

# Psychologie

volume 27  
numéro 03  
mai 10

Le magazine de l'Ordre des psychologues du Québec

QUÉBEC

## > Le psychologue au cœur de la santé physique

### PORTRAIT

HANS FLEURY, PSYCHOLOGUE ENGAGÉ  
ET HOMME D'ACTION

LES POSITIONS DE L'ORDRE SUR  
L'ADOPTION ET L'AUTORITÉ PARENTALE

# Formation clinique 30e promotion Septembre 2010

# CIG

CENTRE  
D'INTÉGRATION  
GESTALTISTE

-  Programmes de formation clinique
-  Ateliers de perfectionnement
-  Groupe NeuROgestalt
-  Les Éditions du CIG

-  Une formation clinique de pointe, strictement réservée aux professionnels de la santé mentale
-  Une théorisation rigoureuse, soutenue par les connaissances actuelles et intégrant :
  - Les connaissances des neurosciences actuelles, en particulier les travaux d'Allan Schore sur la régulation affective
  - Les théories contemporaines du développement de la mentalisation
  - La neurodynamique gestaltiste de l'expérience immédiate
-  Une formation expérientielle, permettant au participant d'éprouver personnellement les outils d'intervention et d'amorcer une réflexion approfondie sur ses propres enjeux développementaux
-  Des situations structurées de practicum supervisés en direct, permettant la mise en application sous contrôle
-  4 regroupements annuels de 4 jours pendant 3 ans

Pour recevoir la documentation complète et le dossier de candidature :  
514-481-4134

Sous la direction de Gilles Delisle, Ph.D.  
et de Lïne Girard, M.Ps.

# L'assurance d'avoir

# PLUS

de privilèges



Exclusivement réservé aux membres

Obtenez 10 % de rabais sur vos primes d'assurance automobile, habitation et véhicules récréatifs

**Concours**

*Par ici Paris!*

Demandez une soumission et courez la chance de vous envoler vers Paris.

Règlements disponibles à la Vice-présidence marketing.



  
**La Capitale**  
assurances générales

Cabinet en assurance de dommages

| 866 551-2641 • Montréal : 514 788-3527 • [www.lacapitale.com](http://www.lacapitale.com)

## > dossier p.20

# Le psychologue au cœur de la santé physique

**20\_ Efficacité et rentabilité pour les patients et les équipes interdisciplinaires**  
*Dr<sup>e</sup> Lysanne Goyer, psychologue*

**22\_ Autorégulation et maladie chronique**  
*Dr Serge Sultan, psychologue*

**28\_ L'entrevue motivationnelle**  
*Dr Jean-Marc Assaad et Dr<sup>e</sup> Leanna J. Zozula, psychologues, John W. Kayser, infirmier  
et Marie-Claude Gélinau, nutritionniste*

**34\_ Contributions de l'onco-psychologue au Programme d'oncologie  
psychosociale Louise Granofsky**  
*Dr Sylvain Néron, Dr<sup>e</sup> Sylvie Aubin et Dr Zeev Rosberger, psychologues*

**40\_ Coup d'œil sur la douleur chronique, le diabète et la maladie coronarienne**  
*Dr<sup>e</sup> Marie-France Lafontaine et Dr Paul Samuel Greenman, psychologues  
et Katherine Péloquin, candidate au doctorat en psychologie.*



**Sources Mixtes**  
Groupe de produits issu de  
forêts bien gérées et d'autres  
sources contrôlées

Cert no. XXX-XXX-000  
www.fsc.org  
© 1996 Forest Stewardship Council

Ce magazine est imprimé sur un papier certifié Éco-Logo, blanchi  
sans chlore, contenant 100% de fibres recyclées post-consommation,  
sans acide et fabriqué à partir de biogaz récupérés.



# sommaire

## 07\_ Éditorial

L'accessibilité : un projet commun

## 09\_ Secrétariat général

Le point sur certains dossiers

## 11\_ Pratique professionnelle

Adoption et autorité parentale : les positions de l'Ordre

## 13\_ Déontologie

Santé et exercice de la profession

## 15\_ Psychologue : une expertise qui s'impose

Le prochain congrès de l'Ordre largement inspiré par la loi 21

## 16\_ Portrait : Hans Fleury

Psychologue engagé et homme d'action

## 44\_ Vient de paraître

## 46\_ Opinions

Pénurie appréhendée de psychologues dans le réseau public : quelle est la cause ?

## 49\_ Activités des regroupements / Colloques et congrès / Tableau des membres

## 50\_ Petites annonces

## 54\_ La recherche le dit

*Psychologie Québec* est publié six fois par année à l'intention des membres de l'Ordre des psychologues du Québec. La reproduction des textes est autorisée avec mention de la source. Les textes publiés dans cette revue sont sous la seule responsabilité de leurs auteurs et n'engagent en rien l'Ordre des psychologues du Québec. L'acceptation et la publication d'annonces publicitaires n'impliquent pas l'approbation des services annoncés. Pour faciliter la lecture, les textes sont rédigés au masculin et incluent le féminin.

### Dépôt légal

Bibliothèque nationale du Québec  
Bibliothèque nationale du Canada  
ISSN 0824-1724

Envoi en poste publication,  
numéro de convention 40065731

**Rédactrice en chef** :: Diane Côté

**Comité de rédaction** :: Rose-Marie Charest,  
Nicolas Chevrier, Martin Drapeau, Lysanne Goyer

**Rédaction** :: Krystelle Larouche

**Publicité** :: David St-Cyr  
Tél. :: 514 738-1881 ou 1 800 363-2644  
Télécopie :: 514 738-8838  
Courriel :: [psyquebec@ordrepsy.qc.ca](mailto:psyquebec@ordrepsy.qc.ca)

**Conception graphique et production** ::  
Quatuor Communication

**Abonnements** ::

*Membres OPQ* :: gratuit  
*Non-membres* :: 40,50 \$ / 6 numéros (taxes incluses)  
*Étudiants* :: 25,50 \$ / 6 numéros (taxes incluses)

**Ordre des psychologues du Québec**

1100, avenue Beaumont, bureau 510  
Mont-Royal Qc H3P 3H5  
[www.ordrepsy.qc.ca](http://www.ordrepsy.qc.ca)

# Psychologie

QUÉBEC

**Dates de tombée des annonces publicitaires** :

Juillet 2010 : 21 mai 2010

Septembre 2010 : 23 juillet 2010



## Programmation Printemps | Automne 2010

Formations  Porte-Voix

### Printemps 2010



4<sup>e</sup> Colloque - Narcissisme pathologique, trouble de la personnalité antisociale et psychopathie

Invités d'honneur : D<sup>r</sup> Michael Stone et D<sup>r</sup> Frank Yeomans, psychiatres

Mtl : 6-7 mai 2010



Les troubles du comportement chez les enfants et les adolescents : état des connaissances, évaluation et intervention

Par D<sup>re</sup> Nadia Desbiens, psychopédagogue et maîtrise en psychologie

Mtl : 10-11 juin 2010 • Qc : 27-28 mai 2010



Aider les victimes souffrant de stress post-traumatique à réapprendre à vivre et à faire confiance

Par D<sup>re</sup> Pascale Brillon, psychologue

Mtl : 18-19 mai 2010 • Qc : 15-16 juin 2010



Introduction à l'intervention psychologique auprès de personnes atteintes de schizophrénie

Par D<sup>re</sup> Marie-Josée Marois, psychologue

Mtl : 9 juin 2010 • Qc : 18 juin 2010

### Automne 2010



Traitement cognitivo-comportemental de la dépression chez les adolescents : état des connaissances, évaluation et intervention structurée

Par D<sup>re</sup> Diane Marcotte, psychologue

Mtl : 17-18 nov. 2010 • Qc : 19-20 oct. 2010



Cadre et méthode de travail en psychothérapie auprès des troubles de la personnalité : approche psychodynamique et séminaire de cas cliniques

Par André Renaud, psychologue et psychanalyste

Mtl : 19 nov. 2010 • Qc : 3 déc. 2010



La thérapie cognitivo-comportementale en santé mentale : atelier d'introduction au modèle et à ses applications

Par D<sup>re</sup> Amélie Seidah, psychologue

Mtl : 9-10 déc. 2010 • Qc : 28-29 oct. 2010



Thérapie brève auprès de couples en crise : comment réduire la détresse et augmenter la satisfaction conjugale

Par D<sup>r</sup> François St Père, psychologue

Mtl : 27-28 janv. 2011 • Qc : 11-12 nov. 2010

Informations et inscriptions

[www.porte-voix.qc.ca](http://www.porte-voix.qc.ca)

Tél. : 418 658-5396 | Téléc. : 418 658-5982 | Courriel : [porte-voix@videotron.ca](mailto:porte-voix@videotron.ca)



Rose-Marie Charest / Psychologue  
Présidente de l'Ordre des psychologues du Québec

# Éditorial

## L'accessibilité : un projet commun

Permettez-moi d'abord de rappeler le mandat de l'Ordre des psychologues.

*La principale mission de l'Ordre des psychologues du Québec est la protection du public. Pour ce faire, l'Ordre :*

- *s'assure de la qualité des services offerts par ses membres;*
- *favorise le développement de la profession;*
- *défend l'accessibilité aux services psychologiques.*

L'accessibilité aux services psychologiques est donc inhérente à notre mandat. En effet, à quoi sert-il d'avoir des psychologues bien formés, qui maintiennent leurs compétences à jour et qui se comportent de manière respectueuse de l'éthique et de la déontologie, si leurs services ne sont pas accessibles à la population qui en a le plus besoin? Or, les gens de faible niveau socio-économique font partie de cette population.

À la lecture du dossier du présent numéro de *Psychologie Québec*, vous constaterez la place de plus en plus reconnue des interventions psychologiques dans la prévention et le traitement des problèmes de santé physique. Comment expliquer qu'une personne souffrant de diabète, de problèmes cardiaques ou de cancer puisse avoir accès gratuitement à une partie de son traitement, les soins physiques, et non à l'autre partie dont la pertinence est pourtant supportée par la recherche? Ce serait, et c'est, dans plusieurs cas, une aberration.

Le gouvernement est de plus en plus sensible à la nécessité d'embaucher des psychologues et de les mettre à contribution, notamment en première ligne. Il nous faut continuer à bien informer la population et les décideurs sur l'efficacité et l'efficience, en termes de coûts-bénéfices, de l'accès à des services psychologiques généraux comme spécialisés.

On invoque de plus en plus la difficulté de combler des postes et ce, tant dans le secteur de l'éducation que dans le secteur de la santé. Y aurait-il pénurie de psychologues? La réponse est non. En effet, le nombre de psychologues disponibles au Québec est suffisant, selon toute vraisemblance, pour répondre aux besoins de la population. Il nous faut chercher d'autres explications. Sans prétendre que celle-ci résume tout, force est de constater que le fossé se creuse de plus en plus entre les conditions de travail et salariales qu'offre le réseau privé et celles qu'offre le réseau public. On note aussi un déclin des activités qui enrichissent la vie professionnelle, soit l'appartenance à une équipe, la formation continue, la supervision, les échanges. Or, ceci constituait un attrait significatif pour le travail en institution.

Il n'est pas du mandat de l'Ordre de négocier les conditions de travail et salariales de ses membres, ni d'intervenir dans les méthodes de gestion des institutions. Il est toutefois de notre mandat de sensibiliser les employeurs au risque de pénurie propre au réseau public. Il en va de l'intérêt comme de la protection du public. L'Ordre est disposé à apporter son entière contribution tant à l'analyse du problème qu'à la recherche de solutions.

Comme psychologue, comme présidente de l'Ordre mais surtout comme citoyenne du Québec, je n'accepterai pas que seules les personnes les plus riches puissent avoir accès aux services des psychologues. Bien sûr, il faut faire des choix, mais de manière éclairée. La science, la compétence des professionnels, l'expertise des gestionnaires, les attentes du public doivent s'articuler autour d'un projet commun : la santé physique et psychologique des Québécois.

**Vos commentaires sur cet éditorial sont les bienvenus à :**  
[presidence@ordrepsy.qc.ca](mailto:presidence@ordrepsy.qc.ca)



Des formations  
de qualité dans plus d'une  
centaine d'établissements  
de santé et d'organismes  
communautaires  
depuis 1996

Documentation disponible  
en ligne ou sur demande

**Institut Victoria**

4307, rue Saint-Hubert  
Montréal (Québec)  
H2J 2W6

Téléphone : 514 954-1848  
Télécopieur : 514 954-1849  
info@institut-victoria.ca

VISITEZ NOTRE SITE WEB !  
[www.institut-victoria.ca](http://www.institut-victoria.ca)

## ► NOUVELLES FORMATIONS

### ■ Troubles alimentaires et troubles de la personnalité : traitement intégré

Mieux intervenir en conjugant la gestion des conduites alimentaires et les enjeux de personnalité.

