

> La supervision efficace : LA PRIMAUTÉ DU SAVOIR-ÊTRE

_ La supervision clinique favorise le développement de la compétence et de l'efficacité thérapeutique



D^r Conrad Lecomte / Psychologue

Professeur honoraire, Université de Montréal, professeur associé
à l'Université du Québec à Montréal et à l'Université de Paris 8

Tôt ou tard, tout psychothérapeute, quelle que soit son approche, est confronté à des impasses thérapeutiques ou à des situations complexes qui l'amènent à s'interroger sur sa contribution personnelle, en particulier dans la relation thérapeutique (Lecomte, 1999). Des situations complexes où le psychothérapeute a l'impression d'avoir tout essayé avec peu ou pas de progrès. De telles expériences invalidantes sont des plus déstabilisantes. Quand le doute, la honte, l'impuissance et l'incertitude viennent hanter le psychothérapeute, les risques de découragement, d'épuisement émotionnel ou encore de désabusement sont fréquents. Peu de recherches ont porté sur cette problématique. Les quelques enquêtes réalisées auprès de psychothérapeutes offrent des résultats déroutants. L'une d'entre elles, réalisée par l'APA (2010), indique que 50 % des psychothérapeutes rapportent avoir vécu de grandes difficultés professionnelles accompagnées d'expériences d'épuisement professionnel, d'anxiété et de dépression et 18 % rapportent avoir eu des idées suicidaires. Dans d'autres enquêtes, plus de 60 % dans deux échantillons de 1000 et de 800 psychothérapeutes rapportent avoir vécu des expériences de dépression et eu des

pensées suicidaires variant de 29 % à 42 %, et 4 % rapportent avoir fait des tentatives de suicide (Gilroy, 2002; Pope et Tabachnick, 1994). Plus troublant, pendant qu'ils vivaient des expériences personnelles et professionnelles incapacitantes et déstabilisantes, 60 % des psychothérapeutes ont maintenu leur pratique professionnelle (Pope *et al.*, 1987). Ces expériences sont souvent vécues dans la solitude et l'isolement (Guy, 1985). Face à leurs difficultés professionnelles, peu de psychothérapeutes consultent, soit par manque de temps ou par honte, d'autres sont inquiets des enjeux de la confidentialité et d'autres encore disent ne pas connaître de ressources fiables (APA, 2010).

_ QUELS SONT CES MOMENTS ET CES SITUATIONS DIFFICILES?

Un des défis, souvent mésestimé, qui attend le psychothérapeute est d'établir une alliance thérapeutique avec des personnes qui n'ont pas ou peu vécu l'expérience de liens émotionnels fiables, qui de surcroît ont parfois accumulé des expériences d'exclusion, de marginalisation et de désaffiliation, voire de stigmatisation. Ces expériences peuvent varier considérablement et affecter leurs

LES PSYCHOLOGUES NOUS DISENT COMMENT Y ARRIVER



perceptions de ce qui est, ou non, fiable, aidant et utile. Il n'est pas simple d'établir et de maintenir un lien émotionnel de confiance avec une personne qui, suite à des expériences négatives, a élaboré un système de survie fondé sur des convictions émotionnelles autoprotectrices rigides. Des clients qui ont la conviction profonde que les autres vont les trahir ou les abandonner tôt ou tard, ou encore qui n'ont connu que des relations d'imprévisibilité ou d'exploitation et de sévices auront tendance à exclure ce qui est ressenti comme inacceptable, intolérable ou trop dangereux dans leur interaction avec le psychothérapeute. Comment alors établir et maintenir une alliance thérapeutique? C'est à travers des expériences mutuelles de dialogue émotionnel fondé sur des expériences de régulation interactive verbales et non verbales dans lesquelles le client se sent compris, entendu, respecté et validé que le lien émotionnel de confiance se construit et que des objectifs et des tâches thérapeutiques sont négociés. Ce processus repose sur la capacité du psychothérapeute à parvenir à une synchronisation harmonieuse et authentique, et ce, tant sur les plans des modalités explicites et implicites, verbales et non verbales que des rythmicités qui leur sont attachées, au travers de l'accomplissement de tâches et de la réalisation d'objectifs souvent renégociés. Y parvenir et, dans le même temps, demeurer réflexif, voilà un processus complexe. Reconnaître que toute relation thérapeutique est un processus dynamique non linéaire où deux personnes tentent d'être en « accordage » émotionnel pour réaliser des objectifs et des tâches thérapeutiques correspond bien à la réalité de ce processus.

