le noyau central de leur pratique. Les programmes actuellement offerts par les universités offrent la formation requise pour pratiquer la psychothérapie. Le médecin, quant à lui, a l'opportunité d'être formé pour pratiquer la psychothérapie, particulièrement s'il se spécialise en psychiatrie. (Document 27 - Office des professions, 2005, p. 93)

Par conséquent, le rapport Trudeau, tout comme le projet de loi no. 21, propose de réserver d'emblée le titre de psychothérapeute et la pratique de la psychothérapie aux psychologues et aux médecins, toutes expertises confondues, et d'autre part, le «

partage » de cette réserve à d'autres professionnels suivant des conditions supplémentaires quant à leur formation théorique et pratique. Cette distinction entre psychologues, médecins et les autres professions de la santé suggère la mise en place d'une hiérarchie professionnelle (Garon-Sayegh, 2016) et est rationalisée par le caractère distinctif de leurs formations et mécanismes de surveillance, mécanismes qui sont pourtant communs aux Ordres professionnels.

De façon générale, la formation initiale de ces deux groupes professionnels [psychologues et médecins] correspond aux normes de formation théorique et pratique identifiées par le Comité d'experts pour être admissible à un permis de psychothérapeute. Par conséquent, les codes de déontologie et les programmes de surveillance de ces ordres attesteront de la qualité de la pratique de leurs membres, ainsi que de l'obligation de posséder les connaissances et les compétences pour ce faire, sans émission de permis spécifique à cet effet. (Document 27 - Office des professions, 2005, p. 93)

L'ensemble de la réglementation favorise ainsi par défaut les psychologues, car les prérequis de la psychothérapie sont encadrés dans leur formation. Pour les « autres » professionnels, cette nouvelle réglementation prescrit des conditions particulièrement restrictives afin de pratiquer la psychothérapie. Ainsi, le Code des professions et le Règlement sur le permis de psychothérapeute réservent la pratique de la psychothérapie aux membres de sept Ordres professionnels ; conseillers d'orientation, criminologues, ergothérapeutes, infirmières, psychoéducateurs, travailleurs sociaux et thérapeutes conjugaux et familiaux et sexologues. Pour ces professionnels, l'obtention du permis de psychothérapeute, délivré par l'Ordre des psychologues du Québec, est tributaire de conditions supplémentaires associées à la détention d'un diplôme universitaire de maîtrise dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines, ainsi qu'à une formation théorique (765 heures) et pratique (600 heures), correspondant respectivement à des contenus et un modèle d'intervention spécifiques (Document 18 – Règlement sur le permis de psychothérapeute). Ce règlement vient également catégoriser les pratiques qui ne sont pas considérées comme de la psychothérapie : la rencontre d'accompagnement, l'intervention de soutien, l'intervention conjugale et familiale, l'éducation psychologique, la réadaptation, le suivi clinique, le coaching et l'intervention de crise.

Enfin, ce dispositif de contrôle de la psychothérapie établit un régime discursif

particulièrement prescriptif dont les effets sur la configuration des pratiques d'intervention sont palpables. Le document intitulé « L'exercice de la psychothérapie et des interventions qui s'y apparentent » (Document 4.1 - Collège des médecins du Québec et al., 2018) fait état d'un consensus interordres sur l'exercice de la psychothérapie, qui identifie ses éléments constitutifs à partir de sa définition légale, plutôt qu'épistémologique. La psychothérapie est ainsi désignée comme la combinaison simultanée de trois éléments, soit un traitement psychologique (nature), « pour un trouble mental, pour des perturbations comportementales ou pour tout autre problème entraînant une souffrance ou une détresse psychologique » (objet) et « 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 » (finalité) (Document 4.1 - Collège des médecins du Québec et al., 2018, p. 7). S'il est reconnu que plusieurs interventions réalisées par une large diversité d'intervenants partagent l'objet et la finalité de la psychothérapie, c'est toutefois sa nature, le traitement psychologique, qui en tracerait les contours.

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. (Document 4.1 - Collège des médecins du Québec et al., 2018, p. 8)

Ce souci de clarification normative des usages de la psychothérapie renvoie toutefois à un certain nombre de stratégies discursives ayant pour effet de brouiller, plutôt que d'en circonscrire ses frontières. Ainsi, la notion de traitement psychologique est assimilée à la fois directement et indistinctement à la notion d'intervention, « qui porte sur ce qui organise et régule le fonctionnement psychologique et mental de la personne » (Document 4.1 - Collège des médecins du Québec et al., 2018, p. 8). Certaines précisions d'ordre terminologique sont aussi proposées en raison de l'usage généralisé de termes issus de la psychologie et « considérant les risques de confusion et d'incompréhension associés à leur utilisation » (Document 4.1 - Collège des médecins du Québec et al., 2018, p. 23). Par exemple, l'emploi du terme « thérapie » est considéré à « haut risque de confusion » et l'usage du terme « croyances » est jugé préférable à celui de « croyances

fondamentales » pour distinguer les interventions qui ne sont pas de la psychothérapie. D'autres interventions, telles que l'exposition et la restructuration cognitive, font l'objet d'une interprétation plus permissive dans la mesure où elles sont employées avec compétence et sans constituer un traitement psychologique (Document 4.1 - Collège des médecins du Québec et al., 2018, p. 23-31).