**Montréal** 150 \$ (taxes incluses)  
le 22 octobre 2010

**Québec** 150 \$ (taxes incluses)  
le 18 février 2011

### ■ Intervention en situation de crise et trouble de la personnalité

Aller au-delà des limites de l'intervention de crise traditionnelle quand il y a trouble de la personnalité, et mieux gérer les agirs.

**Montréal** 275 \$ (taxes incluses)  
les 15 et 22 octobre 2010

### ■ Réadaptation physique et trouble de la personnalité

Mieux comprendre comment le trouble de la personnalité complique le processus de réadaptation et intégrer de nouveaux outils d'intervention.

**Montréal** 275 \$ (taxes incluses)  
les 4 et 11 novembre 2010

## ► PERFECTIONNEMENT DE 3 JOURS

### LES TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ : INTRODUCTION À L'INTERVENTION

**Montréal** 400 \$ (taxes incluses)

Groupe E les 10, 11 et 12 juin 2010

Groupe A les 12, 19 novembre et 3 décembre 2010

## ► CONTRE-TRANSFERT ET TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ

### ATELIER D'UNE JOURNÉE

**Montréal** 150 \$ (taxes incluses)

le 4 juin 2010

**Québec** 150 \$ (taxes incluses)

le 27 mai 2010

# Secrétariat général

## Le point sur certains dossiers



Stéphane Beaulieu / Psychologue

Secrétaire général

[stephanebeaulieu@ordrepsy.qc.ca](mailto:stephanebeaulieu@ordrepsy.qc.ca)

Cette chronique fait le point sur certains dossiers en cours au secrétariat général. La majorité de ces sujets ont fait l'objet de chroniques au cours des derniers mois. Le lecteur pourra se référer aux numéros antérieurs de *Psychologie Québec* pour prendre connaissance des détails, le cas échéant.

### \_MOBILITÉ DES PSYCHOLOGUES AU CANADA

Le nouveau chapitre 7 de l'Accord de commerce intérieur (ACI) est entré en vigueur en 2009 et l'Ordre des psychologues s'est doté d'un règlement pour s'y conformer. Le Règlement sur les autorisations légales d'exercer la profession de psychologue hors du Québec qui donnent ouverture au permis de l'Ordre des psychologues du Québec est récemment entré en vigueur. Ce règlement permet à l'Ordre de délivrer un permis à tout psychologue provenant d'une province canadienne, et ce, sur la simple base du permis qu'il détient dans sa province d'origine. L'obligation de réussir un cours de déontologie et celle de se conformer aux dispositions de la Charte de la langue française s'appliquent. Parallèlement, les psychologues du Québec pourront aussi se prévaloir des dispositions du nouveau chapitre 7 de l'ACI et obtenir un permis de pratique dans une autre province canadienne sans autre condition (un examen de déontologie peut toutefois être imposé). On se souviendra aussi que l'ACI prévoit un volet visant spécifiquement la mobilité des professionnels entre le Québec et l'Ontario. Cette entente a connu un dénouement heureux à la fin du mois de mars dernier. En effet, le litige qui opposait les deux provinces a été résolu de telle sorte que les psychologues du Québec qui sont détenteurs d'une maîtrise auront désormais accès au titre de psychologue en Ontario. L'Ontario avait annoncé son intention de donner l'accès au titre de psychologue aux seuls détenteurs d'un diplôme de doctorat et de donner le titre de « psychologues associés » aux détenteurs de maîtrise; situation que l'Ordre avait jugée inéquitable et qu'il avait dénoncée.

### \_ENTENTE FRANCE-QUÉBEC

Les travaux devant mener à un Arrangement en vue de la reconnaissance mutuelle des qualifications professionnelles (ARM) avec la France se poursuivent. Le gouvernement du Québec a fixé aux ordres professionnels l'échéance du 31 décembre 2010 pour conclure de telles ententes. Un ARM vise à simplifier le processus d'accès au permis de psychologue québécois pour les psychologues français et vice versa. Le principal enjeu est l'écart entre les niveaux respectifs de formation pour l'accès au titre de psychologue. Au Québec, l'exigence doctorale comporte 2 300 heures

de formation pratique (soit 700 heures de stage et 1 600 heures d'internat), alors qu'en France l'exigence de la maîtrise n'inclut qu'un minimum de 500 heures de stage professionnel. Une formation d'appoint est donc à prévoir pour les candidats français qui souhaiteront pratiquer au Québec. Les détails de l'ARM demeurent toutefois à être négociés avec la France. La signature officielle de l'ARM est prévue à l'automne prochain.

### \_PROGRAMME DE FORMATION D'APPOINT À L'UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

Le programme développé en partenariat avec l'Université de Sherbrooke, grâce à une subvention du ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles (MICC), devrait débiter au mois de janvier 2011. Ce programme, conçu pour répondre aux besoins de formation d'appoint de certains candidats formés à l'extérieur du Canada, se déroule sur une période de 18 mois, soit un semestre de formation, suivi d'un internat d'un an (1 600 heures). Il vise particulièrement les candidats détenteurs d'une maîtrise en psychologie professionnelle et qui ont peu (ou pas) d'expérience de travail.

### \_PROGRAMME D'INTERVENTION D'URGENCE POUR LES PSYCHOLOGUES

Ce programme est entré en vigueur en juin 2007. Il donne accès 24 heures sur 24 à une ligne d'aide téléphonique aux psychologues qui pourraient se retrouver en situation d'urgence, de détresse psychologique ou de crise suicidaire. Ce service est offert dans la plus haute confidentialité par une firme externe dont les services ont été retenus par l'Ordre. Un professionnel d'expérience évalue la situation au téléphone et peut rencontrer le psychologue au besoin, le temps de stabiliser la situation et de référer le cas aux ressources appropriées par la suite. L'Ordre assume les frais de ce service et le consultant produit des rapports non nominatifs sur une base annuelle. Ce programme existe pour des situations

## Service d'intervention d'urgence pour les psychologues

**Vous vivez une crise suicidaire ou une autre situation grave pouvant affecter votre fonctionnement personnel, social ou professionnel?**

Composez le 1 877 257-0088, accessible en tout temps.

Pour obtenir des renseignements supplémentaires sur ce service, visitez le site Web [www.ordrepsy.qc.ca/membres](http://www.ordrepsy.qc.ca/membres).

exceptionnelles; après trois ans d'opération, nous avons la certitude qu'il a sa raison d'être. En effet, le petit nombre de psychologues qui y ont eu recours en ont grandement bénéficié. Le numéro d'urgence est publié dans chaque numéro du *Psychologie Québec* et est accessible sur le site Web de l'Ordre.

## \_PROGRAMME D'ASSURANCE COLLECTIVE

Le renouvellement du programme d'assurance collective offert aux membres de l'Ordre a lieu le 1<sup>er</sup> juin de chaque année. Nous tenons à faire le point sur une recommandation de l'assemblée générale annuelle (AGA) 2007, formulée à l'intention du conseil d'administration de l'Ordre au sujet des tarifs du programme d'assurance collective. En réponse à cette recommandation, le conseil d'administration de l'Ordre avait alors demandé au secrétaire général de procéder à un appel d'offres dans un horizon de trois à cinq ans. Une telle démarche vise à solliciter des offres de la part de compagnies d'assurance et de négocier un programme aux meilleures conditions possible. Il y a maintenant trois ans que cette recommandation a été formulée par l'AGA. Au mois de mars dernier, après consultations auprès du courtier qui conseille l'Ordre en la matière, il été convenu de ne pas aller au marché cette année. Le fait de ne pas magasiner n'empêche

toutefois pas l'Ordre de négocier avec l'assureur actuel lorsque vient le temps de renouveler le contrat. Une évaluation du marché est faite chaque année afin de déterminer si les conditions sont propices à solliciter des offres auprès d'autres compagnies d'assurance. Notre programme étant encore très compétitif et nos taux se comparant à ceux d'autres ordres et associations de professionnels, l'Ordre a décidé d'attendre encore une année. Enfin, il faut savoir qu'il n'est pas nécessairement opportun d'aller au marché de façon trop fréquente et régulière. L'histoire démontre bien que certains assureurs attirent les groupes avec des tarifs alléchants la première année et que ces tarifs augmentent de façon importante les années suivantes. Par ailleurs, le nombre de compagnies d'assurance qui offrent de tels programmes est restreint, et le fait de changer régulièrement d'assureur peut affecter la crédibilité de notre groupe. Enfin, soyez assurés que l'Ordre négocie en votre nom le meilleur rapport qualité-prix d'année en année. Nous évaluerons l'an prochain la pertinence de procéder à des appels d'offres et vous tiendrons informés.

## INVENTAIRE NEO-PI-R

Un inventaire qui bénéficie de l'apport de la théorie sur la personnalité parmi les plus validées internationalement.

L'inventaire NEO PI-R a été conçu pour rendre opérationnelle la théorie du big five (Five Factor Model). Cette théorie qui fait l'objet d'un large consensus dans les milieux de la recherche en psychologie, met en évidence la présence de 5 dimensions qui résument la personnalité.

En repérant la position d'un sujet sur chacune des cinq dimensions, le psychologue peut appréhender la personnalité au travers des relations avec les autres, de l'expérience, des émotions, et évaluer l'attitude et les motivations.

Les 5 échelles ( Domaines ) : Névrose, Extraversion, Ouverture, Agréabilité et Conscience.

Les 30 sous-échelles : Anxiété, Colère-Hostilité, Dépression, Conscience de soi, Impulsivité, Vulnérabilité, Chaleur, Grégarisme, Autorité, Activité, Recherche de sensations, Émotions positives, Ouverture aux Rêveries, Ouverture à l'Esthétique, Ouverture aux Sentiments, Ouverture aux Actions, Ouverture aux Idées, Ouverture aux Valeurs, Confiance, Droiture, Altruisme, Soumission, Modestie, Sensibilité, Compétence, Ordre, Sens du devoir, Recherche de la réussite, Auto-discipline, Réflexion.

**6163-542102 : NEO-PI-R Matériel complet**

### NOUVELLE ADRESSE

#### INSTITUT DE RECHERCHES PSYCHOLOGIQUES

8490 rue Jeanne-Mance, suite 104, Montréal Qc. H2P 2S3

Téléphone : 514 382-3000 & 1 800 363-7800

Télécopie : 514 382-3007 & 1 888 382-3007

Courriel : [info@i-r-p.ca](mailto:info@i-r-p.ca) Site Web : [www.i-r-p.ca](http://www.i-r-p.ca)



# Pratique professionnelle

## Adoption et autorité parentale : les positions de l'Ordre



Pierre Desjardins / Psychologue

Directeur de la qualité et du développement de la pratique

[pdesjardins@ordrepsy.qc.ca](mailto:pdesjardins@ordrepsy.qc.ca)

### \_LA COMMISSION PARLEMENTAIRE

En janvier et février derniers se tenaient les consultations publiques de la Commission des institutions dans le cadre de l'avant-projet de loi intitulé *Loi modifiant le Code civil et d'autres dispositions législatives en matière d'adoption et d'autorité parentale*. Cet avant-projet de loi avait été déposé en octobre 2009 par la ministre de la Justice, M<sup>me</sup> Kathleen Weil.

L'Ordre a participé à cette consultation publique et a présenté un mémoire en commission parlementaire. Cette participation de l'Ordre était par ailleurs attendue compte tenu de la crédibilité accordée aux psychologues lorsqu'il s'agit de comprendre les besoins, les motivations et la souffrance psychique des personnes. L'Ordre réalise l'importance des enjeux liés à l'adoption et à l'exercice de l'autorité parentale de même que la difficulté à concilier d'une part, le meilleur intérêt de l'enfant et, d'autre part, les droits de toutes les personnes concernées, y compris ceux des personnes qui gravitent autour des personnes adoptées. Il demeure risqué, en pareille matière, que le débat devienne émotif et que l'on s'enlise dans des positions idéologiques préjudiciables pour les uns ou pour les autres.