L'interaction complexe entre l'expérience subjective du client et celle du psychothérapeute conduit inévitablement à des moments de tension, voire de ruptures et d'impasses relationnelles (Lecomte *et al.*, 2004). Disponibilité émotionnelle à soi et disponibilité à l'autre occupent une place centrale dans ce processus d'accordage avec le client et cette recherche d'un lien émotionnel avec lui. L'alliance thérapeutique n'est jamais établie une fois pour toutes. En tout temps, le psychothérapeute et le client se doivent d'être attentifs à la régulation mutuelle du lien. En effet, dès que l'accordage émotionnel fluctue, dès que le client se sent bousculé par un changement de rythme par le psychothérapeute, l'alliance est perturbée. Comme le démontrent les recherches et la pratique clinique, des fluctuations et des ruptures relationnelles sont inévitables (Lecomte *et al.*, 2004). Il est en

effet impossible à un psychothérapeute de répondre à tous les espoirs relationnels d'un client. En particulier lorsque l'on sait que la majorité d'entre eux n'ont que peu, voire jamais, vécu de tels liens fiables. En ce sens, l'alliance thérapeutique a donc aussi un potentiel de faire revivre des expériences traumatisantes quand le psychothérapeute déçoit les espoirs relationnels du client et, plus encore, quand il n'arrive pas à restaurer un lien de confiance qui avait été établi.

La majorité des psychothérapeutes éprouvent beaucoup de difficultés à gérer ces fluctuations dans l'alliance. De plus en plus de recherches viennent souligner que la plupart éprouve d'énormes difficultés dans les situations de conflits ou de tensions interpersonnelles liées à l'érotisation de la relation ou à la passivité et l'évitement (Binder et Strupp, 1997, dans Lecomte *et al.*, 2004). Quelle que soit l'approche théorique, plusieurs études démontrent que les thérapeutes éprouvent de la difficulté à répondre de façon optimale à des réactions négatives soutenues de clients (ex. : colère, critiques, revendications, méfiance). Dans l'idéal, un psychothérapeute espère arriver à maintenir – ou à la restaurer quand il la perd – une position de respect, d'empathie, de disponibilité émotionnelle et de chaleur tout au long du processus thérapeutique. Les recherches nous informent pourtant que la majorité des psychothérapeutes réagissent de façon émotive en exprimant ouvertement leur colère, ou en n'étant plus disponibles, ou en ayant des conduites d'évitement, ou en exprimant subtilement leur rejet ou, plus fréquemment encore, en manifestant une attitude dépréciative (Lecomte *et al.*, 2004). D'autres vont se sentir dépassés, voire honteux. Ce sont les comportements hostiles des clients qui semblent les plus problématiques pour les psychothérapeutes, la plupart d'entre eux réagissant alors avec hostilité à l'hostilité (Lecomte *et al.*, 2004). Craignant les réactions de leurs psychothérapeutes, plusieurs clients préfèrent dissimuler ou éviter de leur faire part de leurs expériences négatives. Les clients qui ont osé aborder ces expériences négatives en thérapie rapportent pour la majorité ne pas s'être sentis entendus. Ces profondes incompréhensions aboutissent souvent à des impasses, des abandons et à des résultats désastreux (Lecomte *et al.*, 2004). Dans de tels moments de tension, certains psychothérapeutes se réfugient dans l'application rigide d'une approche ou de procédures et de techniques. Des recherches associent ces comportements soit à l'abandon, soit à des effets négatifs. Il faut

peut-être rappeler que le taux d'abandon du processus thérapeutique est évalué à 47,2 %. Il varie de 50 à 70 % pour les troubles mentaux graves, les troubles alimentaires et le stress post-traumatique. On évalue que 5 à 10 % de clients ont vécu des effets de détérioration suite à un processus thérapeutique (Lecomte, 2012).