Des pratiques de soins subordonnées

L'ensemble des documents recensés pour cette analyse suggèrent que la question du traitement psychologique, et par conséquent du potentiel thérapeutique des pratiques d'intervention qui s'y rattachent, a été le point focal des luttes interprofessionnelles entre psychologues et médecins depuis les années 1950 (Benjamin, 2005). L'investissement juridico-discursif de la psychothérapie au Québec, dont la définition fait toujours débat à l'international (Castelpietra et al., 2021), semble également reproduire une logique de subordination du personnel soignant vis-à-vis le discours d'expertise psychologique. Au sein de l'espace public, cette subordination pourrait expliquer l'invisibilité relative des autres professionnels de la santé mentale (Document 47 - Than, 2022), au profit des médecins et psychologues, lorsque les enjeux d'accès à la psychothérapie et aux services de santé mentale sont débattus.

Il faudra par ailleurs établir des mécanismes de communication entre les médecins de famille et les psychologues, et ce, dans une perspective de soins interdisciplinaires, démontrés plus efficaces que des traitements en vase clos. (Document 12 - Drapeau, 2020)

Cette relation de subordination soulève deux enjeux de taille pour tout intervenant en santé mentale. D'une part, la définition de la psychothérapie à titre de traitement psychologique s'accompagne de certains paradoxes. Ces paradoxes sont particulièrement apparents lorsqu'il est affirmé que la psychothérapie, qui « va au-delà d'une aide visant à faire face aux difficultés courantes ou d'un rapport de conseils ou de soutien », n'est pas limitée au traitement des troubles mentaux et ne dépend pas de leur gravité ou de l'intensité symptomatologique (Document 4.1 - Collège des médecins du Québec et al., 2018, p. 7). Cette approche particulièrement large de la psychothérapie est susceptible de placer les intervenants dans une position plutôt difficile, position dans laquelle le risque de pratiquer la psychothérapie illégalement, ou la crainte de s'en faire accuser, sont omniprésents. Le PQPTM confirme d'ailleurs une dynamique de

responsabilisation des intervenants lorsqu'il est question d'appliquer les recommandations ciblant certaines thérapies et interventions psychologiques :

Ainsi, les recommandations [...] nécessitent le jugement clinique de l'intervenant afin que celui-ci détermine si l'intervention qu'il s'apprête à réaliser constitue ou non de la psychothérapie au sens de cette Loi. Cette analyse effectuée par l'intervenant devrait être réalisée à l'aide des divers documents interordres [...]. (Document 24 - Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2021)

Cette tentative de dissocier intervention et traitement psychologique ne se réalise toutefois pas sans difficulté. Cette difficulté est concrètement exprimée lorsqu'il est reconnu que certaines interventions peuvent, par inadvertance et sans qu'elles ne constituent un traitement psychologique, modifier l'organisation, la régulation et fonctionnement psychologique d'une personne :

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 [...]. (Document 4.1 - Collège des médecins du Québec et al., 2018, p. 12).

Un rapport portant sur l'accès équitable à la psychothérapie au Québec produit par l'Institut national d'excellence en santé et services sociaux (Document 32 - Lapalme et al., 2018) démontre que cette tentative de hiérarchisation des pratiques se complexifie encore davantage. Ainsi, les méta-analyses recensées portant sur l'efficacité des interventions psychologiques ne permettent ni de distinguer ces dernières de la psychothérapie, ni de déterminer si elles correspondent à sa définition légale au Québec, « le Québec [étant] l'un des seuls endroits au monde où la psychothérapie est encadrée légalement » (Document 24 - Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2021, p. III). De manière plus générale, l'efficacité de ces interventions rendrait difficile une différenciation ne s'appuyant que sur leur portée psychothérapeutique.

