

L'évaluation dans les couloirs



L'évaluation des risques suicidaires : une tâche complexe



Par
Monique Séguin
Ph. D.

LE SUICIDE a plus que triplé en importance au Québec, passant de 5,0 pour 100 000 en 1960 à 18,0 pour 100 000 en 1987. Il est la première cause de mortalité chez les hommes de 15 à 39 ans. En 1996, sur les 1 136 décès par suicide chez les hommes, 66 % (n=753) étaient le fait d'adultes entre 25-54 ans (ministère de la Santé et des Services Sociaux, 1996).

Si le décès par suicide est un événement d'occurrence plutôt rare, dans la pratique d'un clinicien, les tentatives de suicide, les idées suicidaires et les crises suicidaires sont des événements fréquents.

Les descriptions d'un individu en situation de crise telle que proposées par Caplan (1964) et Messick et Aguilera (1976) correspondent bien à la situation d'une personne qui vit une période de déséquilibre et qui peut éventuellement retrouver un état d'équilibre avec un soutien approprié. L'événement déclencheur de la crise est souvent de nature psychosociale, une perte, une rupture ou une série d'adversités. Un événement tragique provoque souvent une chaîne

d'événements difficiles qui rendront le maintien de l'équilibre de plus en plus précaire. Dans un contexte comme celui-ci, l'intervention sera axée sur le rétablissement de l'équilibre, l'expression des émotions, la compréhension des événements qui ont mené à la crise, l'apprentissage de nouvelles habiletés de résolution de problème et le recadrage cognitif.

Mais qu'en est-il des personnes ayant une vulnérabilité psychologique et qui se retrouvent régulièrement en situation de crise? Le modèle de crise ne saurait être une explication étiologique de la pathologie, bien qu'une personne ayant des troubles de santé mentale puisse aussi être en crise. L'observation clinique nous permet de constater que les personnes ayant des antécédents de maladie mentale ou de grande vulnérabilité psychologique se retrouvent plus rapidement en crise lorsqu'elles vivent des situations difficiles. Sans doute parce qu'elles ne se trouvent pas en phase d'équilibre lors de l'apparition de situations de stress. Comme ces personnes vivent souvent dans un état de vulnérabilité continu, un événement stressant pourra les précipiter en situation de crise. Le type d'intervention devra donc être adapté en fonction de l'évaluation du clinicien.

Trois modèles d'intervention

Dans la pratique, il est possible de constater des divergences entre les styles d'intervention en situation de crise habituellement utilisés par des professionnels et des paraprofessionnels qui interviennent

Nombre de suicides par groupe d'âge et sexe au Canada - 1995

Âge	5-14 ans	15-24 ans	25-34 ans	35-44 ans	45-54 ans	55-64 ans	65-74 ans	75 ans et +	Total
Homme	22	507	744	742	522	284	189	146	3 156
Femme	21	96	141	205	158	94	63	34	812

de la dangerosité

On voudrait tellement que l'être humain soit prévisible, savoir si l'abuseur va récidiver, si le dépressif va tenter de se suicider, si l'enfant maltraité doit être retiré de sa famille, si, si, si... Parce qu'il connaît le comportement humain et qu'il a développé des instruments d'évaluation de plus en plus performants, on attend du psychologue un verdict catégorique, un diagnostic précis. L'évaluation de la dangerosité, ou quand les psychologues acceptent le risque.

dans des services alternatifs ou associatifs. Un premier modèle est celui caractérisé par le dépistage et l'évaluation, le deuxième modèle, utilisé surtout par des intervenants paraprofessionnels, est celui centré sur la résolution de problèmes et, enfin, celui qui retient le plus d'intérêt est le modèle d'intervention de crise décrit par Aguilera (1995).

Modèle de dépistage et d'évaluation (*screening/assessment model*)

Le cadre structuré de l'intervention de crise découlant de ce modèle est principalement sous la responsabilité d'un clinicien. Celui-ci produit une évaluation psychologique en profondeur des expériences passées de la personne, de son histoire familiale et sociale et de son histoire médicale. À la suite de cette évaluation, la personne est orientée vers d'autres ressources ou services communautaires pour y recevoir un traitement approprié. Dans ce cadre, le rôle du clinicien qui reçoit cette personne – généralement dans les salles d'urgence médicales ou psychiatriques – est de trouver et coordonner des ressources et des services pouvant l'aider. Ce modèle de dépistage, d'évaluation et d'orientation constitue une intervention de courte durée, variant d'une à deux rencontres, limitant ainsi les possibilités d'intervention plus élaborées.