Un autre défi est d'arriver à ce que le client se sente validé et compris de façon soutenue dans le processus thérapeutique en recherchant une position au plus près de lui pour en arriver à considérer avec lui les enjeux et les risques du changement. Arriver à donner du sens à des communications ambiguës, difficiles à déchiffrer en recherchant leur contexte exige un haut degré d'engagement et de disponibilité émotionnelle et cognitive. Cette expérience devient encore plus difficile lorsqu'il s'agit d'écouter des mises en récit de vécus parfois à la limite du supportable, voire de l'indicible. Au cœur de ce travail thérapeutique se dégage de façon centrale et déterminante la capacité du thérapeute de s'engager dans des relations intenses et chargées émotionnellement qui, tout en précisant un cadre essentiel, cherche à demeurer ouvert, flexible et réflexif. Dans des situations et des moments difficiles, le thérapeute doit être capable de tolérer, contenir des expériences émotionnelles intenses de l'autre et de soi, tout en demeurant réflexif, flexible et disponible. Comment accompagner et aider l'autre dans sa détresse, sa souffrance compte tenu de sa propre histoire de souffrance émotionnelle? Comment arriver à apprivoiser sa souffrance pour l'utiliser en thérapie afin d'accompagner la souffrance de l'autre? Comment le thérapeute peut-il arriver à s'utiliser surtout émotionnellement quand fondamentalement, comme le souligne si bien Alice Miller (Lecomte, 2011), la plupart des psychothérapeutes se sont chacun à leur manière construits en se dissociant de leur monde propre expérientiel pour survivre dans des situations émotionnelles intenses et maintenir leur lien avec des êtres significatifs? Comme on le découvre tôt ou tard, l'empreinte d'expériences aussi fondamentales est inscrite à jamais et laisse une trace indélébile (Lecomte, 2011). À des moments particulièrement chargés d'intensité émotionnelle ou de stress, cette empreinte s'exprimant sous diverses formes risque de devenir envahissante et d'empêcher une démarche réflexive, recréant ainsi un état de survie émotionnelle (Lecomte, 2011).

_PISTES DE RÉFLEXION

Face à la complexité de la psychothérapie où des moments et des situations difficiles sont incontournables, il n'est pas surprenant que des psychothérapeutes rapportent vivre des expériences d'impuissance et d'incompétence. Malheureusement, ces expériences de détresse cumulatives se transforment en épuisement émotionnel et professionnel pour plusieurs d'entre eux. Pour tenter d'expliquer ces expériences, des auteurs parlent de fatigue de compassion, de contre-transfert ou encore d'expérience traumatisante vicariante ou secondaire. La plupart de ces pistes d'explication semblent suggérer que les psychothérapeutes vivent une fatigue d'avoir été trop empathiques et/ou de vivre

l'expérience traumatique de clients dits difficiles, voire jugés intraitables. Les données récentes portant sur les caractéristiques des psychothérapeutes efficaces et sur l'alliance thérapeutique indiquent plutôt qu'ils sont en difficulté lorsqu'ils ne parviennent plus à établir ou à maintenir un lien émotionnel fiable avec leurs clients. Ils ont perdu leur position empathique. Au lieu d'une fatigue de compassion, le psychothérapeute est plutôt en perte de compassion pour soi et pour le client. Cette perte du lien émotionnel avec le client s'accompagne souvent d'une pénible expérience d'invalidation et de difficulté à réguler ses états internes émotionnels, cognitifs et somatiques. Au-delà des prescriptions de repos et des activités d'équilibre de vie, cette situation invite à de nouvelles considérations sur les besoins des psychothérapeutes en difficulté pour retrouver leur capacité empathique et pour restaurer un lien émotionnel essentiel avec le client (Pope et Vasquez, 2005, Kaslow *et al.*, 2009, Lecomte, 2011).

Face à leurs difficultés professionnelles, peu de psychothérapeutes consultent, soit par manque de temps ou par honte.

Plusieurs résultats de recherche suggèrent que c'est à partir d'une position réflexive où il est attentif et sensible à l'expérience subjective du client et à sa propre expérience, attentif au mouvement intersubjectif de la relation que le psychothérapeute arrive à demeurer disponible pour ajuster sur mesure ses interventions aux besoins thérapeutiques du client (Lambert, 2007; Jennings et Skovolt, 1999, dans Lecomte et Savard, 2012). Des résultats de recherche suggèrent que, quelle que soit l'approche, ce sont les psychothérapeutes qui manifestent cette conscience réflexive de soi en interaction qui obtiennent le plus de résultats positifs et qui présentent le plus faible taux d'abandon et d'effets négatifs (Lecomte, 2012). Même si les psychothérapeutes soupçonnent que leurs difficultés les plus importantes dans leur pratique ont comme origine : l'interaction complexe, qui ils sont (caractéristiques et histoire relationnelle), avec qui ils sont leurs clients (caractéristiques et histoire relationnelle du client), leur façon d'entrer et de réguler la relation et d'intervenir, développer une conscience réflexive de ces enjeux demeure complexe (Perlman, 1999, dans Lecomte, 2011).