Dans l'ensemble, l'efficacité des diverses interventions psychologiques, dont la psychothérapie, est comparable. Les différences observées sont faibles, et elles sont davantage liées au groupe d'âge et au

type de trouble mental qu'à l'approche thérapeutique elle-même. Les caractéristiques personnelles du thérapeute et de l'utilisateur ainsi que les facteurs communs à l'ensemble des interventions psychologiques contribuent également à leur efficacité. (Document 32 - Lapalme et al., 2018, p. III)

De la constitution du soin psychique comme objet technique aux pratiques de résistance

L'analyse des documents recensés dans le cadre de ce projet de recherche tend également à suggérer un morcellement multi-focal des pratiques d'intervention en santé mentale qui, s'ajoutant à la dynamique de hiérarchisation des professions, en vient à réduire le soin à ses dimensions techniques. On remarque ainsi que les dimensions thérapeutiques du soin font l'objet d'une catégorisation qui ne tient pas compte de la nature de la relation d'aide, et qui en vient à rigidifier le processus clinique en isolant ses composantes sous la forme d'interventions telles que la « rencontre d'accompagnement », « l'intervention de soutien », « l'éducation psychologique » et le « suivi clinique » (Document 18 - Règlement sur le permis de psychothérapeute, 2023, art. 6).

L'Office [des professions] a, par règlement, établi une liste d'interventions qui ne constituent pas de la psychothérapie au sens de la Loi, mais qui s'en rapprochent et définissent ces interventions. Rappelons que, dans la définition de la psychothérapie, la Loi spécifie que ce traitement va au-delà d'une aide visant à faire face aux difficultés courantes ou d'un rapport de conseils ou de soutien. (Document 28 - Office des professions, 2021, section 5, p. 2)

Le PQPTM contribue davantage à un tel morcellement en assurant la prédominance d'interventions cognitivo-comportementales qui, sans relever de la psychothérapie, font tout de même appel à ses techniques :

Interventions utilisant des techniques cognitivo-comportementales : Dans le cadre du PQPTM, réfère à des interventions qui s'apparentent à la psychothérapie, mais qui n'en sont pas, [pour] lesquelles il est possible d'utiliser des techniques cognitivo-comportementales mais qui ne correspondent pas à la psychothérapie telle que définie dans la loi. (Document 24 - Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2021, p. 39)

Et pourtant, le consensus interordres formule une mise en garde à propos des effets délétères d'un tel morcellement. Mobilisant un discours centré

sur la gestion du risque, ce document incite à la responsabilisation du personnel soignant quant à la mise en œuvre d'interventions qui s'éloigneraient d'un processus psychothérapeutique.

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. (Document 4.1 - Collège des médecins du Québec et al., 2018, p. 16)

Par voie de conséquence, plusieurs stratégies discursives sont déployées par les professionnels et intervenants du domaine de la santé mentale n'ayant pas permis de psychothérapeute afin de préserver l'intégrité de leur pratique tout en demeurant « très vigilants dans le choix des mots qu'ils emploient » (Document 8 - Corporation des zoothérapeutes du Québec, 2014). Certaines études démontrent que des intervenants substituent le vocable de « thérapie » par « entretiens » ou « interventions », ajoutent l'adjectif « thérapeutique » au vocable de l'intervention, varient le registre discursif employé en fonction de l'interlocuteur, modifient le processus de rédaction des plans d'intervention et pratiquent informellement la psychothérapie (Côté et Brodeur, 2019; Mimeault, 2016, p. 89-93).

Toutefois, le doute et la culpabilité jumelés au défi d'explicitation de la pratique qui est toujours d'actualité amènent ceux-ci à développer des stratégies langagières et à taire certaines de leurs constructions de sens sur leur pratique de peur d'être jugés impurs ou d'exercer une pratique rendue illégale. Une crainte de déprofessionnalisation/technicisation est présente. (Mimeault, 2016, p. 112-113)

Discussion

Cette analyse critique de discours a tenté d'exposer le régime discursif participant à ce qui peut être dit, écrit et pensé au sujet des pratiques d'intervention en santé mentale au Québec depuis les vingt dernières années. Établir une définition légale et opérationnelle de la psychothérapie est un élément central aux stratégies et luttes entre les professions pour établir leur autorité sur ce champ de pratique (Buchanan, 2003). Bien que le projet de loi no. 21 avait pour objectif de protéger la population contre certaines pratiques dites «

dangereuses », il aura également eu pour effet d'exclure bon nombre de professionnels de la santé, dont les infirmières psychiatriques, qui par la nature même de leurs fonctions, ont historiquement pratiqué la psychothérapie à l'ombre et sous la surveillance des institutions sanitaires (Ujhely, 1973; Buchanan, 2003). Les changements structurels apportés à l'organisation des pratiques et des services font l'objet d'un consensus interprofessionnel, mais ils laissent également entrevoir la domination disciplinaire de la psychologie et de ses méthodes sur leur configuration. Nos résultats illustrent un écosystème professionnel traversé par d'importantes tensions disciplinaires qui, parallèlement, sécurisent le champ d'action des experts de la psyché. Les conséquences de ces tensions professionnelles sont nombreuses, les plus importantes étant le déni de reconnaissances de la contribution des professionnels de la santé ne pouvant pratiquer légalement la psychothérapie et la restriction conséquente de l'accès aux services de santé mentale. Cette situation entraînerait d'ailleurs une perte de sens pour bon nombre d'intervenants (Mimeault, 2016).