Modèle de résolution de problèmes

Ce modèle fut élaboré dans les années 1960 en réaction à une augmentation de la demande des services en santé mentale. (Lecomte et Lefebvre, 1986). Depuis les années 1970, les paraprofessionnels œuvrant dans des services alternatifs ou associatifs en santé mentale offrent généralement ce type de service. Ce modèle fut au départ innovateur en favorisant le counseling par les pairs. Des personnes sans expérience de psychothérapie peuvent ainsi recevoir une formation en intervention de crise et développer des habiletés pour aider des pairs en difficulté. Cette formation de type humaniste pose l'accent sur l'écoute active, l'établissement d'une relation chaleureuse avec la personne et la diffusion de l'information pouvant aider à prendre des décisions. L'objectif est de permettre à l'individu formé

d'acquérir suffisamment de compétences pour être apte à aider une personne en crise, à définir et à évaluer les différentes solutions possibles pour résoudre le problème actuel.

Bien que la nature de ce modèle ait donné des résultats fructueux auprès de nombreuses personnes en difficulté, certains de ses aspects ont été critiqués (Lecomte et Lefebvre, 1986). Par exemple, le fait que le contenu et le nombre de séances ne soient pas clairement définis porte certaines personnes à consulter à répétition, sur une longue durée et à une haute fréquence, ce qui engendre le développement d'une certaine dépendance à cette forme de soutien.

Modèle d'intervention de crise

Ce modèle a pour origine les travaux de Caplan (1964), Messik et Aguilera (1976) et a été repris par Aguilera (1995). Faisant actuellement figure d'autorité en intervention de crise, ce modèle est adopté tant par des professionnels que par des paraprofessionnels. La psychothérapie brève est le modèle précurseur de l'intervention en situation de crise et poursuit comme objectif la résolution immédiate de la crise, soit entre une et six séances. Selon Aguilera (1995) une crise serait provoquée, plus ou moins directement, par une perception déformée de l'événement, par un manque de soutien adéquat ou par l'absence de mécanismes de maîtrise adéquats. Ce modèle s'applique bien aux crises suicidaires parce qu'il tient compte du sentiment d'ambivalence que peut avoir la personne suicidaire, de l'état d'impulsivité souvent présent dans la composante suicidaire et de la rigidité cognitive qui ne lui permet plus d'entrevoir de nouvelles solutions. L'intervention doit donc :

- permettre un rééquilibrage émotif par l'expression de la souffrance et de la détresse ;
- favoriser une restructuration cognitive en proposant une perception plus réaliste de l'événement ;
- prendre en considération et mobiliser le soutien social ;
- inciter l'individu à utiliser des mécanismes de maîtrise qui ont déjà fonctionné dans le passé sinon, aider la personne à développer de nouveaux mécanismes de maîtrise.




Le passage à l'acte suicidaire n'est pas en soi un diagnostic mais un comportement caractérisant le malaise vécu par une personne souffrante, indépendamment de ses difficultés psychologiques. Il est important d'éviter de placer toutes les personnes suicidaires dans la même catégorie diagnostique et d'offrir ainsi un traitement unique et universel. Le modèle d'intervention de crise est un modèle conceptuel correspondant à une période définie dans le temps, offrant un appui théorique à une technique d'intervention d'urgence. Ce modèle correspond à une période de désorganisation ciblée dans le temps mais ne saurait constituer un modèle théorique de remplacement à d'autres modèles théoriques de la psychopathologie.

Qui peut désamorcer une crise suicidaire ?

Il semble assez clair que l'intervention de crise puisse être appliquée avec succès tant par des intervenants professionnels que par des paraprofessionnels. Certaines nuances doivent cependant être apportées quant aux rôles professionnels de chacun, entre la place de la prise en charge que peuvent réaliser des intervenants paraprofessionnels et la place de la prise en charge qui incombe aux professionnels, afin de bien identifier qui peut intervenir pour désamorcer une crise suicidaire, auprès de quelles clientèles et dans quel contexte.