_LA SUPERVISION CLINIQUE COMME LIEU D'INTÉGRATION ET DE RÉFLEXION

Le but ultime de toute démarche de supervision est le développement de la compétence professionnelle du psychothérapeute à faciliter le changement positif chez le client. Pour la plupart des psychothérapeutes, la supervision clinique demeure une expérience déterminante dans le développement de leur identité et de leur compétence professionnelle. La décision de choisir de s'engager dans un processus de supervision est complexe.

C'est d'abord choisir de se montrer vulnérable et maladroit face à quelqu'un d'autre, risquer d'être évalué, voire jugé. Soumettre ses questions, son point de vue, ses doutes sur sa pratique, c'est s'ouvrir à des remises en question et s'exposer à d'autres points de vue. Malheureusement, force est de constater que la plupart des psychothérapeutes ont vécu des expériences de supervision négatives et invalidantes. Pendant leurs années de formation à la psychothérapie, plus de 51,5 % des psychothérapeutes rapportent des expériences de supervision invalidantes et destructives pour eux et leurs clients (Ellis, 2010). Quand ils sont interrogés sur leur expérience portant sur l'ensemble de leur carrière professionnelle, ce chiffre grimpe à 75 % (Ellis, 2010). Plus de 50 % des supervisés en psychologie clinique en milieu universitaire rapportent avoir vécu des expériences de relation nuisibles et invalidantes (Ladany *et al.*, 1996; D'Errico, 2011, dans Lecomte et Savard, 2012).

Considérant la complexité et l'importance de la supervision, il est pour le moins paradoxal de constater qu'à peine 10 à 15 % des superviseurs sont spécifiquement formés à la supervision clinique en Amérique du Nord. C'est souvent à partir d'une bonne expérience clinique et d'un goût pour la transmission de connaissances cliniques que plusieurs psychothérapeutes cliniciens sont devenus des superviseurs. D'autres ont été formés spécifiquement pour superviser une approche thérapeutique spécifique.

La plupart des approches en supervision dérivent directement d'approches thérapeutiques (Bernard et Goodyear, 2009, dans Lecomte et Savard, 2012). Il en découle souvent une confusion entre les processus thérapeutiques et les processus de supervision. Peu ont été formés à considérer la supervision comme un processus d'apprentissage unique qui se singularise par ses objectifs, ses procédures, ses méthodes et ses modalités spécifiques d'évaluation. On omet trop souvent l'importance des enjeux fondamentaux déstabilisants de tout processus significatif d'apprentissage. Sans une compréhension profonde de ces enjeux, la supervision risque de devenir un processus invalidant sans issue. Il est crucial pour le superviseur de bien saisir et comprendre les tensions chez le psychothérapeute entre

son besoin d'apprendre, son besoin d'améliorer le processus d'intervention et simultanément, son besoin de maintenir sa perspective, sa cohésion interne et l'organisation de son expérience pour ne pas perdre pied. Ces tensions plus ou moins tolérables revêtent différentes significations selon l'expérience unique de chaque psychothérapeute. Comprendre que la recherche de dialogue entre le superviseur et le psychothérapeute se déploie souvent dans l'imprécision et dans la faillibilité. Reconnaître la pluralité des mondes expérientiels. Avoir la conviction profonde que dans le processus thérapeutique il n'y a pas de position objective, mais plutôt un effort de dialogue entre deux subjectivités organisées différemment. L'effort de dialogue émotionnel entre deux subjectivités organisées de façons différentes n'est pas sans passer par des moments de fluctuations et de perturbations relationnelles. Il est illusoire de penser que le superviseur peut arriver à offrir une écoute et une compréhension empathique sans failles. Prendre conscience de ces moments de « désaccordage » où l'alliance de travail en supervision est plus ou moins compromise devient alors déterminant de l'évolution du processus de supervision. Sans un tel dialogue, le travail significatif et authentique d'apprentissage en supervision devient difficile, voire impossible. Ce qui peut expliquer pourquoi 50 % des stagiaires en psychologie clinique a vécu des expériences de relation nuisibles et invalidantes (Lecomte et Savard, 2012).