À cela, il est possible d'argumenter que la province de Québec compte un ratio particulièrement élevé de psychologues et de psychothérapeutes, en considérant toutefois que plus de la moitié exercent dans le secteur privé (Document 32 - Lapalme et al., 2018). Or, comme l'indique Garon-Sayegh (2016), à l'instar des médecins, la réserve du titre et de l'exercice de la psychothérapie à différents professionnels, dont les infirmières, ne signifie pas qu'ils exerceront systématiquement la psychothérapie. En effet, l'éthique, la déontologie professionnelle, l'acquisition de compétences spécifiques, l'organisation du travail et les modes de rémunération participent également à la négociation et la mise en place de conditions permettant une telle pratique.

Les résultats de cette analyse suggèrent qu'en étant discursivement dissociées de leur portée psychothérapeutique, les pratiques de soins infirmiers en santé mentale pourraient être maintenues en état d'anomie (Mimeault, 2016). La définition légale de la psychothérapie au Québec a une portée clinique particulièrement large (Brodeur et al., 2015) susceptible de placer bon nombre de soignants dans la crainte de pratiquer illégalement la psychothérapie. Il y a finalement lieu de craindre qu'un bon nombre de soignants compétents, qui ont traditionnellement pratiqué diverses formes de psychothérapies dans leurs disciplines respectives, fassent les frais de scandales publics et de réactions institutionnelles qui visent à protéger la population de soi-disant charlatans (Côté et

Brodeur, 2019). Les facteurs historiques ayant participé à sécuriser le champ d'action psychothérapeutique suggèrent aussi que le charlatanisme n'a été qu'un élément parmi tant d'autres des luttes pour la reconnaissance auxquelles se sont livrés psychologues cliniciens et médecins pour l'exercice de la psychothérapie. Le rapprochement de la psychologie et la médecine, teinté alternativement de dynamiques de compétition et de collaboration, s'est non seulement exprimé par l'importation des logiques disciplinaires de la médecine au sein de la psychologie, mais également de son approche biomédicale (Karasu, 1992; Buchanan, 2003). Les privilèges dont ces deux professions profitent désormais à l'égard de la psychothérapie ne sont toutefois pas uniques au Québec. En France, Castelpietra et al. (2021, p. 533, traduction libre) indiquent que « les résidents en psychiatrie ne sont pas réellement formés à la psychothérapie, mais les psychiatres portent le titre de psychothérapeute sans avoir besoin d'une formation supplémentaire ».

Lorsqu'il est question du traitement des troubles mentaux courants, il y a également lieu de préciser que les récents changements apportés à l'organisation des services de santé mentale sous la gouverne du PQPTM soutiennent la prédominance des modèles d'intervention cognitivo-comportementaux (Document 32 - Lapalme et al., 2018). Les pratiques soignantes sont alors confinées à la mise en œuvre de techniques cognitivo-comportementales, tout en étant compartimentées sous l'angle du soutien, de l'accompagnement, de la rencontre de suivi clinique et autres « interventions qui s'apparentent à la psychothérapie » (Document 4.1 - Collège des médecins du Québec et al., 2018, p. 13). Ce démantèlement bilatéral de la relation d'aide est souvent justifié par la mobilisation du discours centré sur les données probantes. Ce discours affirme entre autres choses l'efficacité des psychothérapies manualisées, c'est-à-dire des psychothérapies pratiquées en conformité avec des guides de pratique qui précisent leurs étapes de réalisation (American Psychological Association, 2024). Pourtant, certaines études s'intéressant aux psychothérapies manualisées infirment leur supériorité face aux approches non-manualisées en évoquant les nombreuses difficultés associées à leur mise en œuvre (Mignogna et al., 2018; Truijens et al., 2019; Shedler, 2020). De plus, la recherche portant sur l'efficacité de la psychothérapie suggère que les facteurs communs à la relation d'aide, plutôt qu'une approche psychothérapeutique en particulier, participent activement aux effets thérapeutiques d'une intervention (Document 32 - Lapalme et al., 2018; Kidd et al., 2017; Cuijpers et al., 2019).