### \_MISE EN CONTEXTE

La ministre Weil, dans l'avant-propos du document soumis pour consultation, fait référence aux nouvelles réalités sociales et familiales au Québec. Elle souligne fort à propos les changements qui ont marqué notre société dans les dernières décennies, notamment :

- :: que la « culture du secret » n'est plus aussi prépondérante qu'il y a 20 ou 30 ans;
- :: que les enfants confiés à l'adoption ne sont plus les mêmes, puisqu'il se trouve parmi eux de moins en moins de bébés naissants et de plus en plus d'enfants qui ont connu leurs parents d'origine;
- :: que certains enfants peuvent subir un préjudice lorsqu'est prononcée une adoption plénière impliquant la rupture d'une relation significative avec le ou les parents d'origine;
- :: qu'il est plus facile pour le parent qui ne peut répondre aux besoins de son enfant de réaliser le bien-fondé de le confier à l'adoption s'il a l'assurance de garder un contact avec lui.

Ajoutons à cela la place grandissante des mouvements de retrouvailles, et qui traduit les besoins et parfois même la souffrance des personnes adoptées et des parents d'origine. Bien que le besoin manifeste de certaines personnes adoptées soit de reconstituer leur histoire, de retrouver leurs racines, leur motivation prend sa source dans leurs expériences de vie et peut déborder les besoins identitaires qu'ils éprouvent par ailleurs, ce qui nécessite de réfléchir sur les mesures à prévoir pour y répondre.

Ces changements dans notre société ont amené la ministre à revoir le régime actuel d'adoption afin que soient prévues des voies d'exception à l'adoption plénière lorsque, par exemple, l'enfant a noué des relations interpersonnelles significatives avant le prononcé de son adoption. L'Ordre considère que cette révision devrait prendre en compte les risques éventuels de :

- :: placer l'enfant en situation de conflit de loyauté;
- :: freiner ou nuire à l'investissement affectif de l'enfant vis-à-vis de ses parents adoptifs;
- :: freiner ou nuire à l'investissement affectif des parents adoptifs;
- :: décourager les candidats d'envisager d'adopter un enfant.

### \_QUELQUES PROPOSITIONS DE L'AVANT-PROJET DE LOI

L'avant-projet de loi propose principalement de modifier le régime d'adoption au Québec, considérant que l'adoption plénière ne répond plus aux besoins des enfants qui sont actuellement adoptés. Il faut rappeler qu'en vertu de ce régime, l'adoption met fin aux liens de filiation de l'enfant avec les parents d'origine et ceux-ci n'ont dès lors ni droits ni responsabilités à l'égard de cet enfant. L'enfant adopté est de son côté coupé de ses origines et on lui donne une nouvelle identité. L'avant-projet de loi prévoit différentes modalités d'adoption, entre autres, le recours à l'adoption ouverte, à l'adoption sans rupture du lien de filiation et l'application de nouvelles règles régissant la confidentialité. Il propose également de reconnaître des pratiques de communication qui ont déjà cours bien qu'elles n'aient pas actuellement de valeur légale.

### \_L'ADOPTION OUVERTE

L'adoption ouverte correspond à l'adoption plénière assortie de règles ou d'obligations de communication entre les parents adoptifs et les parents d'origine. Afin que les nouvelles dispositions légales que l'on compte adopter permettent véritablement les meilleurs ajustements à la société québécoise d'aujourd'hui, l'Ordre considère qu'il faut s'appuyer sur des bases scientifiques rigoureuses. À ce sujet, la revue des études et recherches ne permet pas d'établir d'une manière déterminante si l'adoption ouverte représente ou non une option favorable au développement des enfants concernés. En outre, il n'y a pas de données sur les impacts à long terme des différentes modalités d'adoption,

ni sur les caractéristiques personnelles, familiales, contextuelles, sociétales ou autres des enfants qui pourraient bénéficier de mesures différentes de celles que prévoit l'adoption plénière.

Malgré ces incertitudes et ces inconnus, le meilleur intérêt de l'enfant doit être au cœur des préoccupations. L'Ordre considère opportun que les décisions à prendre quant au modèle d'adoption à privilégier pour un enfant donné soient fondées sur des critères définis, s'appuyant sur des données empiriques rigoureusement recueillies et qu'il soit entendu :

- :: qu'un professionnel compétent soit impliqué dans l'évaluation des besoins particuliers de chaque enfant;
- :: qu'un mandat de recherches soit confié à des organismes compétents en la matière afin de faire le suivi de l'application des nouvelles dispositions et de leur révision.

## \_DE NOUVELLES RÈGLES DE COMMUNICATION

La reconnaissance légale de pratiques de communication ne devrait pas impliquer que les parents adoptifs ne puissent exercer librement leur jugement et leur responsabilité parentale pour mettre fin à des ententes de communication qui seraient préjudiciables à l'enfant. De plus, les nouvelles règles proposées par l'avant-projet de loi risquent de mettre en conflit d'une part, le droit de la personne adoptée d'obtenir des informations sur ses origines et, d'autre part, le droit à la vie privée des autres personnes concernées (les parents d'origine et les parents adoptifs). Pour éviter toutes formes de préjudice, le législateur doit réfléchir sur cette question des droits à préserver et prévoir des issues aux éventuels dilemmes éthiques auxquels seront confrontés les professionnels ou les décideurs.

## \_L'ADOPTION SANS RUPTURE DU LIEN DE FILIATION D'ORIGINE

L'avant-projet de loi présente le modèle de l'adoption sans rupture du lien de filiation d'origine comme un modèle pouvant être utilisé « dans certains cas ». L'introduction de cette nouvelle disposition peut se justifier du fait que l'adoption plénière a pour effet d'effacer le lien de filiation et ainsi potentiellement nuire à la construction de l'identité de la personne adoptée en raison de

la négation d'un vécu significatif, symbolique ou réel, que cela implique.

L'adoption sans rupture du lien de filiation d'origine peut également convenir aux enfants d'abord confiés à une famille d'accueil et ensuite adoptés. Ces derniers connaissent leurs parents d'origine et ont l'occasion d'avoir des contacts significatifs avec ceux-ci.

L'Ordre a tenu toutefois à souligner que le recours à l'adoption sans rupture du lien de filiation d'origine ne devrait prévaloir que dans les situations où l'enfant a développé des liens significatifs dans son milieu d'origine, étant entendu que :

- :: les « liens de sang » ne sont pas nécessairement des liens significatifs pour l'enfant;
- :: les liens sont significatifs dans la mesure où ils sont avérés, sont de nature affective et sont profitables pour l'enfant.

Quant à l'avenir de ce projet de loi, le ministre Weil compte y donner suite. Sur la base des travaux de la commission parlementaire, les personnes impliquées au gouvernement élaboreront un projet de loi qui, lorsqu'il sera prêt, sera également soumis à la consultation.

## \_POUR EN CONNAÎTRE DAVANTAGE

Pour ceux et celles que les questions d'adoption intéressent particulièrement, un groupe de travail sur le régime québécois de l'adoption a déposé un important rapport en mars 2007, rapport qui fait un état de situation fort intéressant. Ce rapport a servi de base à l'élaboration de l'avant-projet de loi de la ministre Weil et il est possible de le télécharger à l'adresse Web suivante : [www.justice.gouv.qc.ca/francais/publications/rapports/adoption-rap.htm](http://www.justice.gouv.qc.ca/francais/publications/rapports/adoption-rap.htm).

Par ailleurs, cette chronique ne constitue qu'un aperçu des positions qu'a prises l'Ordre sur l'avant-projet de loi. Il faut savoir que dans le mémoire de l'Ordre, qui n'est ici présenté que dans de très grandes lignes, se trouvent 14 propositions adressées au législateur dans le but qu'il bonifie son avant-projet de loi. Pour en savoir davantage, nous vous invitons à visiter le site Web de l'Ordre : [www.ordrepsy.qc.ca](http://www.ordrepsy.qc.ca), zone publique sous l'onglet publications/mémoires.

### Psychologie Corporelle Intégrative

[www.institutpci.com](http://www.institutpci.com)



Montréal  
(514) 383-8615

Extérieur de Montréal  
1-877-383-8615

2503 Henri-Bourassa Est,  
bureau 101 Montréal (Qc)  
H2B 1V3

- Spécialisation d'intégration psychocorporelle pour professionnels
- Ateliers de développement personnel
- Ateliers thématiques
- Soirées d'information gratuites

#### Début de la formation

Montréal  
9 septembre 2010

#### Atelier pour couple

Vivre l'amour au quotidien  
Atelier I - 3-4 juillet 2010  
Atelier II - 14-15 août 2010

#### Soirées d'information

Montréal  
Jeudi, 13 mai 2010  
Vendredi, 18 juin 2010  
Vendredi, 20 août 2010

#### Développée depuis 1985

Une synthèse de plusieurs approches psychologiques (Gestalt, reichienne, psychologie du Soi, relations objectives) et de plusieurs techniques permettant d'intégrer l'expérience corporelle au cœur du processus de développement et d'intégration du Soi.

Le travail avec la respiration, le mouvement, les frontières et la présence, dans le cadre de la relation thérapeutique stimulent et supportent une nouvelle expérience de Soi et du sentiment d'être vivant. Ces expériences d'intégration corps-esprit-cœur favorisent une réorganisation du cerveau au sens où le décrivent les neurosciences actuelles.

Programme offert au Québec et en Belgique.

André Duchesne, M. Ps., directeur de l'IPCI

# Déontologie

## Santé et exercice de la profession



Suzanne Castonguay / Psychologue

Syndic adjointe

scastonguay@ordrepsy.qc.ca

Plusieurs articles du code de déontologie se relient au thème de la santé, celle des clients, mais aussi celle des psychologues. Cet article traitera de ce sujet afin d'aider les psychologues à prévenir des situations où ils contreviendraient à leurs obligations professionnelles en lien avec leur santé ou celle d'un collègue.

Les ordres professionnels sont confrontés, à l'occasion, au fait qu'un de leurs membres ne serait pas en état de pratiquer sa profession. Cette information, souvent communiquée par un client ou un autre membre, requiert l'attention du bureau du syndicat. Celui-ci a l'obligation de faire enquête afin de vérifier les allégations, et ce, dans la perspective d'assurer, le cas échéant, la protection du public. Pour atteindre cet objectif, il arrive de plus en plus souvent qu'il faille aider le psychologue à trouver des solutions. Par conséquent, le syndicat responsable de l'enquête doit ouvrir un dossier d'enquête et agir en toute confidentialité, avec toute la délicatesse que ce type de problème requiert.

Bien que la santé physique ou mentale d'un professionnel soit du domaine de sa vie privée, tout professionnel a des responsabilités vis-à-vis de la protection du public, ce qui l'oblige à maintenir la qualité des services qu'il rend. C'est dans cet esprit que nous vous transmettons ici des exemples de comportements qui doivent être perçus comme des signaux d'alarme. Ces signaux, auxquels le psychologue doit porter attention, peuvent lui servir de pistes d'ajustements à apporter dans son travail ou même, le cas échéant, dans sa vie privée. En effet, par le biais de ces ajustements, le psychologue est amené, au fil de sa carrière, à respecter ses goûts, ses intérêts, mais aussi ses limites selon les circonstances.

Voici quelques-uns de ces signaux. Le psychologue

- :: se sent toujours fatigué;
- :: ne prend plus le temps de tenir ses dossiers;

- :: a de la difficulté à se concentrer durant les entrevues, les réunions;
- :: arrive très en retard régulièrement;
- :: ne rend pas toujours ses appels, par oubli ou par choix;
- :: procrastine pour du travail à produire;
- :: pense à son travail régulièrement la nuit;
- :: oublie un rendez-vous;
- :: se sent débordé, dépassé;
- :: dénigre ouvertement un collègue;
- :: perd patience ou manifeste de la colère à son travail.

De plus, les aléas de la vie comme la perte d'un emploi, un divorce, la mort d'un proche, la solitude non désirée, des stress financiers, des problèmes de consommation de drogue ou d'alcool, etc. sont des situations qui peuvent être souvent à l'origine de la perte d'une distance professionnelle nécessaire pour rendre des services de qualité. Voici quelques exemples de conduites inappropriées qui dénotent la présence d'un problème et qui doivent être considérées par le professionnel comme des signaux d'alarme importants :

- :: le psychologue se confie régulièrement à ses clients;
- :: fait du chantage émotif avec un client qui désire terminer le traitement ou le service;
- :: parle de son quotidien régulièrement;
- :: complimente un client, une cliente en vue de séduire;
- :: consomme alcool ou drogue avec un client;
- :: utilise son client pour combler ses besoins de divertissement, de compagnie, etc.