Conséquemment, la compétence professionnelle d'un superviseur repose sur une interaction complexe d'aspects thérapeutiques et pédagogiques. Au-delà du fait d'être un psychothérapeute compétent, le superviseur doit posséder des connaissances pratiques et techniques de supervision et démontrer une expertise pédagogique d'intégration du savoir théorique, du savoir-faire et du savoir-être pour favoriser le développement de la conscience réflexive de soi en interaction (Lecomte et Savard, 2004, 2012). Peu de superviseurs ont été formés à ces compétences essentielles pour faciliter le développement d'une conscience réflexive de soi en interaction, en particulier face à des situations difficiles. Nombre de supervisés, suite à des expériences de peur de réactions négatives, d'humiliation et de honte, avouent avoir décidé de ne plus dévoiler leurs difficultés réelles, optant pour ce qui

JEAN-FRANÇOIS, 32 ANS

MON MÉTIER, C'EST ÉCOUTER

J'aime être confronté à des problématiques diversifiées, à des clientèles variées. En Montérégie, j'ai découvert une multitude d'établissements qui favorisent le travail d'équipe et l'interdisciplinarité.



MA PASSION, C'EST LE SPORT

En habitant la Montérégie, je perds moins de temps dans le transport, ce qui me permet de pratiquer plus de sports. Vive le vélo, le hockey et le golf!

MON MÉTIER + MA PASSION = MONTÉRÉGIE www.santemonteregie.qc.ca/carrieres

Agence de la santé
et des services sociaux
de la Montérégie

Québec

est plus socialement désirable, soit des apparences d'initiative, d'autonomie et de compétence. Ces raisons expliquent en bonne partie pourquoi 97,2 % des supervisés en psychologie clinique dissimulent à leurs superviseurs des aspects significatifs de leur expérience avec leurs clients (Ladany, 1996, dans Lecomte et Savard, 2004, 2012).

Sans doute, la question la plus complexe et cruciale consiste à savoir comment favoriser l'intégration du savoir théorique et du savoir-faire avec le savoir-être en établissant des liens et des significations entre les techniques, les variables du client, les caractéristiques du psychothérapeute et la relation thérapeutique. Au lieu de considérer l'expérience du psychothérapeute de façon morcelée et linéaire, selon une démarche cartésienne s'appuyant sur des postulats de développement logique en catégories distinctes, accepter d'explorer l'expérience du supervisé souvent dynamique, non linéaire et chargée d'affectivité devient l'objectif fondamental. Trop souvent, le processus de supervision se limite à une démarche centrée sur la compréhension du client et les aspects théoriques et techniques, comme si la compétence professionnelle et l'efficacité se réduisaient à la maîtrise des savoirs théoriques et techniques. Évacuer ou ignorer le savoir-être, c'est réduire le processus d'intervention à des aspects techniques et théoriques. C'est aussi ignorer le facteur le plus explicatif de la variabilité des résultats thérapeutiques : le psychothérapeute. L'expérience du psychothérapeute se manifeste en fait par des interrogations portant sur les interactions complexes circulaires entre sa compétence théorique, technique et personnelle. Au-delà des aspects théoriques et techniques, les expériences les plus déstabilisantes impliquent des enjeux relationnels et personnels. Pour soutenir le psychothérapeute dans sa quête de régulation de ses états internes et de régulation interactive avec le client, une approche de supervision intégrée des savoirs, axée sur le développement de la conscience réflexive de soi en interaction, s'impose.

La découverte la plus déstabilisante pour le psychothérapeute en formation est sans contredit celle de la complexité du processus de changement (Lecomte, 1999). Les demandes du client sont ambiguës, et dans leur quête de compétence et d'identité professionnelle, la plupart des psychothérapeutes passent par une recherche d'appuis techniques et théoriques, pour graduellement découvrir la centralité de la relation thérapeutique et l'influence de leurs propres caractéristiques. Cette reconnaissance du caractère éminemment subjectif et intersubjectif de la situation thérapeutique implique une perspective contextuelle constamment révisée selon le caractère unique de l'interaction. Utilisant ses théories de façon légère et considérant qu'aucune technique précise ne saurait répondre aux exigences de chaque situation, le psychothérapeute en supervision est invité à développer une conscience réflexive des modalités de régulation de ses états internes et de régulation interactive pour arriver à offrir des réponses et des