Retombées disciplinaires

Prétendre que les infirmières en santé mentale pratiquent régulièrement la psychothérapie en l'absence de reconnaissance formelle ou qu'elles ont systématiquement la compétence pour le faire en toute circonstance, relèverait du lieu commun. La complexité croissante des services de santé mentale, tout comme l'évolution des hiérarchies professionnelles et des attentes institutionnelles envers le personnel infirmier, suggère l'intérêt d'une réflexion plus sensible aux dynamiques de négociation. Notre réflexion mène ainsi naturellement à la question suivante : Si le personnel infirmier ne peut légalement offrir aucun soin psychothérapeutique en santé mentale, que propose-t-il à la population et sous quelles conditions ?

À cette question, il est possible de répondre que la pratique infirmière en santé mentale se définit très souvent par un rôle oscillant entre l'administration de la médication, la surveillance de ses effets secondaires et la gestion des risques. Pourtant, nombre d'infirmières en santé mentale offrent des interventions de soutien thérapeutique n'étant pas limitées aux dimensions techniques, évaluatives ou médico-légales. Celles-ci recourent à la fois aux facteurs communs de la relation d'aide (Kidd et al., 2017; Cuijpers et al., 2019) et à des approches pragmatiques ciblant, par exemple, la communication thérapeutique, la motivation, la recherche de solutions et la mobilisation des forces de la personne. Le potentiel thérapeutique de ces pratiques reste malgré tout peu reconnu, à la fois au sein de la profession et à l'extérieur de celle-ci. Bien que des hiérarchies professionnelles existent, une reconnaissance mutuelle est pourtant essentielle afin de comprendre l'importance des arrangements et autres ententes informelles qui se produisent à l'arrière-scène des services afin que « les choses se fassent » (Strauss, 1992b, p. 252).

La reconnaissance de ces pratiques de soins se heurte toutefois à une formation en santé mentale jugée insuffisante au sein des cursus universitaires en sciences infirmières (Barry et Ward, 2016; Happell, 2010; Lakeman et al., 2023). L'implantation actuelle du PQPTM et la prédominance des approches cognitivo-comportementales s'inscrivent également en contradiction avec la teneur majoritairement biomédicale de ces cursus (Adam et al., 2023), ce qui est susceptible d'amplifier l'écart préexistant entre la théorie et la pratique. Les constats de notre démarche argumentent donc en faveur d'une bonification substantielle des cursus éducatifs en santé mentale. Plus de dix ans après l'entrée en vigueur de la Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines, la rareté des programmes de

formation spécifiquement dédiés à la psychothérapie en sciences infirmières doit aussi être soulignée.

En revanche, une certaine vigilance s'impose au regard d'une dynamique disciplinaire imposant chroniquement au personnel infirmier un choix d'allégeance entre les stratégies discursives de la psychiatrie et de la psychologie. De plus amples recherches portant sur les pratiques d'intervention psychosociales mises en œuvre par les infirmières en santé mentale nous semblent ainsi nécessaires. Ces initiatives permettraient de mieux comprendre, définir et conceptualiser des pratiques thérapeutiques disciplinaires caractérisées par leur éclectisme. Bien que le consensus interprofessionnel actuel indique que l'expression « thérapie de soutien » puisse « prêter à équivoque » et présenter un « haut risque de confusion » (Document 4.1, Collège des médecins du Québec et al., 2018, p. 23-24), une telle expression semble appropriée à la pratique infirmière en santé mentale. Elle pourrait ainsi faire l'objet d'un usage plus assumé en pratique et mieux documenté par la recherche.

Enfin, les pratiques de gestion et les politiques sociales gagneraient probablement en flexibilité par une intégration plus soutenue des professionnels habilités à exercer la psychothérapie au sein des services publics de santé mentale. Compte tenu des résultats de notre analyse, il y a également lieu de soulever certains questionnements eut égard à la distinction réalisée par le PQPTM entre les interventions « utilisant des techniques cognitivo-comportementales » et la thérapie cognitivo-comportementale (Document 24 - Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2021, p. 12-13). Si cette distinction s'explique par l'encadrement législatif et réglementaire de la psychothérapie au Québec, elle évoque également plusieurs enjeux associés à la reconnaissance des pratiques d'intervention qui « s'apparentent à la psychothérapie, mais qui n'en sont pas » (Document 4.1, Collège des médecins du Québec et al., 2018, p. 25). Une définition plus inclusive de la psychothérapie aurait sans doute pour effet de faciliter l'accès aux services de santé primaires en santé mentale et, dans une certaine mesure, la mise en œuvre du PQPTM. Un tel changement exigerait en contrepartie des modifications législatives substantielles quant aux conditions permettant l'exercice de la psychothérapie. Par exemple, en Ontario, l'exercice général de la psychothérapie demeure accessible aux infirmières. Le cadre législatif ontarien distingue toutefois cet exercice général de l'acte autorisé de psychothérapie, composante considérée la plus à risque pour l'utilisateur. Cet acte autorisé est ainsi assorti de conditions d'exercice particulières et sa définition

intègre plusieurs critères, dont deux sont associés à la sévérité du trouble mental faisant l'objet d'une intervention psychothérapeutique (Document 38 - Ordre des infirmières et infirmiers de l'Ontario, 2023).