Pour aider un professionnel, divers moyens peuvent être envisagés : aller chercher de la supervision, de l'aide psychothérapeutique ou téléphoner au service d'aide que l'Ordre a mis sur pied pour ses membres. Ces ressources peuvent être bénéfiques pour le professionnel, qui sera aidé en toute confidentialité. De plus, la qualité de sa pratique en sera restaurée.

## > En bref

### JOCELYNE LAURIN À L'ORDRE DEPUIS 30 ANS!

Depuis maintenant 30 ans, M<sup>me</sup> Jocelyne Laurin travaille à l'Ordre des psychologues du Québec. Le 3 mars dernier, toute la permanence de l'Ordre se réunissait pour souligner la contribution de M<sup>me</sup> Laurin. « Ces 30 années-là, je ne les ai pas vues passées! », s'est exclamée l'adjointe administrative au Bureau du syndicat. Sur la photo, M<sup>me</sup> Laurin est félicitée par la présidente de l'Ordre, M<sup>me</sup> Rose-Marie Charest.



# PSYCHOLOGUE

## POSTES ET REMPLACEMENTS

La Commission scolaire des Grandes-Seigneuries dont le siège social est situé à La Prairie offre de l'enseignement à plus de 23 000 élèves répartis entre 34 écoles primaires, 14 écoles secondaires, 2 centres de formation générale pour adultes ainsi que 2 centres de formation professionnelle. Elle est à la recherche de psychologues pour des postes réguliers et des remplacements dans des écoles primaires et secondaires.

La Commission scolaire des Grandes-Seigneuries est un milieu de vie où tous peuvent évoluer dans l'intégrité, le respect et l'équité.

### Les avantages de choisir notre Commission scolaire :

- Une équipe dynamique d'environ 20 psychologues travaillant dans divers milieux
- Un milieu où chaque école, quelle que soit sa taille, a un service en psychologie à chaque semaine
- Un service bien reconnu où les psychologues ont un local à leur disposition dans chacune des écoles et bénéficient de rencontres professionnelles à raison d'une fois par mois
- Des équipes multidisciplinaires où le partage d'expertise est hautement valorisé
- Des conditions favorisant le perfectionnement, l'achat de livres et de matériel
- La chance de participer à différents comités et de faire valoir ses compétences
- Une organisation qui reconnaît et valorise son personnel
- Une équipe soucieuse de bien accueillir les nouveaux arrivants et de leur offrir un accompagnement et un soutien professionnel

### Salaire et avantages

- Selon la convention collective en vigueur (entre 37 354 \$ et 70 819 \$)
- Avantages sociaux intéressants

### Qualifications requises

Être membre de l'Ordre des psychologues du Québec

Les personnes intéressées doivent faire parvenir leur curriculum vitae à l'adresse suivante :

**[escruceria.cl@csdgs.qc.ca](mailto:escruceria.cl@csdgs.qc.ca)**

La Commission scolaire des Grandes-Seigneuries applique un programme d'accès d'égalité en emploi pour les femmes, les minorités visibles, les minorités ethniques, les autochtones et les personnes handicapées.

Seules les personnes retenues recevront une réponse.



COMMISSION SCOLAIRE DES  
**GRANDES-SEIGNEURIES**

**Voir**  
**grand.**

50, boulevard Taschereau, La Prairie (Québec) J5R 4V3  
Téléphone 514.380.8899 [www.csdgs.qc.ca](http://www.csdgs.qc.ca)

# Psychologue : une expertise qui s'impose

## Le prochain congrès de l'Ordre largement inspiré par la loi 21

Le prochain congrès de l'Ordre des psychologues aura lieu du 28 au 30 octobre 2010 à l'hôtel Hilton de Québec. Puisqu'il marquera une importante rencontre entre tous les psychologues du Québec à la suite de l'adoption du projet de loi 21, l'orientation du congrès se tournera particulièrement sur la psychothérapie et les activités réservées d'évaluation. Les ateliers porteront notamment sur l'évaluation des troubles mentaux, l'évaluation des troubles d'apprentissage et grandement sur la psychothérapie. En ce sens, le comité organisateur composé des psychologues Rose-Marie Charest, Martin Drapeau, Pierre Desjardins, Charles Demers, Nicolas Chevrier, Jean-Guy Rochefort, Louise Garant, Marcelle Farahian, Marie Guertin, Marie-Claude Guay, Paul Veilleux, Réjean Simard et Suzanne Déry, accompagnés des employés de l'Ordre, Diane Côté, Krystelle Larouche et Huguette Prosper, a choisi un thème évocateur pour la profession : *Psychologue : une expertise qui s'impose*. Ce thème n'est pas sans rappeler toute la reconnaissance qu'apporte le projet de loi 21 aux compétences spécifiques des psychologues.



Les plages horaires du congrès se diviseront, comme lors des éditions antérieures, entre des conférences, des symposiums ainsi que des ateliers de formation. Les conférences matinales, auxquelles tous sont invités à participer, lanceront la journée autour de sujets reliés à l'exercice et à l'avenir de la profession. Les symposiums, quant à eux, exposeront l'état de la situation d'un enjeu défini et inviteront plusieurs spécialistes à s'y prononcer; une pluralité de points de vue qui culminera vers un débat enrichissant avec les participants. Les ateliers de formation seront bien entendu toujours à l'affiche. Certains dureront trois heures et d'autres, cinq heures. La sélection des ateliers est déjà effectuée; vous recevrez dès juillet prochain le programme complet des activités.

En plus d'être une occasion unique de formation, le congrès sera aussi le moment idéal pour tenir l'assemblée générale annuelle, qui aura lieu le vendredi 29 octobre en fin de journée, et la cérémonie de remise des Prix de l'Ordre, qui se tiendra en soirée à deux pas de l'hôtel Hilton, dans la salle Le Parlementaire située dans la cour intérieure de l'hôtel du Parlement. Le caractère officiel et le décor pittoresque de style beaux-arts des lieux contribueront à souligner l'excellence de la profession avec éclat et élégance!

# Portrait

## Hans Fleury : psychologue engagé et homme d'action

À peine sorti du tourbillon dans lequel il n'a pas hésité à plonger dès que l'onde de choc du séisme en Haïti a frappé le Québec, Hans Fleury revient sur sa carrière et sur cette expérience bouleversante qui l'a ramené à Port-au-Prince, sa ville natale. Il nous a accueillis à son domicile de Laval, situé à deux pas de la Cité-de-la-Santé où, pendant vingt-quatre ans, il aura influencé de manière importante la façon de prodiguer des soins de santé psychologiques en milieu hospitalier.

Quiconque a eu la chance de rencontrer Hans Fleury sait à quel point l'homme laisse une forte impression. Il y a la stature, bien sûr, mais il y a aussi ce sourire, aussi chaud et chaleureux que sa poignée de main et finalement cette voix; cette façon de se raconter avec assurance et éloquence. Hans Fleury sait où il s'en va, et il nous donne envie de le suivre!

### \_POUR MA MÈRE...

Avec le recul, Hans Fleury conçoit que s'il a songé à la prêtrise, c'était en partie pour plaire à sa mère. « Elle rêvait d'avoir un fils aîné prêtre », dit-il. Bon élève, on le dirige vers des études classiques au Petit Séminaire Collège Saint-Martial de Port-au-Prince. Il choisira la communauté des jésuites pour leur engagement dans l'action et quittera Haïti pour le Québec, en 1961, pour se retrouver au noviciat à Saint-Jérôme. Sa mère décède peu après, alors qu'il complète une retraite de silence d'un mois. Il n'a alors que 18 ans.

### \_LA GRANDE SÉDUCTION

Ses premières impressions du Québec? « C'était beau, les gens étaient très accueillants, les rues étaient larges et ça sentait les patates frites! », se souvient Hans Fleury. Plusieurs de ses proches sont ensuite venus poursuivre leur vie au Québec. Après 25 ans de mariage, en 1991, son épouse est décédée. Hans Fleury s'est remarié avec Suzanne, sa complice depuis 15 ans. À eux deux, ils sont entourés de quatre enfants et de cinq petits-enfants.

Hans Fleury s'est senti bien accueilli dès son arrivée au Québec et, sans nier que l'intégration puisse être difficile pour certains immigrants, ce ne fut pas son cas. « J'ai vécu quelques situations de discrimination raciale au cours de ma vie et de ma carrière, mais cela reste marginal », souligne-t-il.

### \_TROUVER SA VOIE

« Dès l'adolescence, je me demandais si j'avais la vocation de devenir prêtre », confesse Hans Fleury. Il admet que le vœu de chasteté aurait représenté un sacrifice qui n'avait pas de sens pour lui. Cela dit, malgré le changement de cap professionnel, les valeurs qui l'animaient à l'époque sont demeurées les mêmes : amour, foi, espérance, honnêteté et respect. Celles-ci l'ont guidé dans le choix de la profession de psychologue.

Hans Fleury fera ses études à l'Université de Montréal où il occupera plus tard les fonctions de superviseur clinique. Convaincu de l'apport des différentes approches cliniques, il s'intéresse d'abord à la psychologie humaniste et complète son doctorat, en 1973,

dans l'esprit du courant psychodynamique. Pendant et après ses études, il travaillera notamment au Centre d'orientation et de réadaptation de Montréal – le Centre de psychologie Gouin – aux côtés notamment du père Noël Mailloux et de la D<sup>re</sup> Jeanine Guindon.

Fraîchement diplômé, Hans Fleury soupèse chaque décision avant de s'engager. « Je dois y penser », répond-il lorsqu'on lui propose de prendre la direction du service de psychologie de l'Hôpital Sainte-Justine. Il décline l'offre : « Je me sentais trop jeune, pas suffisamment expérimenté ». Deux ans plus tard, ils reviennent à la charge. Cette fois, il est prêt. « Avant mon arrivée, ce service traversait une crise qui commandait des changements significatifs », explique-t-il. Malgré les résultats positifs obtenus, des raisons familiales le poussent à chercher un travail près de chez lui, à Laval.

### \_UN PSYCHOLOGUE DANS LA CITÉ

En 1977, Hans Fleury est nommé chef du service de psychologie au nouvel Hôpital de la Cité-de-la-Santé de Laval. Il mettra sur pied ce service qui desservira les patients de tous les secteurs médicaux et chirurgicaux de l'établissement.

Gagnant le respect de ses collègues au fil des années, il cumule en plus de ses fonctions de chef de service le poste de coordonnateur clinico-administratif du programme de psychiatrie et assume pendant plus de deux ans les fonctions de directeur des services hospitaliers. Il est ému en repensant à l'hommage que lui ont rendu ses collègues lors de son départ à la retraite, en 2001. En 1997, l'établissement hospitalier lui a décerné la mention d'honneur du personnel clinique dans le cadre du prix Réal-Dubord, puis en 2003 il fut le récipiendaire du Prix mérite du Conseil interprofessionnel du Québec (CIQ) et de l'Ordre des psychologues du Québec.

Hans Fleury place le patient au cœur de sa vision des soins. Il croit à l'apport spécifique et complémentaire de chaque professionnel et dit avoir toujours fait la promotion d'une approche participative, en étroite collaboration avec les services de première ligne et les ressources communautaires.

### \_ENTRE LA RIGUEUR ET LA SOUPLESSE

À maintes reprises, Hans Fleury insiste sur la rigueur, mais aussi sur l'importance d'être souple et de tenir compte des besoins exprimés par la clientèle et leurs proches. Le psychologue est à la fois un gestionnaire droit, parfois ferme, mais aussi un *jazzman*

amateur qui aime beaucoup improviser au piano. En songeant à ces deux facettes qui le caractérisent, Hans Fleury se remémore son enfance, l'amour de ses proches, mais aussi la sévérité de l'éducation des enfants dans la culture haïtienne de l'époque.

Cette dualité se traduit dans ses choix. Depuis qu'il a pris sa retraite, Hans Fleury se consacre davantage à la musique : il assume les percussions dans deux big bands. Parallèlement, il travaille notamment à l'inspection professionnelle pour l'OPQ. Vu son expérience et sa capacité à se montrer exigeant, certains des psychologues inspectés ont-ils pu craindre sa visite? « Sûrement, mais la plupart ont trouvé l'expérience plus détendue qu'ils ne l'auraient cru. Certains m'ont même confié que s'ils avaient su ce que c'était, ils auraient aimé être inspectés avant! », relate-t-il.

## \_UN HOMME AUX COMMANDES

Homme-orchestre, Hans Fleury ne s'est jamais contenté de faire une seule chose à la fois : alors qu'il était gestionnaire, il a siégé à des conseils d'administration et de nombreux comités tout en poursuivant des consultations cliniques à l'hôpital et à son bureau privé. En 1989, il a été nommé membre du Comité de la santé mentale du Québec, un groupe-conseil formé par le MSSS du gouvernement du Québec et mandaté pour développer les grandes lignes de la politique en prévention en santé mentale.