interventions optimales. Plus le psychothérapeute arrivera à une intégration cohérente de son modèle théorique choisi, de sa théorie personnelle de la souffrance et de la guérison, de sa personnalité, de ses valeurs, de ses croyances, de ses expériences de vie, plus il donnera de la profondeur à son engagement et plus il pourra éclairer ses choix cliniques, ses modalités d'intervention et sa participation relationnelle. Ce travail de développement de la conscience réflexive de soi en interaction s'élabore et, on pourrait dire, est toujours à revisiter tout au long de la carrière du psychothérapeute en fonction de différents contextes et de différents clients.

Bibliographie

- American Psychological Association (2010). *Survey of findings emphasizing the importance of self care for psychologists*. Document téléaccessible à l'adresse <<http://www.apapracticecentral.org/update/2010/08-31/survey.aspx2010/08-31/survey.aspx>>.
- Ellis, M. (2010). Bridging the science and practice of clinical supervision : Some discoveries, some misconceptions. *The Clinical Supervisor*, 29, 95-116
- Gilroy, P.I., Carroll, L. et Murra, J. (2002). A preliminary Survey of counseling psychologists' personal experiences with depression and treatment. *Professional Psychology : Research and Practice*, 33, 402-407.
- Guy, P. et Liaboe, G. (1985). Suicide among psychotherapists : Review and discussion. *Professionnel Psychology : Research and Practice*, 16, 476-472
- Kaslow, N.J., Rubin, N.J., Forrest, L., Elman, N.S., Van Horne, B.A., Jacobs, S.C., Huprich, S.K., Benton, S.A., Thorn, B.E. (2009). Recognizing, assessing and intervening with problems of professional competence. *Professional Psychology : Research and Practice*, 30, 479-491.
- Pope K. et Vasquez, M. (2005). *How to survive and thrive as therapist : Information, ideas and resources for psychologists in practice*. Washington : APA Book.
- Pope, K. et Tabachnick, B.G. (1994). Therapists as patients : A national Survey of psychologists' experiences, problems and beliefs. *Professional Psychology; Research and Practice*, 25, 247-258.
- Pope, K.S., Tabachnick, B.G. et Keith-Spiegel, P. (1987). Ethics of practice : The beliefs and behaviors of psychologists as therapists. *American Psychologist*, 42, 992-1006.
- Pour approfondir le sujet, le lecteur est invité à consulter les publications suivantes. Le lecteur y trouvera les références du texte non citées ci-haut.**
- Lecomte, C. (2012). La supervision clinique : une composante essentielle dans le traitement de la personnalité dite limite, p. 152-181. In C. Leclerc et C. Labrosse (dir.), *Trouble de personnalité limite : points de vue de différents acteurs*. Montréal : Presses de l'Université du Québec.
- Lecomte, C. (2012). Fondements de la psychothérapie. Dans P. Lalonde et G.F. Pinard; *Psychiatrie clinique : approche bio-psycho-social*. Montréal : La Chenelière.
- Lecomte, C, Savard, et Guillon, V. (2011). Alliance de travail : élément pivot de la réadaptation au travail. In M. Corbière et M.J. Durand. *Du trouble mental à l'incapacité au travail*. Montréal, Presses de l'Université du Québec.
- Lecomte, C. (2009). La supervision clinique : une composante essentielle dans le traitement de la personnalité dite limite, p. 152-181. In C. Leclerc et C. Labrosse (dir.), *Trouble de personnalité limite : points de vue de différents acteurs*. Montréal : Presses de l'Université du Québec.
- Lecomte, C., et Savard, R. (2012). La supervision clinique : un processus de réflexion essentiel au développement de la compétence professionnelle, p. 315-348. In T. Lecomte et C. Leclerc (dir.), *Manuel de réadaptation psychiatrique*. Montréal : Presse de l'Université du Québec.
- Lecomte, C., Savard, R., Drouin, M. S. et Guillon, V. (2004). Qui sont les psychothérapeutes efficaces? Implications pour la formation en psychologie clinique. *Revue Québécoise de Psychologie*, 25(3), 73-102.
- Lecomte, C. (1999). Face à l'incertitude et la complexité humaine: l'impossibilité de se défaire de soi. *Revue Québécoise de Psychologie*, 20(2), 37-63.