Comme les crises suicidaires sont imprévisibles et qu'elles peuvent émerger en tout temps dans tous les milieux, il s'avère nécessaire de bien former les intervenants à la technique d'intervention de crise dans la plupart des secteurs. La dimension de la formation, tant dans ses modalités techniques qu'organisationnelles, est une question primordiale. Bien que l'intervention de crise puisse être utilisée tant par les intervenants professionnels que paraprofessionnels, il n'en demeure pas moins que les objectifs d'intervention pourront différer en fonction de l'un ou l'autre des ces intervenants.

Plusieurs recherches ont porté sur l'évaluation de la satisfaction des clients à la suite des interventions téléphoniques ou d'une séance d'intervention de crise (Getz, Fujita et Allen, 1975; King, 1977; Stelmachers, Lund et Meade, 1972; Preston, Schoenfeld et Adams, 1975; Slaikeu et Willis, 1978; Hornblow et Sloane, 1980; Gingerich *et al.*, 1988; Kirk, Stanley et Brown, 1988; Young, 1989). Rappelons notamment que la plupart des établissements de crise ayant évalué leurs services ont obtenu un jugement d'efficacité de la part des usagers quant aux interventions effectuées. Il est également noté que le degré de tension semble diminuer uniquement lorsque l'intervenant réussit à nommer exactement les difficultés et la souffrance de la personne en crise. Par ailleurs, ces études ne




SPÉCIALISÉ DANS

**LE TRAITEMENT
DES TROUBLES
DE LA
PERSONNALITÉ**

Monique Bessette M.Ps
Psychologue
Directrice

Christophe Nowakowski M.D.
Psychiatre
Directeur-adjoint



**INTRODUCTION À L'INTERVENTION AUPRÈS DE LA CLIENTÈLE
PRÉSENTANT UN TROUBLE DE LA PERSONNALITÉ**

FORMATRICE Monique Bessette, M.Ps, diplômée du Masterson Institute

FORMAT 3 journées d'enseignement théorique agrémenté d'illustrations cliniques, et application des concepts aux vignettes et présentations de cas des participants.

CONTENU

- Définition du trouble de la personnalité: arrêt de développement et syndrome anxio-dépressif particulier.
- Évaluation diagnostique: structure de personnalité et degré de sévérité.
- Contre-transfert typique induit par les différentes structures de personnalité et obstacles que cela pose dans l'intervention.
- Objectifs d'intervention réalistes et établissement d'une alliance thérapeutique.
- Techniques d'intervention plus productives avec les différentes structures de personnalité.

DATES Groupe A: 28 septembre, 5 et 19 octobre 2001 de 9h à 16h30
Groupe B: 2, 9 et 23 novembre 2001 de 9h à 16h30

LIEU Centre Saint-Pierre, 1212 rue Panet, Montréal, Québec

COÛT 250 \$ pour les trois journées, taxes incluses.

INSCRIPTION Communiquez avec Sylvain Gingras au (514) 954-1848.
Dates limites: Groupe A: 14 septembre 2001, Groupe B: 19 octobre 2001

INSTITUT VICTORIA, 1440, RUE SAINTE-CATHERINE OUEST (BUR. 716), MONTRÉAL (QUÉBEC) H3G 1R8,
TEL. : (514) 954-1848, TÉLÉCOPIEUR : (514) 954-1849, INTERNET : [HTTP://WWW.CAM.ORG/~CLINVIC/](http://www.cam.org/~clinvic/)

permettent pas de se prononcer quant au maintien à long terme du mieux-être exprimé par les personnes en crise.

L'évaluation du potentiel suicidaire

Lorsque des intentions suicidaires sont dépistées chez une personne en crise, il est nécessaire d'évaluer la gravité de la crise avant d'établir un plan d'intervention. Lors de l'évaluation du potentiel suicidaire, le clinicien s'intéresse à l'évaluation

- du risque suicidaire (facteurs prédisposant à l'apparition du geste);
- de l'urgence du passage à l'acte (imminence de la conduite suicidaire);
- du danger entraîné par le scénario suicidaire (léthalité du moyen).