Dans sa maison, Hans Fleury s'est approprié une petite pièce dans laquelle on trouve un clavier de piano, deux ordis, une télé et des centaines de livres et de documents d'archives. Il surnomme cette pièce son « cockpit ». C'est précisément à cet endroit qu'il se trouvait, le 12 janvier dernier, lorsque les premières images du séisme en Haïti sont apparues à la télé. « Je suis resté collé à l'écran jusque tard dans la nuit », se souvient-il. Quelques heures plus tard, le clinicien et le gestionnaire en lui allaient reprendre du service.

## \_CELLULE DE CRISE

En quelques jours, Hans Fleury se retrouve en plein cœur de la vague de soutien qui déferle sur le Québec en réponse à la tragédie qui vient de terrasser le peuple d'Haïti et la diaspora. « Il y a 80 000 Québécois d'origine haïtienne, seulement à Montréal », rappelle-t-il. Malgré l'ampleur du choc, il se sent interpellé et développe rapidement une vision de ce qu'il peut faire pour aider. Avant tout : outiller les ressources communautaires déjà en place et travailler en concertation avec les ressources publiques. « Je n'ai pas attendu qu'on m'appelle, j'ai proposé mes services », dit-il. Les jours suivants, il anime des groupes de soutien, forme les ressources d'aide, identifie et développe plusieurs outils et documents sur les premiers soins psychologiques en cas de catastrophe<sup>1</sup>.



Il fera notamment partie de la cellule de crise mise en place par l'OPQ. Sous l'impulsion de la psychologue Pascale Brillon et en concertation avec le président de Médecins du monde – Canada, il collabore à mettre sur pied une formation pour un groupe de psychologues volontaires. À travers tout cela, Hans Fleury accorde des entrevues aux médias et reste branché sur tous les développements sur le terrain : il apprendra plus tard que deux de ses cousines sont décédées sous les décombres.

Se sentait-il épuisé à cumuler ces journées de quatorze heures et à écouter tous ces récits d'impuissance? « Fatigué oui, mais j'aurais été plus affecté en ne faisant rien », répond-il spontanément. Le psychologue considère que le peuple québécois a été d'une sensibilité et d'une générosité exemplaires et se réjouit de l'efficacité avec laquelle l'OPQ et ses membres ont su réagir dans les circonstances. Il leur en est très reconnaissant et les remercie.

## \_LE CHAMP DE MARS ET L'ODEUR DE L'HERBE

Le 10 février 2010, après un voyage de plus de 20 heures, Hans Fleury arrive finalement à Port-au-Prince à titre de collaborateur bénévole pour le CECL. C'est un nouveau choc : « Ce n'était pas une maison; des quartiers entiers s'étaient effondrés dans certains secteurs. » Certaines images sont plus fortes que d'autres : celles d'édifices dont plusieurs étages sont écrasés les uns sur les autres, comme de fragiles châteaux de cartes, avec des cadavres encore sous les décombres.

Lorsqu'il songe au Port-au-Prince de son enfance, Hans Fleury évoque spontanément la cathédrale Notre-Dame et le Palais présidentiel, tous deux démolis. Un grand parc gazonné borde l'édifice blanc. C'est le champ de Mars. « Je me souviens de l'odeur de l'herbe au cours de certaines promenades que je faisais, petit garçon, avec ma grand-mère me tenant par la main », dit-il.

## \_L'HORREUR... PUIS L'ÉTAT DE GRÂCE

Une journée, alors qu'il visite un hôpital au sud-ouest de Port-au-Prince, Hans Fleury se fait interpellé par un des médecins étrangers qui ne sait plus quoi faire avec un patient au regard hagard qui, selon lui, est schizophrène. « Je me suis agenouillé près de l'homme. Il était recouvert de poussière, sa peau était desséchée », décrit le psychologue qui, doucement, parle à cet homme en créole, puis touche son bras comme les Haïtiens ont l'habitude de le faire. Il réalise alors que celui-ci a erré pendant 17 jours. Il n'était pas dissocié : il avait faim et avait perdu ses repères...

Depuis le 12 janvier, Hans Fleury estime avoir entendu au moins 300 récits de gens durement frappés de près ou de loin par le séisme. Dépêché sur les lieux avec le mandat de prodiguer les premiers soins psychologiques à des coopérants sur place, le psychologue est frappé par le courage et les fragments d'espoir qui poussent çà et là à travers la dévastation.

## \_« LA VIE REPREND SON COURS »

Au cours d'une visite dans une tente où une quinzaine de personnes se rétablissent d'une amputation, le psychologue réalise que toutes, malgré la mutilation, se disent reconnaissantes d'être en vie. « Un des hommes était resté des heures le bras pris sous les décombres, mais de sa main libre il a contribué à dégager une autre personne des débris », raconte-t-il. Les médecins n'ont pu sauver le bras de cet homme, mais celui-ci se consolait

## > En bref



### \_PSYCHOLOGUE HONORÉE POUR SA CARRIÈRE DANS LES ÉMISSIONS JEUNESSE

L'Alliance pour l'enfant et la télévision remettra le 27 mai prochain le Prix pour une

carrière vouée à l'excellence à M<sup>me</sup> Cécile Bellemare, psychologue. Ce prix souligne sa contribution à l'industrie, son leadership, sa capacité d'innover et d'inspirer les autres ainsi que son engagement envers les jeunes Canadiens durant sa carrière. M<sup>me</sup> Bellemare a notamment occupé les fonctions de directrice des émissions jeunesse et famille à Radio-Canada et directrice du développement des programmes à Télé-Québec.

en se disant qu'il était vivant et qu'il avait aidé à sauver une vie en utilisant son autre bras. Hans Fleury voit dans ce récit une grande leçon de courage, de fraternité et d'espoir.

« Soixante-quinze pour cent de vous passeront à travers sans trop de séquelles », rappelle-t-il aux gens. Aux autres, susceptibles de rester plus marqués, il offre cette pensée : « Progressivement, grâce à vos propres forces et à l'aide que vous pourrez recevoir de votre famille, de votre communauté et des intervenants, vous pourrez placer cette cicatrice physique ou psychologique dans un coin de votre personne en donnant petit à petit à cette blessure sa juste place... » Hans Fleury, c'est une évidence, est résolument du côté de la vie.

Par *Éveline Marci-Denault*, psychologue et journaliste pigiste

## \_NOTE

- 1 Les documents concernant les premiers secours psychologiques dans le contexte des conséquences du tremblement de terre qui a terrassé Haïti le 12 janvier dernier sont disponibles sur le site Web de l'OPQ, à la section « Nouveautés ».



INSTITUT MONTRÉALAIS  
de PSYCHOTHÉRAPIE  
ANALYTIQUE

### PROGRAMME DE FORMATION ANALYTIQUE PSYCHOTHÉRAPIE INDIVIDUELLE PSYCHOTHÉRAPIE CONJUGALE ET FAMILIALE

- ▶ Assure une formation pour travailler en réseau public ou en cabinet privé ;
- ▶ Vise l'acquisition de connaissances théoriques et cliniques selon l'approche analytique ;
- ▶ Échelonne la formation sur 3 ans, à raison de 120 heures de cours théoriques et de séminaires pratiques. S'ajoute en plus une supervision de 120 heures ;
- ▶ Met à contribution une équipe de formateurs chevronnés et reconnus.

*Date limite pour le dépôt d'une demande d'admission :*

**15 juin 2010**

Pour information ou demande d'admission, contacter :

**Serge Arpin** (450) 674-4477 [sergearpin@impa.ca](mailto:sergearpin@impa.ca)  
**Carole Hamel** (514) 845-3840 [carolehamel@impa.ca](mailto:carolehamel@impa.ca)

[www.impa.ca](http://www.impa.ca)

# Charles Demers nommé responsable de la formation continue

APRÈS L'OBTENTION DE SON BACCALAURÉAT EN PSYCHOLOGIE À L'UNIVERSITÉ D'OTTAWA ET DE SA MAÎTRISE SE SPÉCIALISANT EN NEUROPSYCHOLOGIE ET EN PSYCHOLOGIE CLINIQUE À L'UNIVERSITÉ LAVAL, M. CHARLES DEMERS ENTAME SA CARRIÈRE EN MILIEU HOSPITALIER ET PASSE PLUS DE VINGT ANS AU CENTRE HOSPITALIER PIERRE-JANET, SITUÉ À GATINEAU. EN 2010, C'EST UN NOUVEAU DÉFI QU'IL RELÈVE EN ENTRANT À L'ORDRE DES PSYCHOLOGUES COMME RESPONSABLE DE LA FORMATION CONTINUE.

Troubles neurologiques, démence, traumatismes crâniens, troubles d'apprentissage, troubles de déficit d'attention, profils psychiatriques; le neuropsychologue Charles Demers a évalué et traité plusieurs problématiques psychologiques auprès des enfants, des adolescents, des adultes et des personnes âgées au fil de sa carrière. « Je me considère davantage comme un généraliste qu'un spécialiste », dit le nouveau responsable à la formation continue de l'Ordre.



Après avoir occupé les postes de chef de service de psychologie, chef de clinique externe et cadre à la formation continue du Centre hospitalier Pierre-Janet, M. Demers est prêt à relever les défis de la formation continue... surtout avec l'arrivée du projet de loi 21.

## \_PROJET DE LOI 21

« La loi 21, je l'attends depuis quatre ans! », s'exclame le membre du Comité d'experts sur la modernisation de la pratique professionnelle en santé mentale et en relations humaines (Commission Trudeau) qui avait été mandaté en 2005 pour actualiser les recommandations du Groupe de travail ministériel quant à l'exercice des professions en santé mentale et en relations humaines. Selon lui, les psychologues ont une chance historique de faire valoir leurs compétences. « Qui dit activités réservées dit grandes responsabilités », affirme M. Demers. Avec la technologie et la recherche en psychologie, la formation continue encadrée par l'Ordre devient un grand atout pour maintenir les compétences des psychologues, notamment en psychothérapie et en évaluation. « Ça vient nous rappeler l'importance de la formation continue. »

## \_UN FACILITATEUR

Lui-même grand consommateur de formation continue, M. Demers n'envisage toutefois pas de réglementer toutes les formations disponibles sur le marché. Il étudie actuellement la mise en place d'un procédé d'accréditation. « Mon rôle sera celui d'un facilitateur. Il faut que l'Ordre devienne un carrefour de la formation continue, qu'on puisse avoir la capacité d'offrir, de publiciser et de diffuser une variété de formations dans un marché libre. » Bien sûr, M. Demers envisage de faire de l'Ordre un acteur majeur en créant également de nouvelles formations qui puissent répondre aux besoins des psycho-

logues et des psychothérapeutes. Pour pouvoir construire ce système de formation continue, le nouveau responsable compte rencontrer d'autres ordres professionnels, des institutions qui offrent déjà de la formation continue en psychologie et des formateurs reconnus pour s'inspirer des meilleures pratiques. Désireux de décloisonner la formation continue des cours et des colloques, M. Demers explore déjà les innombrables options que le Web peut apporter à l'amélioration de la profession.

Celui qui espère pouvoir rencontrer la grande majorité des besoins des psychologues en matière de formation continue est conscient des grands défis qui l'attendent. Heureux de l'accueil et du soutien de ses nouveaux collègues, Charles Demers est à l'œuvre à raison de quatre journées par semaine.

*Par Krystelle Larouche, agente de communication*



D<sup>re</sup> Lysanne Goyer / Psychologue

Diplômée d'un postdoctorat de l'École de médecine de Harvard, Lysanne Goyer est chercheure associée et co-investigatrice du programme interdisciplinaire Éducœur en prévention cardiovasculaire à l'Institut de recherches cliniques de Montréal (IRCM). Elle est présidente du Groupe de développement de la psychologie médicale et de la santé (GDPMS).

## Efficacité et rentabilité pour les patients et les équipes interdisciplinaires

En 2004, une étude épidémiologique sur 30 000 personnes réparties dans 52 pays fut publiée dans la prestigieuse revue médicale *The Lancet*. Cette étude importante a démontré qu'indépendamment du sexe, de l'origine ethnique et de la région du globe où l'on réside, 90 % du risque d'infarctus du myocarde était attribuable non pas uniquement à notre code génétique, mais à des facteurs de risque modifiables dont les facteurs psychosociaux qui arrivaient troisième en importance après le tabagisme et les dyslipidémies (Yusuf *et al.*, 2004). La conclusion que l'on peut en tirer, également pertinente pour la plupart des maladies, est la suivante : les habitudes de vie contribuent largement au développement de la maladie et les facteurs psychosociaux constituent des facteurs de risque importants que l'on doit aborder dans le traitement pour maximiser leur efficacité.