Forces et limites de la démarche

Cette analyse critique s'appuie sur l'examen attentif des politiques et des discours publics portant sur l'exercice de la psychothérapie au Québec. Elle permet d'interroger leurs effets structurants sur les rapports sociaux et sur les pratiques de soins en santé mentale. La démarche réalisée ne permet toutefois pas l'analyse des interactions sociales qui en découlent directement. Des observations *in situ* adjointes d'entrevues individuelles, de même que la consultation de documents internes aux organisations favoriseraient sans doute une description plus approfondie des stratégies de subordination et de résistance employées par différents professionnels de la santé afin de s'adapter aux exigences établies par l'encadrement récent de la psychothérapie au Québec.

Conclusion

La présente analyse de discours s'est intéressée aux effets structurels des réformes législatives portant sur l'exercice de la psychothérapie au Québec depuis les vingt dernières années. Les résultats présentés dans cet article font état d'une dynamique de négociation interprofessionnelle ayant permis l'émergence d'une définition légale de la psychothérapie tout en limitant cette pratique à un nombre réduit de professionnels de la santé, sous certaines conditions. Par ailleurs, la non-reconnaissance des pratiques d'intervention qui pouvaient jadis prétendre à la psychothérapie entraîne un sentiment de discrédit de la part de bon nombre d'intervenants. Les résultats présentés dans cet article démontrent également que les politiques publiques actuelles effectuent différentes contorsions afin de composer avec ces restrictions. Bon nombre d'interventions en santé mentale sont ainsi distinguées de la psychothérapie, minimisant de ce fait la reconnaissance formelle de leur portée thérapeutique. Toutefois, les enjeux actuels d'accès aux services de santé mentale dans le réseau public suggèrent l'intérêt de considérer la psychothérapie selon un principe de compétence raisonnable, favorisant la reconnaissance de l'agentivité du personnel soignant quant à la mise en œuvre d'interventions thérapeutiques en santé mentale relevant du champ d'exercice infirmier. Ces éléments sont d'une importance particulière pour l'évolution des politiques sociales visant à améliorer l'accès aux services de santé mentale.

Références

- Adam, S., Gold, E. et Burstow, B. (2023). From subjective opinion to medical fact: A critical discourse analysis of mental health nursing education. *Issues in Mental Health Nursing*, 44(1), 55-63. <https://doi.org/10.1080/01612840.2022.2113940>
- Allain, S. (2004). La négociation comme concept analytique central d'une théorie de la régulation sociale. *Négociations*, 2(2), 23-40. <https://doi.org/10.3917/neg.002.023>
- Allen, D. (1997). The nursing-medical boundary: a negotiated order?. *Sociology of Health & Illness*, 19(4), 498-520. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9566.1997.tb00415.x>
- American Psychological Association. (2024). *Manualized therapy*. <https://dictionary.apa.org/manualized-therapy>
- Arribas-Ayllon, M. et Walkerdine, V. (2017). Foucauldian discourse analysis. Dans C. Willig et W. Stainton Rogers (dir.), *The SAGE Handbook of Qualitative Research in Psychology* (2^e éd., p. 110-123). SAGE Publishing.
- Association canadienne de counselling et de psychothérapie. (2023). *La profession et la réglementation*. <https://www.ccpa-accp.ca/fr/la-reglementation-au-canada/>
- Barry, S. et Ward, L. (2017). Undergraduate nursing students' understandings of mental health: A review of the literature. *Issues in Mental Health Nursing*, 38(2), 160-175. <https://doi.org/10.1080/01612840.2016.1251515>
- Benjamin, L. T. Jr. (2005). A history of clinical psychology as a profession in America (and a glimpse at its future). *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 1-30. <https://doi.org/10.1146/annurev.clinpsy.1.10280.3.143758>
- Brodeur, N., Roy, V., Lindsay, J., Tremblay, G. et Damant, D. (2015). Une critique de la définition de la psychothérapie au Québec. *Nouvelles pratiques sociales*, 27(2), 295-308. <https://doi.org/10.7202/1037694ar>
- Buchanan, R. D. (2003). Legislative warriors: American psychiatrists, psychologists, and competing claims over psychotherapy in the 1950s. *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, 39(3), 225-249. <https://doi.org/10.1002/jhbs.10113>