Selon Pruet (1990), la clef d'une évaluation adéquate se trouve dans la formation des intervenants. Il importe que ceux-ci soient bien formés à la reconnaissance des facteurs de risque pouvant augmenter les intentions suicidaires. Les intervenants doivent être en mesure de reconnaître les intentions suicidaires, de considérer les signes, les symptômes et les éléments du passé tels que les tentatives de suicide antérieures et de discerner tous les éléments pouvant vraisemblablement influencer le processus suicidaire (ex. : abus d'alcool, de drogues ou de médicaments, antécédents de l'historique familial, problèmes de santé mentale, etc.).

Bien qu'elles soient de durée limitée, les crises suicidaires peuvent être récurrentes. Ainsi une évaluation régulière du potentiel suicidaire pourra permettre au clinicien de dépasser les impressions cliniques, lesquelles sont parfois trompeuses avec certains patients. D'ailleurs une étude britannique récente (Appleby, Shaw, Amos, McDonnell et Harris, 1999) analysant 2170 décès par suicide auprès de personnes ayant des problèmes psychiatriques, identifie que 20 % de ces personnes avaient été en contact avec des services de santé mentale 24 heures avant leurs décès et que 50 % d'entre eux avaient été en contact avec des services de santé mentale la semaine précédant le décès. De plus, les professionnels de la santé mentale avaient évalué le risque de suicide comme étant d'absent à faible dans 84 % des cas, modéré dans 13 % des cas et élevé dans seulement 2 % des cas. Ce qui soulève la question de l'efficacité de l'évaluation. Est-ce que dans des milliers d'autres situations l'évaluation fut adéquate ou est-ce une indication de la difficulté qu'ont les intervenants à évaluer le potentiel suicidaire ?

Comment identifier le potentiel suicidaire ?

L'évaluation du potentiel suicidaire consiste à identifier le degré de perturbation chez l'individu afin de déterminer l'imminence et la dangerosité du geste suicidaire. La tâche pour les intervenants en situation de crise est lourde et exigeante. Ils doivent repousser l'échéance du passage à l'acte tout en concevant un plan de traitement, reconnaître les intentions de la personne en crise et discerner

tous les éléments qui augmentent le risque suicidaire (tels que les abus d'alcool, de drogue, de médicaments, les tentatives suicidaires antérieures, les antécédents psychiatriques ainsi que les problèmes de santé mentale existant dans la famille). Ce type d'évaluation tente de déceler une comorbidité symptomatique, c'est-à-dire qu'il cherche à établir la présence de plusieurs difficultés de santé mentale chez l'individu et/ou des problèmes de comportements qui peuvent interférer lors de l'intervention.

Facteurs de risque

De plus en plus d'études bien menées identifient des facteurs qui augmentent le risque de tentative de suicide ou de décès par suicide (Isometsä *et al.*, 1994, 1996; Brent *et al.*, 1996; Schaffer *et al.*, 1996, etc.). Vu leur nombre considérable, seuls les facteurs les plus significatifs (Organisation mondiale de la santé, 2000) apparaissent dans le tableau ci-dessous, soit les facteurs de risque de décès par suicide.

Les facteurs individuels :

- antécédents suicidaires de l'individu ;
- présence de problèmes de santé mentale (troubles affectifs, abus et dépendance à l'alcool et aux drogues, troubles de la personnalité, etc.) ;
- pauvre estime de soi ;
- tempérament et style cognitif de l'individu (impulsivité, rigidité de la pensée, individu colérique, agressif) ;
- présence de troubles de santé physique (maladie, handicap, etc.).

Les facteurs familiaux :

- présence de violence, d'abus physique, psychologique ou sexuel dans la vie de l'individu ;
- pertes et abandons précoces ;
- problèmes de toxicomanie et d'alcoolisme chez les parents de l'individu ;
- négligence de la part des parents ;
- existence d'une relation conflictuelle entre les parents et l'individu ;
- présence de conflits conjugaux majeurs ;
- comportements suicidaires chez l'un ou les deux parents ;
- problèmes de santé mentale d'un ou des parents.

Les facteurs psychosociaux :

- présence de difficultés économiques persistantes ;
- isolement social et affectif de l'individu ;
- séparation et perte récente de liens importants, deuil ;
- placements dans un foyer d'accueil, en institution ou dans un centre de détention ;
- victimisation ;
- difficultés scolaires, professionnelles ;
- effet de contagion (suivant le suicide d'un proche, deuil à la suite d'un suicide) ;
- difficulté avec la loi ;
- présence de problèmes d'intégration sociale.