Au cours des 20 dernières années, des études scientifiques ont non seulement démontré que les interventions psychologiques sont efficaces dans le traitement d'une foule de maladies physiques, mais de plus en plus d'entre elles démontrent que les facteurs psychosociaux ont un impact direct sur les paramètres biologiques et sur l'état de santé physique (Vitetta *et al.*, 2005; Goyer, 2004; Kiecolt-Glaser *et al.*, 2002). Que ce soit dans le traitement du diabète (Hampson *et al.*, 2000), des maux de tête chroniques (Holroyd *et al.*, 2001), de l'arthrite rhumatoïde (Sharpe *et al.*, 2001), de la maladie cardiovasculaire (Ornish *et al.*, 1998; Rozanski *et al.*, 1999; Mittleman, 2001), du cancer (Spiegel *et al.*,

1989; Meyer et Mark, 1995), des douleurs lombaires (Van Tulder *et al.*, 2000), du syndrome de fatigue chronique (Whiting *et al.*, 2001), pour ne nommer que ceux-là, les interventions des psychologues de la santé : 1) améliorent la santé mentale; 2) contribuent à améliorer la santé physique par l'adoption de saines habitudes de vie; 3) contribuent à faire respecter les plans de traitement; et 4) sont souvent économiquement rentables (Papadakis *et al.*, 2008; Hunsley, 2002).

Dans le contexte où la population est vieillissante, que l'obésité ne fait qu'augmenter, que la sédentarité est de plus en plus présente même chez nos jeunes, que des manifestations reliées au stress constituent une part importante des visites médicales, que la contribution génétique au développement de la maladie est moindre que celle reliée à nos habitudes de vie, la communauté médicale est plus ouverte à regarder la santé non pas juste comme une affaire de molécules, mais aussi comme un ensemble de facteurs biopsychosociaux où le psychologue de la santé peut intervenir pour optimiser le traitement. On constate d'ailleurs une croissance importante de la psychologie de la santé en Amérique du Nord et même en Europe. On retrouve de plus en plus de psychologues de la santé dans les universités, les hôpitaux et dans des cliniques médicales interdisciplinaires. Le rôle qui lui est attribué reste par ailleurs à être élargi. La plupart du temps, son rôle est principalement orienté vers l'évaluation et le traitement de difficultés psychologiques reliées à la maladie. Il faudra donc sensibiliser les

# > Le psychologue au cœur de la santé physique

professionnels de la santé, les décideurs et les gestionnaires au fait qu'il pourrait être efficace et rentable que le psychologue soit au cœur du développement des interventions interdisciplinaires ainsi que du soutien de ces équipes dans le suivi physique et psychologique des patients.

C'est dans ce contexte que le Groupe de développement de la psychologie médicale et de la santé se regroupe trois fois par année afin de développer et de promouvoir la psychologie médicale et de la santé au Québec, et ce, tant en prévention primaire, secondaire que tertiaire dans les différents milieux de pratique, d'enseignement et de recherche. Pour contribuer à l'atteinte de ces objectifs, différents projets sont en cours : le *Bulletin des*

*actualités psychomédicales et de la santé*, publié deux fois par année, la formation continue et le développement d'un site web. Pour les psychologues qui souhaitent contribuer à l'essor de la psychologie de la santé au Québec, faire partie de notre regroupement ou soumettre un texte dans le *Bulletin* ou consulter nos publications, communiquer avec nous à l'adresse suivante : [actualites\\_psychomédicales@hotmail.com](mailto:actualites_psychomédicales@hotmail.com).

## Bibliographie

Carlson, L.E., Bultz, B.D. Efficacy and medical cost offset of psychosocial interventions in cancer care: Making the case for economic analyses. *Journal of the psychological, social and behavioral dimensions of cancer*. 2004;13:837-849.

Goyer, L. (2004). Innovation en santé cardiovasculaire : nouvel angle sur les facteurs psychosociaux et les maladies cardiovasculaires. *Le bulletin de l'Alliance québécoise pour la santé du cœur*, 9(1), 7-10.

Hampson, S.E., Skinner, T.C., Hart, J., et al. Behavioral interventions for adolescents with type 1 diabetes: How effective are they? *Diabetes Care*. 2000;23:416-422.

Holroyd, K.A., O'Donnell, F.J., Stensland, M., Lipchik, G.L., Cordingley, G.E., Carlson, B.W. Management of chronic tension-type headache with tricyclic antidepressant medication, stress management therapy, and their combination: A randomized controlled trial. *JAMA*. 2001;285:2208-2215.

Hunsley, J. The cost-effectiveness of psychological intervention. *Canadian Psychological Association*. 2002;1-16.

Meyer TJ, Mark MM. Effects of psychosocial interventions with adult cancer patients: a meta-analysis of randomized experiments. *Health Psychology*. 1995;14:101-8.

Mittleman MA. Epidemiologic perspective on the role of psychosocial factors. *Italian Heart Journal*. 2001;2:887-889.

Ornish D, Scherwitz LW, Billings JH et al. Intensive lifestyle changes for reversal of coronary heart disease. *JAMA*. 1998;280:2001-2007.

Papadakis, S., Reid, R.D., Coyle, D., Beaton, L., Angus, D., Oldridge, N. Cost-effectiveness of cardiac rehabilitation program delivery models in patients at varying cardiac risk reason for referral, and sex. *European Journal of Cardiovascular prevention and Rehabilitation*. 2008;15:347-353.

Rozanski A, Blumenthal JA, Kaplan J. Impact of psychological factors on the pathogenesis of cardiovascular disease and implications for therapy. *Circulation*. 1999;99:2192-2217.

Sharpe, L., Sensky, T., Timberlake, N., et al. A blind, randomized controlled trial of cognitive-behavioral intervention for patients with recent onset of rheumatoid arthritis: Preventing psychological and physical morbidity. *Pain*. 2001;89:275-283.

Spiegel D, Bloom JR, Kraemer HC, Gotthel E. Effect of psychosocial treatment on survival of patients with metastatic breast cancer. *Lancet* 1989;ii:888-91.

Van Tulder, M.W., Ostelo, R., Vlaeyen, J.W., et al. Behavioural treatment for chronic low back pain. *Cochrane Database Systematic Reviews*, CD00202014 (dernière version 15 février 2000).

Vitetta, L., Anton, B., Cortizo, F., Sali, A. Mind-body medicine: Stress and its impact on overall health and longevity. *Annals of the New York Academy of Science*. 2005;1057:492-505.

Whiting, P., Bagnall, A-M., Sowden, A.J., Cornell, J.E., Mulrow, C.D., Ramirez, G. Intervention for the treatment and management of chronic fatigue syndrome: A systematic review. *JAMA*. 2001;286:1360-1368.

Yusuf, S., Hawken, S., Ounpuu, S., Dans, T., et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *The Lancet*. 2004;364:937-951.



Dr Serge Sultan / Psychologue

Professeur à l'Institut de psychologie de l'Université Paris Descartes (France), le Dr Serge Sultan est également responsable de l'équipe Psychologie de la santé et psychopathologie qui étudie les interrelations entre l'état de santé et la psychopathologie.

# Autorégulation et maladie chronique

La psychologie de la santé s'adresse traditionnellement à la problématique de la prévention, alors que la psychologie clinique prend en charge les répercussions psychologiques des maladies somatiques. L'allongement de la durée de vie et l'efficacité accrue des traitements a créé un champ d'intervention nouveau et extrêmement large, à la lisière de ces deux spécialités qui s'adressent à la psychologie de la personne chroniquement malade. L'objectif de cet article est de présenter la problématique de l'autorégulation dans la maladie chronique et d'explorer certains des facteurs qui sous-tendent une autorégulation de bonne qualité.

## UNE AUTORÉGULATION NÉCESSAIRE

Les personnes souffrant d'une maladie chronique se trouvent dans une situation où elles doivent faire des compromis pour contrôler ou gérer la maladie, tout en s'y ajustant psychologiquement. Cela représente de nouveaux défis pour les psychologues dans le domaine de la santé, puisque nous sommes confrontés de manière concomitante à deux questions : celle des répercussions psychologiques de la maladie et celle de la prévention de l'aggravation de la maladie et de ses complications. Les psychologues sont ainsi amenés à intervenir à la fois sur les conséquences psychologiques de la maladie et sur la promotion d'un autocontrôle optimum de la maladie, tout en permettant à l'individu de s'ajuster à la maladie et à son évolution. En effet, en dépit de l'adjectif « chronique » qui suggère une certaine stabilité, la plupart des maladies chroniques sont en fait évolutives et génèrent des parcours psychologiques marqués par des étapes importantes : passage sous insuline, apparition de complications dans le diabète, rechute ou crise d'angine de poitrine dans l'insuffisance cardiaque, etc.

Pour comprendre cette nouvelle problématique, les psychologues ont proposé des modèles fondés sur des interactions individu-environnement (modèles d'adaptation au stress, par exemple) ou sur des transactions internes aux personnes (modèles de l'identité de malade, par exemple). Une manière de concevoir l'activité de la personne chroniquement malade est de se référer à l'autorégulation. Représentée par les travaux de Leventhal *et al.* (2003), cette vision conçoit l'individu comme étant au centre du processus de prévention et de réhabilitation. La personne y est pensée comme devant faire face à des exigences supplémentaires de la maladie, plus ou moins contradictoires avec d'autres éléments

de sa vie. Pour gérer sa maladie, elle adopte des conduites qui représentent des compromis vis-à-vis de motivations internes profondes. La qualité de l'autorégulation est le produit d'une reconnaissance par l'individu de ces nouvelles exigences de la maladie, des conflits éventuels que celles-ci génèrent, et elle est la conséquence de la capacité de l'individu à résoudre ces conflits. Concernant la personne vue dans sa globalité, l'autorégulation va ultimement déterminer la qualité de vie. Cette vision va bien au-delà d'une approche restrictive de l'autorégulation dont l'aboutissement est typiquement l'éducation thérapeutique. De nombreux facteurs individuels et sociaux jouent un rôle et nécessitent des interventions psychologiques élaborées.

## UN PROCESSUS COMPORTEMENTAL EXIGEANT

Pour ce qui est de la maladie, elle concerne généralement des comportements de soins qu'il faut adopter, accompagnés parfois d'un critère qu'il faut maintenir dans une certaine zone, par exemple l'autopalpation dans le cancer du sein ou encore la maîtrise de la glycémie dans le diabète. La qualité de l'autorégulation va participer, dans une certaine mesure, à la prévention des complications ou de l'aggravation de la maladie. Par exemple, dans le diabète, l'autorégulation comportementale renvoie à la capacité à adopter des comportements de soins permettant la bonne gestion du régime alimentaire, l'exercice physique, les facteurs perturbateurs éventuels (infection, p. ex.), le traitement lui-même (insuline, p. ex.), pour réguler la glycémie. L'autorégulation comportementale de la maladie n'est pas sans générer des tensions chez l'individu. Dans le diabète, on a montré qu'elle est usante au fil du temps et représente un véritable fardeau. Ainsi, le régime alimentaire est souvent mal toléré dans le diabète de type 2, surtout en l'absence de symptômes. La capacité à adopter ces comportements dépend donc des ressources de l'individu et du soutien de son entourage et des professionnels.

La qualité de l'autorégulation des personnes malades est donc en partie sous-tendue par des facteurs individuels et sociaux comme les affects et leur régulation, mais aussi les relations et le soutien apportés par l'entourage et les professionnels de soin. Les psychologues ont un rôle central pour favoriser une meilleure prise en compte de ces facteurs.

## \_IMPACT DE LA DÉTRESSE SUR L'AUTORÉGULATION DU DIABÈTE

Pour illustrer l'étendue des conséquences émotionnelles sur l'autorégulation, nous considérerons ici l'exemple du diabète. Les diabètes de type 1 et 2 sont des modèles pour la problématique de l'autorégulation tant la prise en charge est fondée sur le comportement des patients. La détresse, clinique ou subclinique y est particulièrement prévalente. Dans le diabète de type 2 par exemple, la dépression est deux fois plus prévalente qu'en population générale (14 % pour la dépression clinique et 25 % pour la dépression subclinique) (Sultan et al., 2010). Or il apparaît que la dépression gêne nettement la mise en place des comportements d'autorégulation comme le régime alimentaire ou l'activité physique, ce qui retentit sur l'aggravation de la maladie (Lin et al., 2004). Ce que l'on observe avec la dépression peut l'être aussi avec l'anxiété ou la détresse spécifique. Ainsi, une étude de suivi de cohorte récente montre que l'anxiété a des effets cliniquement significatifs péjoratifs sur la glycémie à cinq ans chez des personnes souffrant de diabète de type 1 (Sultan et al., 2008).