- Castelpietra, G., Simon, J., Gutiérrez-Colosía, M. R., Rosenberg, S. et Salvador-Carulla, L. (2021). Disambiguation of psychotherapy: a search for meaning. *The British Journal of Psychiatry*, 219(4), 532-537. <https://doi.org/10.1192/bjp.2020.196>
- Commission de la santé mentale du Canada. (2017). *Faire valoir les arguments en faveur des investissements dans le système de santé mentale du Canada à l'aide de considérations économiques*. https://www.mentalhealthcommission.ca/wp-content/uploads/drupal/2017-03/case_for_investment_fr.pdf
- Champagne, F., Contandriopoulos, A.P., Ste-Marie, G. et Chartrand, E. (2018). *L'accessibilité aux services de santé et aux services sociaux au Québec : Portrait de la situation*. https://www.bibliotheque.assnat.qc.ca/DepotNumerique_v2/AffichageFichier.aspx?idf=184199
- Côté, M.A. et Brodeur, N. (2019). Impacts des nouvelles modalités d'encadrement de la psychothérapie chez les travailleurs sociaux. *Recherches sociographiques*, 60(2), 351-378. <https://doi.org/10.7202/1070975ar>
- Cuijpers, P., Reijnders, M. et Huibers, M. J. (2019). The role of common factors in psychotherapy outcomes. *Annual review of clinical psychology*, 15, 207-231. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050718-095424>
- Fleury, M. J. (2014). La réforme des soins primaires de santé mentale au Québec et le rôle et les stratégies de coordination des omnipraticiens. *Santé mentale au Québec*, 39(1), 25-45. <https://doi.org/10.7202/1025905ar>
- Foucault, M. (2012). *Du Gouvernement des vivants Cours au Collège de France (1979-1980)*. Gallimard.
- Garon-Sayegh, P. (2016). *Quebec professional law as an obstacle to interprofessional care* [Mémoire de maîtrise en droit, Université McGill]. eScholarship. <https://escholarship.mcgill.ca/concern/theses/cc08hj21w>
- Gouvernement du Québec. (2009). *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines*. Publications du Québec. https://www.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/fileadmin/Fichiers_client/lois_et_reglements/Lois/Annuelles/fr/2009/2009C28F.PDF
- Groupe en éthique de la recherche. (2018). *Énoncé de politique des trois conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains*. Gouvernement du Canada. https://ethics.gc.ca/fra/policy-politique_tcps2-eptc2_2018.html
- Happell, B. (2010). Moving in circles: A brief history of reports and inquiries relating to mental health content in undergraduate nursing curricula. *Nurse Education Today*, 30(7), 643-648. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2009.12.018>
- Hurley, J., Lakeman, R., Cashin, A., et Ryan, T. (2020). The remarkable (Disappearing Act of the) mental health nurse psychotherapist. *International Journal of Mental Health Nursing*, 29(4), 652-660. <https://doi.org/10.1111/inm.12698>
- Hurley, J., et Lakeman, R. (2021). Making the case for clinical mental health nurses to break their silence on the healing they create: A critical discussion. *International Journal of Mental Health Nursing*, 30(2), 574-582. <https://doi.org/10.1111/inm.12836>
- Karasu, T. B. (1992). The worst of times, the best of times: Psychotherapy in the 1990s. *The Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 1(1), 2-15.
- Khan, T. H. et MacEachen, E. (2021). Foucauldian discourse analysis: Moving beyond a social constructionist analytic. *International journal of qualitative methods*, 20, 16094069211018009. <https://doi.org/10.1177/16094069211018009>
- Lakeman, R., Foster, K., Happell, B., Hazelton, M., Moxham, L., et Hurley, J. (2024). Informing the development of a fit-for-purpose mental health nursing curriculum: A survey of mental health nurse academics in Australia. *International Journal of Mental Health Nursing*, 33(1), 93-103. <https://doi.org/10.1111/inm.13226>
- Lapalme, M., Moreault, B., Fansi, A., et Jehanno C. (2018). *Accès équitable aux services de psychothérapie au Québec : État des connaissances*. Institut national d'excellence en santé et en services sociaux. https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/ServicesSociaux/INESSS_Acces-equitable-psychotherapie.pdf
- Lebrun-Paré, F., Mantoura, P. et Roberge, M. C. (2023). *Proposition d'un modèle conceptuel concernant la surveillance de la santé mentale, des troubles mentaux courants et de leurs déterminants au Québec*. Institut national de santé publique du Québec. <https://www.inspq.qc.ca/publications/3365>
- Lego, S. (1973). Nurse psychotherapists: how are we different?. *Perspectives in Psychiatric Care*, 11(4), 144-147. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6163.1973.tb00815.x>
- Mignogna, J., Martin, L. A., Harik, J., Hundt, N. E., Kauth, M., Naik, A. D., ... et Cully, J. (2018). "I had to somehow still be flexible": exploring adaptations during implementation of brief cognitive behavioral therapy in primary care.