Les études utilisant la méthode d'autopsies psychologiques (qui permet d'établir un diagnostic psychiatrique post-mortem) ont permis d'identifier certaines variables qui augmentent le risque de décès par suicide. L'étude portant sur l'association entre troubles mentaux et suicide est notamment très documentée dans la littérature. La dépression majeure ou les prédispositions à l'égard de l'impulsivité ainsi que l'abus de substances sont également des variables largement reconnues pour leur rôle dans l'augmentation du risque de décès par suicide (Brent, 1998). Les études identifient des taux de 70 à 95 % de troubles mentaux chez les personnes décédées par suicide. La co-morbidité demeure fort importante à 69 %, les troubles de l'humeur correspondent au désordre le plus souvent identifié (près de 60 %), suivi par l'abus de substances (41 %) et les troubles de la personnalité (41 %) (Lesage *et al.*, 1994). Malgré cette évidence du

Les antécédents de tentatives de suicide, particulièrement chez les personnes dépressives, constituent possiblement le facteur de risque de décès par suicide le plus important.

lien entre psychopathologie et suicide, il convient d'observer que si la majorité des personnes décédées par suicide souffraient de problèmes de santé mentale, toutes les personnes avec des problèmes de santé mentale ne se suicident pas. Ce qui rend difficile et complexe l'évaluation des personnes à risque de décès par suicide.

Par ailleurs, plusieurs études indiquent que les antécédents de tentatives de suicide, particulièrement chez les personnes dépressives, constituent possiblement le facteur de risque de décès par suicide le plus important (Brent, 1998). Ainsi les adultes ayant fait une tentative de suicide ont un risque huit fois plus élevé que les ado-

lescents de décéder par suicide au cours des trois premières années et demi suivant un congé d'un hôpital psychiatrique (Schaffer, 1996). Selon Allen (2000), la tentative de suicide antérieure est un des meilleurs prédicteurs de décès par suicide.

L'évaluation de l'urgence et de la dangerosité

Pour déterminer les priorités de l'intervention, il convient de procéder assez rapidement à l'évaluation de l'urgence, c'est-à-dire à l'évaluation de la probabilité et de l'imminence d'un passage à l'acte. La personne a-t-elle déterminé un scénario suicidaire? Est-il bien élaboré? Où et quand le passage à l'acte suicidaire aura-t-il lieu?

Au cours de cette évaluation, l'intervenant doit nécessairement considérer la létalité du scénario en questionnant la personne suicidaire sur ses intentions et sur les moyens qu'elle pense utiliser lors du passage à l'acte. L'intervenant doit évaluer adéquatement l'élaboration du scénario suicidaire.

Lorsque les questions sont précises, les réponses ont de meilleures chances d'être précises. Les réponses de la personne suici-

daire permettent aussi de mieux apprécier la situation et de mieux évaluer l'urgence et la dangerosité du passage à l'acte. L'intervention n'en sera que plus adéquate. Il est clair que l'intervention auprès d'une personne affirmant son intention de se suicider le soir même, avec les moyens qui se trouvent à sa disposition (armes à feu, médicaments, etc.), sera différente de l'intervention nécessaire pour une personne révélant qu'elle songe vaguement au suicide mais n'a aucun scénario précis.

Si l'accessibilité directe aux moyens ne pose pas d'entrave à la réalisation de son projet, c'est-à-dire si l'individu a facilement accès à des armes à feu, à des médicaments ou à tout autre moyen pour mettre fin à ses jours, il faut alors considérer la dangerosité extrême et agir en conséquence.

Le défi des intervenants

Pour conclure, il importe de préciser que l'intervention de crise s'applique dans certaines situations précises. Bien que ce modèle soit de conceptualisation simple et offre une méthode et une technique d'intervention bien spécifiques, il existe un danger à vouloir trop généraliser les applications de ce modèle, à vouloir l'appliquer à trop de situations psychopathologiques.