Une des raisons pour expliquer l'impact de la détresse sur l'autorégulation est qu'elle serait marquée par des symptômes qui empêcheraient la planification ou la résolution de problème nécessaires à une autorégulation efficace : abattement, pensées pessimistes, manque d'énergie, difficultés de concentration et rumination. On peut aussi penser que la fragilité de l'estime de soi joue un rôle. Cette fragilité générerait les personnes dans l'engagement dans des comportements actifs d'autorégulation en raison d'une réticence à se confronter au « soi malade » à travers les injections, les prescriptions alimentaires, l'autocontrôle glycémique. Cela a été mis en évidence dans l'étude des barrières au traitement, mais demanderait à être documenté plus avant.

### Réguler la détresse

Étant donné la prévalence et les effets de la détresse sur l'autorégulation, la manière dont les malades vont gérer leurs affects négatifs devient un élément central dans l'équilibre personnel et finalement, le devenir de la maladie. Dans le diabète, certains résultats préliminaires suggèrent que des déficits de régulation émotionnelle (la difficulté à décrire ses émotions, par exemple) ont des effets négatifs sur l'autorégulation (Luminet et al., 2006). À l'inverse, consacrer davantage de ressources pour gérer ses émotions (*emotion-focused coping*) a des effets positifs, surtout chez les personnes anxieuses (Sultan et al., 2008). Ces résultats suggèrent que les compétences destinées à la gestion des émotions sont importantes pour favoriser une bonne autorégulation comportementale et qu'elles permettraient de modérer les effets négatifs de la détresse. Autrement dit, meilleurs sont la gestion des affects négatifs et l'ajustement émotionnel, meilleure sera la prise en charge de la maladie.

Du point de vue pratique, il faut donc considérer la détresse émotionnelle, la dépression et l'anxiété comme des cibles de traitement si l'on veut améliorer l'autorégulation des personnes malades. Cela implique d'en faire le diagnostic précocement et de proposer des options thérapeutiques adaptées à chacun. Pour le psychologue, cela peut se traduire par une aide apportée aux patients pour mieux identifier, contrôler, et peut-être exprimer leurs émotions.

## \_L'EXPRESSION ÉMOTIONNELLE DANS L'ÉQUILIBRE DES PERSONNES MALADES

La recherche indique en effet qu'un facteur important dans l'équilibre des personnes atteintes de pathologies somatiques est leur capacité à exprimer et élaborer l'expérience de la maladie. Dans le domaine du cancer, l'étude randomisée de Stanton et al. (2002) menée auprès de 60 femmes 5 mois après leur traitement pour un cancer du sein révèle que l'activité qui consiste à rapporter des pensées et des émotions profondes liées à la maladie par écrit sur 4 séances s'étalant sur 3 semaines est associée à une diminution plus marquée des plaintes physiques et des consultations médicales. Pour ces patientes, la confrontation à l'expérience de la maladie par l'écriture faciliterait le traitement de l'information émotionnelle et aurait un effet bénéfique à long terme, et ce, autant du point de vue physique que psychique. Traduire l'évènement traumatique en mots, lui attribuer du sens (déterminer ses causes et ses conséquences) et identifier les émotions associées favoriseraient la compréhension et l'intégration psychique de l'évènement.

Au-delà de cette expression par écrit, le partage social des émotions peut également constituer une stratégie efficace dans l'ajustement des personnes. Dans le cancer, les efforts mis en place par les femmes atteintes d'un cancer du sein pour identifier, comprendre et exprimer leurs émotions à leur entourage sont associés à des niveaux moindres de détresse psychologique au long cours. Ces modes de faire face favoriseraient ainsi à long terme l'ajustement psychologique à la maladie : les patientes se percevant en meilleure santé, plus vigoureuses, elles consulteraient moins souvent pour des problèmes de comorbidités et auraient au total une meilleure qualité de vie (Stanton et al., 2000). L'expression émotionnelle ne réduirait pas en soi la fréquence des pensées liées à la maladie, mais modèrerait plutôt la détresse associée à leur survenue (Quartana et al., 2006)

### Contexte de l'expression

Plusieurs caractéristiques de contexte apparaissent cependant fondamentales dans l'effet de l'expression émotionnelle des personnes malades. Ainsi, l'impact du partage social des émotions ne peut être dissocié des réactions de celui ou celle à qui l'on se confie (Rimé, 2005). Par exemple, les hommes en rémission d'un cancer de la prostate présentent des niveaux de détresse élevés en lien avec la maladie lorsque l'environnement social limite ou refuse les échanges au sujet du cancer (Lepore *et al.*, 1998). Les qualités individuelles et la personnalité jouent également un rôle. Par exemple, il semble que les individus qui sont peu à l'aise dans l'expression émotionnelle, comme les personnalités répressives ou marquées par un niveau élevé d'alexithymie, ont tendance à moins bénéficier de stratégies d'expression et de soutien émotionnel en général. Une recherche récente a montré que la fréquence des discussions au sujet de la maladie est plus importante chez les femmes traitées pour un cancer du sein que chez les hommes traités pour un cancer de la prostate lorsqu'on interroge les personnes quatre ans après la chirurgie (Ullrich *et al.*, 2008). Ces résultats vont dans le sens du rôle traditionnel masculin marqué par le contrôle, le stoïcisme et la négation de sa souffrance. Cette recherche révèle que l'expression, lorsqu'elle se maintient sur le long terme, est associée à une moins bonne qualité de vie, ce qui

indiquerait que l'expression et la recherche de soutien émotionnel sont des stratégies bénéfiques lorsqu'on est proche d'événements stressants ou traumatisants, mais qu'elles seraient peut-être un signe de désarroi et de difficulté à contrôler la maladie sur le long cours (Myers, 2010).

Alors que la tradition et l'intuition suggèrent qu'exprimer son ressenti émotionnel est bénéfique, car cela soulage et permet d'élaborer son expérience, les observations faites auprès de personnes malades indiquent qu'il faut prendre en compte le contexte social et la personnalité des malades quand on envisage des stratégies centrées sur l'expression pour la prévention secondaire ou la réadaptation.

### RELATION SOIGNANT-SOIGNÉ ET AUTORÉGULATION

#### Comprendre le patient

Un aspect important responsable de l'autorégulation comportementale dans les maladies chroniques est celui de la relation au professionnel de santé. On sait que l'empathie et la compréhension mutuelle en consultation sont des facteurs majeurs de la qualité de cette relation. Ainsi, la pratique clinique suggère que les soignants doivent se faire une idée relativement précise des états

## COURS DE DÉONTOLOGIE ET PROFESSIONNALISME



#### POUR QUI ?

Les psychologues et les candidats à l'admission

#### POURQUOI ?

Réfléchir sur plusieurs situations impliquant une prise de décision éthique susceptibles de se présenter dans le cadre d'une pratique professionnelle telles que :

La confidentialité - Les conflits d'intérêts -

La dangerosité - Les tribunaux

#### QUAND ?

Le cours requiert la présence des participants à **deux journées** complètes de formation **de 9 h à 16 h 30** et un travail écrit est exigé.

#### À MONTRÉAL

- 21 mai et 18 juin 2010

#### À QUÉBEC

- 10 septembre et 8 octobre 2010

**COMBIEN ?** 282,19 \$ (taxes incluses)

**LA FORMATRICE :** Élyse Michon, psychologue

Les personnes intéressées à s'inscrire doivent le faire via le site Internet de l'Ordre :  
[www.ordrepsy.qc.ca/fr/psychologue/devenir.html](http://www.ordrepsy.qc.ca/fr/psychologue/devenir.html)

mentaux du patient (pensées, croyances, émotions) pour pouvoir favoriser des plans d'action adaptés à la personne. Par exemple, dans le cas d'un patient atteint de diabète, certaines formes de représentation peuvent constituer un défi à une prise en charge adaptée : par exemple, le fait de penser que le diabète est une condition réversible ou cyclique, ou encore que le traitement ne peut pas contrôler l'évolution de la maladie. Afin d'optimiser l'autorégulation comportementale, il peut être intéressant d'intervenir pour modifier ces représentations, mais en amont, il faut avoir une perception précise de ce que pense le patient. Or les professionnels manquent parfois de précision sur ce point et cela retentit sur le soin. Dans le diabète, on a montré que les professionnels ont tendance à surestimer la peur de l'insuline chez les patients, ce qui amène à repousser l'introduction de ce traitement ou même son abandon (Nakar *et al.*, 2007).

Il faut considérer la détresse émotionnelle, la dépression et l'anxiété comme des cibles de traitement si l'on veut améliorer l'autorégulation des personnes malades

### Empathie et autorégulation

Une étude récente a montré que les médecins de famille ont tendance à percevoir les états mentaux des patients de manière plus ou moins fidèle en fonction des thèmes sur lesquels ils sont évalués. Certains thèmes sont perçus plus fidèlement que d'autres, notamment les causes attribuées au diabète, la capacité de traitement à contrôler son évolution, les conséquences de la maladie. En outre, une perception plus fidèle des représentations du patient est associée à une meilleure autorégulation. Toutefois, il n'apparaît pas nécessaire pour le professionnel d'atteindre une grande précision dans tous les domaines de représentation du patient, car cela n'est lié à l'autorégulation que sur les thèmes de la chronicité et des bénéfices attachés au traitement. Sur ces thèmes, une bonne perception des représentations du patient par le clinicien apparaît bénéfique (Sultan *et al.*, 2010). Ces résultats suggèrent qu'il serait meilleur pour l'autorégulation que les professionnels consacrent du temps à discuter de l'évolution de la maladie et des bénéfices du traitement en consultation plutôt que d'autres thèmes non associés à l'autorégulation. Les formations à la communication destinées au personnel soignant pourraient tenir compte de ces résultats.

En conclusion, la promotion de l'autorégulation dans les maladies chroniques passe certainement par une meilleure prise en compte des données émotionnelles et du contexte social des individus. Cela amènerait une meilleure considération du point de vue individuel du malade afin de favoriser un soin réellement « centré sur le patient ». Les psychologues de la santé ont un rôle central à jouer dans ce domaine, car l'autorégulation est encore trop souvent envisagée sous le prisme de l'adhésion, ou pire, de l'observance.

### Bibliographie

- Lepore, S., & Helgeson, V. (1998). Social constraints, intrusive thoughts and mental health after prostate cancer. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 17, 89-106.
- Leventhal, H., Brissette, I., & Leventhal, E.A. (2003). The Common-Sense Model of self-regulation of health and illness. In L.D. Cameron and H. Leventhal (Eds.) *The self-regulation of health and illness behaviour*. (pp.42-65). London: Routledge.
- Lin, E.H.B., Katon, W.V.K.M., Rutter, C., Simon, G.E., Oliver, M., Ciechanowski, P., Ludman, E., Bush, T., Young, B. (2004). Relationship of depression and diabetes self-care, medication adherence and preventive care. *Diabetes Care*, 27, 2154-2160
- Luminet, O., De Timary, P., Buyschaert, M., & Luts, A. (2006). The Role of Alexithymia Factors in Glucose Control of Persons with Type 1 Diabetes: A Pilot Study. *Diabetes and Metabolism*, 32 (5), 417-424.
- Nakar, S., Yitzhaki, G., Rosenberg, R., & Vinker, S. (2007). Transition to insulin in Type 2 diabetes: Family physicians' misconception of patients' fears contributes to existing barriers. *Journal of Diabetes and Its Complications*, 21, 220-226.
- Quartana, P.J., Kimberly, K.L., & Zakowski, S.G. (2006). Psychological adjustment following diagnosis and treatment of cancer: an examination of the moderating role of positive and negative emotional expressivity. *Journal of Behavioral Medicine*, 29, 487-98.
- Rimé, B. (2005). *Le partage social des émotions*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Stanton, A. L., Danoff-Burg, S., Sworowski, L., Collins, C.A., Branstetter, A.D., Rodriguez-Hanley, A., Kirk, S.A., Austenfel, J. (2002). Randomized, controlled trial of written emotional expression and benefit finding in breast cancer patients. *Journal of Clinical Oncology*, 20, 4160-4168.
- Stanton, A.L., Danoff-Burg, S., Cameron, C.L., Bishop, M., Collins, C.A., Kirk, S.G., et al. (2000). Emotionally expressive coping predicts psychological and physical adjustment to breast cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 875-82.
- Sultan, S., Attali, C., Gilberg, S., Zenasni, F., & Hartemann, A. (2010). Physicians' understanding of patients' personal representations of their diabetes: Accuracy and association with self-care. *Psychology & Health*, in press. doi 10.1080/08870441003703226.
- Sultan, S., Epel, E., Sachon, C., Vaillant, G., & Hartemann-Heurtier, A. (2008). A longitudinal study of coping, anxiety and glycemic control in type 1 diabetes. *Psychology and Health*, 23, 73-89.
- Sultan, S., Luminet, O., & Hartemann, A. (2010). Cognitive and anxiety symptoms in screening for clinical depression in diabetes: A systematic examination of diagnostic performances of the HADS and BDI-SE. *Journal of Affective Disorders*, doi:10.1016/j.jad.2009.09.022.
- Ullrich, P.M., Rothrock, N.E., Lutgendorf, S.K., Jochimsen, P.R., & Williams, R.D. (2008). Adjustment and discussion of cancer: A comparison of breast and prostate cancer survivors. *Psychology and Health*, 23, 391-406.