- Implementation Science*, 13(1), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s13012-018-0768-z>
- Mimeault, V. (2016). *Projet de Loi 21 de 2009 et identité professionnelle de travailleurs sociaux œuvrant en santé mentale jeunesse* [Mémoire de maîtrise en travail social, Université du Québec à Montréal]. Archipel. <https://archipel.uqam.ca/9400/>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. (2024). *Tableau de bord - Performance du réseau de la santé et des services sociaux*. Gouvernement du Québec. <https://www.quebec.ca/sante/systeme-et-services-de-sante/organisation-des-services/donnees-systeme-sante-quebecois-services/performance-reseau-sante-services-sociaux>
- Moroz, N., Moroz, I., et D'Angelo, M. S. (2020). Mental health services in Canada: barriers and cost-effective solutions to increase access. *Healthcare management forum*, 33(6), 282-287. <https://doi.org/10.1177/0840470420933911>
- Kidd, S. A., Davidson, L. et McKenzie, K. (2017). Common factors in community mental health intervention: a scoping review. *Community Mental Health Journal*, 53, 627-637. <https://doi.org/10.1007/s10597-017-0117-8>
- Ordre des infirmières et des infirmiers du Québec. (2023). Rapport statistique sur l'effectif infirmier et la relève infirmière du Québec 2022-2023. <https://www.oiiq.org/documents/20147/26586017/oiiq-rapport-statistique-23-VF.pdf/6f710838-6645-eef2-90f6-152b5400d34a>
- Ordre des psychologues du Québec. (2023). Rapport annuel 2022-2023. https://www.ordrepsy.qc.ca/documents/26707/501029/RapportAnnuel_2022-2023_Projet+pour+consultation.pdf/3051c81c-1f01-4d86-6ae8-b984540eb179?t=1689002291024
- Organisation mondiale de la santé. (2022). *Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2030*. <https://www.who.int/fr/publications-detail/9789240031029>
- Prud'homme, J. (2014). *Professions à part entière: histoire des ergothérapeutes, orthophonistes, physiothérapeutes, psychologues et travailleuses sociales au Québec*. Presses de l'Université de Montréal.
- Rivero-Santana, A., Perestelo-Perez, L., Alvarez-Perez, Y., Ramos-Garcia, V., Duarte-Diaz, A., Linertova, R., ... et PECUNIA Group. (2021). Stepped care for the treatment of depression: a systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 294, 391-409. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.07.008>
- Roy, C. (2016). Affirmation de la profession: Quels sont les défis pour les psychologues québécois?. *Psychologie Canadienne*, 57(3), 220-225. <https://doi.org/10.1037/cap0000052>
- Sam, C. H. (2019). Shaping discourse through social media: Using Foucauldian discourse analysis to explore the narratives that influence educational policy. *American Behavioral Scientist*, 63(3), 333-350. <https://doi.org/10.1177/0002764218820565>
- Shedler, J. (2020). Where is the evidence for "evidence-based" therapy?. Dans M. Leuzinger-Bohleber, M. Solms et S.E. Arnold (dir.) *Outcome research and the future of psychoanalysis* (p. 44-56). Taylor & Francis.
- Strauss, A. (1992a). L'hôpital et son ordre négocié. Dans I. Baszanger (dir.) *La trame de la négociation* (p. 87-112). L'Harmattan.
- Strauss, A. (1992b). Négociations. Introduction à la question. Dans I. Baszanger (dir.) *La trame de la négociation* (p. 245-268). L'Harmattan.
- Szasz, T. S. (1974). The myth of psychotherapy. *American journal of psychotherapy*, 28(4), 517-526. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.1974.28.4.517>
- Trudeau, J. B., Desjardins, P., & Dion, A. (2015). Psychothérapie—Un encadrement nécessaire et légalement reconnu au Québec. *Santé mentale au Québec*, 40(4), 31-42. <https://doi.org/10.7202/1036091ar>
- Truijens, F., Zühlke-van Hulzen, L. et Vanheule, S. (2019). To manualize, or not to manualize: Is that still the question? A systematic review of empirical evidence for manual superiority in psychological treatment. *Journal of Clinical Psychology*, 75(3), 329-343. <https://doi.org/10.1002/jclp.22712>
- Ujhely, G. B. (1973). The nurse as psychotherapist: what are the issues?. *Perspectives in Psychiatric Care*, 11(4), 155-160. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6163.1973.tb00817.x>
- Warin, P. (2017). *Le non-recours aux politiques sociales*. Presses universitaires de Grenoble.
- Wiener, D. N. (1953). Some legislative and legal problems of psychologists. *American Psychologist*, 8(10), 564-569. <https://doi.org/10.1037/h0055621>