Le défi actuel pour les intervenants en suicidologie est de développer des approches novatrices basées sur un cadre conceptuel précis. Force est de constater que la mise en place d'activités de prévention et d'intervention face au suicide ne s'appuie pas toujours sur des éléments de connaissances bien établies. Il est donc nécessaire de continuer à documenter le phénomène, de tenter de mieux cibler quels types d'interventions sont efficaces auprès de quels sous-groupes de personnes suicidaires. Dans ce contexte, il apparaît essentiel de développer de meilleures connaissances sur les interventions pouvant protéger et renforcer la résilience des personnes vulnérables et en détresse suicidaire.

Monique Séguin est directrice du Module de psychologie à l'Université du Québec à Hull. Elle est également directrice du Laboratoire de recherche sur le suicide et le deuil au Centre de recherche Fernand-Séguin de l'hôpital Louis-H.-Lafontaine et membre du Centre de recherche et d'intervention sur le suicide et l'euthanasie (CRISE).

Bibliographie

- Aguilera, D. C. (1995). *Intervention en situation de crise : théorie et méthodologie*. Paris, InterÉditions.
- Appleby, L., Shaw, J., Amos, T., McDonnell, R. et Harris, C. (1999). « Suicide Within 12 Months of Contact With Mental Services: National Clinical Survey ». *British Medical Journal*, 318, p. 1235-1239.
- Brent, D. A. (1994). « Resolved: Several Weeks of Depressive Symptoms After Exposure To a Friend's Suicide Is "Major Depressive Disorder": Affirmative ». *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33 (4), p. 582-584.
- Brent, D. A. et Moritz, G. (1996). « Developmental pathways To Adolescent Suicide ». D. Cicchetti et S.L. Toth (éd.), *Adolescence: Opportunities and Challenges* (p. 233-258). Rochester, NJ, University of Rochester Press.
- Brent, D. A., Roth, C. M., Holder, D. P. et Kolko, D. J. (1996). « Psychosocial Interventions For Treating Adolescent Suicidal Depression: A Comparison Of Three Psychosocial Interventions ». E. D. Hibbs et P.S. Jensen. (éd.), *Psychosocial Treatments For Child And Adolescent Disorders: Empirically Based Strategies For Clinical Practice* (p. 187-206), Washington, DC, American Psychological Association.
- Caplan, G. (1964). *Principles Of Preventive Psychiatry*. New York, Basic Books.

- Getz, W. L., Fujita, B. N. et Allen, D. (1975). « The Use Of Paraprofessionals In Crisis Intervention: Evaluation Of An Innovative Program ». *American Journal of Community Psychology*, 3, p. 135-144.
- Gingerich, W. J., Gurney, R. J. et Wirtz, T. S. (1988). « How Helpful Are Helplines? A Survey Of callers ». *Social-Casework*, 69 (10), p. 634-639.
- Hawton, K., Arenwman, E., Townsend, E., Bremner, S., Feldman, E., Goldney, R., Gunnell, D., Hazell, P., van Heeringen, K., House, A., Owens, D., Sakinofski, I. et Traskman-Bendz, L. (1998). « Deliberate Self Harm: Systematic Review Of Efficacy Of Psychosocial And Pharmacological Treatments In Preventing Repetition ». *British Medical Journal*, 317, p. 441-447.
- Hornblow, A. R., et Sloane, H. R. (1980). « Evaluating The Effectiveness Of A Telephone Counselling Service ». *British Journal of Psychiatry*, p. 137, 377-378.
- Isometsä, E.T., Aro, H. M., Henriksson, M. M., Heikkinen, M. E. et Lonnqvist, J. K. (1994). « Suicide In Major Depression In Different Treatment Setting ». *Journal of Clinical Psychiatry*, 55, p. 523-527.
- Isometsä, E. T., Henriksson, M. M. et Heikkinen, M. E. (1996). « Suicide Among Subjects With Personality Disorders. *American Journal of Psychiatry*, 153, p. 667-673.
- King, G. D. (1977). « An Evaluation Of The Effectiveness Of A Telephone Counseling Center ». *American Journal of Community Psychology*, 5 (1), p. 75-83.
- Kirk, A. K., Stanley, G. V. et Brown, D. F. (1988). « Changes In Patients' Stress And Arousal Levels Associated With Therapists' Perception Of Their Requests During Crisis Intervention ». *British Journal of Clinical Psychology*, 27 (4), p. 363-369.
- Lecomte, Y. et Lefebvre, Y. (1986). « L'intervention en situation de crise ». *Santé mentale au Québec*, 11 (2), p. 122-142.
- Lesage, A. D., Boyer, R., Grunberg, F., Vanier, C., Morissette, R., Ménard-Buteau, C., Loyer, M. (1994). « Suicide and Mental Disorders: A Case-Control Study of Young Adult Males ». *The American Journal of Psychiatry*, 151, p. 1063-1068.
- Linehan, M. M., Armstrong, H. E., Suarez, A. et Allmon, D. (1991). « Cognitive-behavioral Treatment Of Chronically Parasuicidal Borderline Patients ». *Archives of General Psychiatry*, 48 (12), p. 1060-1064.
- Linehan, M. M. (1997). « Behavioral Treatments Of Suicidal Behavior: Definitional Obfuscation And Treatment Outcomes. D. M. Stoff et J. J. Mann (éd.), *The Neurobiology Of Suicide: From The Bench To The Clinic* (p. 302-328). New York, New York Academy of Sciences.
- Linehan, M. M. (1999). « Standard Protocol For Assessing And Treating Suicidal Behaviors For Patients In Treatment. D. G. Jacobs (éd.), *The Harvard Medical School Guide To Suicide Assessment And Intervention* (p. 146-187). San Francisco, Jossey-Bass Inc.
- Messick, J. M. et Aguilera, D. C. (1976). *Intervention en situation de crise : théorie et méthodologie* (2^e éd.) Saint-Louis, Missouri, Mosby.
- Organisation mondiale de la santé (2000). *Bulletin de l'Organisation mondiale de la santé* (2000). Genève, Suisse.
- Preston, J., Schoenfeld, L. S. et Adams, R. L. (1975). « Evaluating The Effectiveness Of A Telephone Crisis Center From The consumer's Viewpoint ». *Hospital & Community Psychiatry*, 26, p. 719-720.
- Pruett, H. L. (1990). « Crisis Intervention And Prevention With Suicide ». *New Directions for Student Services*, 49, p. 45-55.
- Slaikue, K. A. et Willis, M. A. (1978). « Caller Feedback On Counselor Performance In Telephone Crisis Intervention: A Follow-up Study ». *Crisis-Intervention*, 9 (2), p. 42-49.
- Stelmachers, Z. T., Lund, S. H. et Meade, C. J. (1972, automne). « Hennepin County Crisis Intervention Center: Evaluation Of Its Effectiveness ». *Evaluation*, p. 61-65.

FORMATION À LA THÉRAPIE EMDR MÉTHODE DE DÉSENSIBILISATION ET DE RETRAITEMENT PAR LE MOUVEMENT DES YEUX

(Eye Movement Desensitization and Reprocessing)

MONTREAL, LES 20, 21 ET 22 SEPTEMBRE 2001

PAR L'ÉQUIPE DE FRANCINE SHAPIRO, Ph. D.
Attestation officielle par l'EMDR Institute inc.

Parrainée par

Judith N. Lazar Black, M. Ed., psychologue, c.o.
Consultante en psychotraumatologie

La méthode EMDR est une approche développée par le Dr Francine Shapiro permettant un traitement accéléré d'une grande variété de troubles psychologiques et de problèmes d'estime de soi reliés à des événements bouleversants du passé ou à des conditions de vie présentes. La méthode EMDR est souvent utilisée dans le traitement des traumatismes, des problèmes de stress et des troubles anxieux. On estime qu'il y a plus de 20 000 thérapeutes à travers le monde qui ont été formés à cette méthode par l'EMDR Institute.

L'atelier sera donné en anglais. Il est à noter que le présentateur, le Dr Roger Solomon, a un anglais très facile à comprendre.

Coût : 575 \$ (+ taxes) pour inscription avant le 31 juillet 2001. 595 \$ (+ taxes) pour inscription après le 31 juillet 2001. Ces prix incluent les manuels de formation en français.

N. B. NOMBRE DE PLACES LIMITÉ

Pour des renseignements complémentaires, pour vous inscrire ou pour recevoir un **dépliant détaillé** et une fiche d'inscription, communiquez avec Anna Bonnel, adjointe administrative.

Tél : (514) 488-2238 — Fax : (514) 488-1508
Courriel : annabonnel@hotmail.com