# L'archipel identitaire

VIENT DE PARAÎTRE

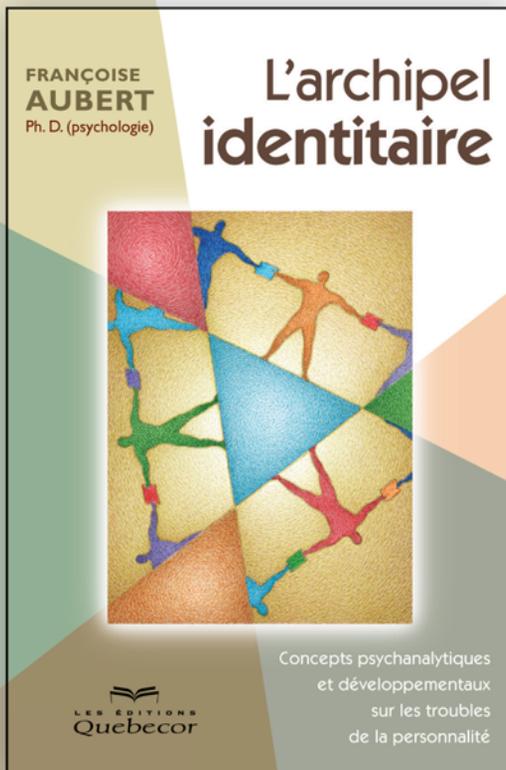


**Françoise Aubert**

détient un baccalauréat en pédagogie et un doctorat en psychologie de l'Université de Montréal. Après une solide formation théorique et clinique, à l'interne et à l'externe du département de psychiatrie de l'Hôpital général juif de Montréal, elle exerce aujourd'hui sa profession de clinicienne d'approche psychodynamique/analytique en bureau privé. Depuis de nombreuses années, elle donne des formations sur la psychopathologie et supervise des professionnels de la santé mentale, en privé et en groupe. Elle est membre de l'Ordre des psychologues du Québec.

## Concepts psychanalytiques et développementaux sur les troubles de la personnalité

Notre psychisme humain, caractérisé tout autant par sa complexité que par sa richesse affective, constitue notre identité qui souvent échappe à notre vie consciente. *L'archipel identitaire* se veut une réflexion scientifique fondée sur des concepts psychanalytiques et de psychologie du développement, lesquels sont le canevas de l'écoute et de la guérison thérapeutiques.



Ce livre, de prime abord écrit pour les jeunes professionnels de la santé mentale que Françoise Aubert a été appelée à superviser, rejoint également les cliniciens chevronnés par l'intérêt de certains concepts analysés. Il s'adresse aussi aux personnes désireuses d'approfondir leur compréhension des impacts de leur histoire sur leur vie psychique.

**En vente dans toutes les librairies du Québec et en Europe**

### LES ÉDITIONS QUEBECOR

7, chemin Bates, Outremont (Québec) H2V 4V7

Téléphone : 514-270-1746

**Courriel : [simard.jacques@quebecoreditions.com](mailto:simard.jacques@quebecoreditions.com)**

**Pour en savoir plus : [www.quebecoreditions.com](http://www.quebecoreditions.com)**

LES ÉDITIONS  
Québecor

# L'efficacité et le coût des interventions psycho-oncologiques

Un nombre important de patients atteints du cancer souffre de détresse psychologique. Les interventions psychologiques et psychosociales ont été démontrées efficaces pour soulager la détresse et améliorer la qualité de vie de ces personnes<sup>1</sup>. Cependant, il y a relativement peu de recherches portant sur la rentabilité, c'est-à-dire sur les coûts vs les bénéfices, des interventions psychosociales. Des recherches effectuées dans le domaine de la santé en général ont néanmoins démontré qu'il y a une diminution des frais médicaux grâce aux interventions psychothérapeutiques ciblant les problèmes mentaux<sup>2</sup>, et il est probable que ces résultats puissent se généraliser aux patients atteints du cancer<sup>1</sup>.

Par Dr<sup>e</sup> Annett Körner, psychologue, Départements de psychologie du counselling et d'oncologie à l'Université McGill, Hôpital général juif, Centre du cancer Segal

Nicole Roberts, M. A., Département de psychologie du counselling à l'Université McGill

Ina Zschocke, Institut de recherche SCIderm, Allemagne

Par exemple, une étude canadienne effectuée auprès de patientes atteintes de cancer du sein a démontré une diminution de 23 % des coûts pour les soins de santé lorsque les patientes participaient à 6 séances hebdomadaires d'intervention cognitivo-comportementale<sup>3</sup>. Entre autres, comparées à un groupe contrôle, les femmes ayant reçu l'intervention cognitivo-comportementale démontraient moins d'indices de dépression, un taux réduit de troubles de l'humeur, moins de symptômes psychiatriques et une meilleure qualité de vie immédiatement après l'intervention, ainsi que deux ans plus tard.

Dans une autre étude, des hommes atteints du cancer de la prostate ont été assignés au hasard soit au traitement habituel, soit à une tâche d'écriture qui portait sur leur expérience de vie avec un diagnostic de cancer<sup>4</sup>.

Les hommes du groupe d'intervention ont rapporté une amélioration de leurs symptômes physiques, particulièrement quant à la douleur. D'ailleurs, au cours d'un suivi de 6 mois, les visites médicales de ces patients ont été réduites de 10 à 4.4 pour le groupe de traitement, tout en demeurant stables à environ 8 pour le groupe témoin.

Bien que ces résultats soient prometteurs, il demeure nécessaire d'effectuer des recherches supplémentaires pour influencer les politiques de soins de santé<sup>5</sup>. En conséquence, il semble indispensable que les psychologues en oncologie s'assurent d'évaluer leurs interventions, non seulement en termes d'effets psychologiques, mais aussi en termes économiques.

## Bibliographie

1. Carlson LE, Bultz BD. Efficacy and Medical Cost Offset of Psychosocial Interventions in Cancer Care: Making the Case for Economic Analyses. *Psychooncology*. 2004;13(12):837-849.
2. Chiles JA, Lambert MJ, Hatch AL. The impact of psychological interventions on medical cost offset: A meta-analytic review. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 1999;6(2):204-220.
3. Simpson JSA, Carlson LE, E TM. Impact of a group psychosocial intervention on health care utilization by breast cancer patients. *Cancer Practice*. 2001;9(1):19-26.
4. Rosenberg HJ, Rosenberg SD, Ernstoff MS, et al. Expressive disclosure and health outcomes in a prostate cancer population. *International Journal of Psychiatry in Medicine*. 2002;32(1):37-53.
5. Sikora K. Is Psychosocial Care Worth the Money? *Psychooncology*. 2004;13(12):855-856.



## INSTITUT QUÉBÉCOIS DE GESTALT-THÉRAPIE

### PROGRAMME DE FORMATION À LA GESTALT-THÉRAPIE 2010-2013

**1<sup>ère</sup> année : Introduction à la Gestalt-thérapie**  
24-25-26 septembre 2010 || 26-27-28 novembre 2010  
28-29-30 janvier 2011 || 13-14-15 mai 2010

**2<sup>e</sup> année : La psychologie gestaltiste - les principes et les modalités de base**

**3<sup>e</sup> année : La psychothérapie gestaltiste - intégration à la pratique clinique**

**Formateurs : Jorge Vasco, Janine Corbeil, psychologues et autres formateurs invités**



**D<sup>r</sup> Jean-Marc Assaad** / Psychologue

Jean-Marc Assaad est psychologue clinicien et directeur des services de prévention et de formation à PsyMontréal. Il est également conférencier et formateur en collaboration avec M. Kayser.



**John W. Kayser** / Infirmier

John William Kayser est un des formateurs du réseau d'entrevue motivationnelle, formé par le D<sup>r</sup> William Miller, l'un des fondateurs de cette approche.



**D<sup>re</sup> Leanna J. Zozula** / Psychologue

La D<sup>re</sup> Leanna Zozula est psychologue clinicienne et directrice de la clinique PsyMontréal.



**Marie-Claude Gélinau** / Nutritionniste

Marie-Claude Gélinau est diététiste-nutritionniste. Elle travaille actuellement à la Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.

# L'entrevue motivationnelle

## Lorsque nos clients ne suivent pas nos consignes de traitement

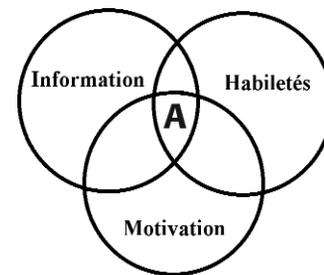
Les principales causes de décès recensées par Statistique Canada, notamment les maladies chroniques comme le cancer, le diabète et les maladies cardiovasculaires, sont en grande partie attribuables aux *comportements* et, par conséquent, évitables. En effet, nombre de travaux de recherche confirment le rôle de certains facteurs de risque modifiables liés aux habitudes de vie, comme le tabagisme, la sédentarité et une alimentation malsaine (Ford *et al.*, 2009).

Selon une enquête Ipsos Read (2009), 61 % des Canadiens ont exprimé le désir d'être plus actif, 53 %, d'améliorer leur alimentation et 72 % des fumeurs voudraient cesser ou réduire leur consommation. On connaît donc les mesures à prendre... mais on ne les applique pas toujours. Ce problème ne se limite pas seulement à la prévention des maladies, puisqu'on relève également une non-adhésion aux consignes de traitement chez 50 % à 75 % des clients (Wertheimer et Santella, 2003).

### \_UN CADRE DE MODIFICATION DU COMPORTEMENT EN MATIÈRE DE SANTÉ

Le modèle IHM (figure 1) permet d'illustrer ce phénomène des clients qui ne suivent pas nos « conseils ». Dans ce modèle, trois conditions sont nécessaires pour modifier un comportement en matière de santé : l'**Information**, les **Habilités** et la **Motivation** (Osborn et Egede, 2010). Si un client possède déjà l'information et les habiletés requises, mais n'adopte pas nos conseils, il faut alors travailler à augmenter sa motivation.

FIGURE 1. LE MODÈLE IHM



A = Adhésion aux comportements santé

### L'entrevue motivationnelle : une intervention pour augmenter la motivation

Lorsque le manque de motivation représente un obstacle à suivre nos conseils de changements de comportements de santé, l'entrevue motivationnelle, aussi appelé entretien motivationnel (EM), constitue la méthode de choix pour le surmonter. L'EM se définit comme « une méthode de communication, directive et centrée sur le client, utilisée pour augmenter la motivation intrinsèque au changement, par l'exploration et la résolution de l'ambivalence » (Miller et Rollnick, 2002).

### \_DONNÉES EMPIRIQUES

En mars 2010, les bases de données Ovid Medline et PsycINFO répertoriaient plus de 1 300 citations au sujet de l'EM. Les méta-analyses, articles de synthèse et études empiriques démontrent l'effet positif et statistiquement significatif de l'EM sur plusieurs comportements de santé, dont l'alimentation, l'activité physique, l'abandon du tabac et l'adhésion au traitement (Hovington et

Assaad, 2009; Hettema, 2005). Les données démontrent aussi que ces changements de comportements mènent à des changements biologiques, telle la réduction du poids, du cholestérol et de la tension artérielle.

## \_COMMENT FONCTIONNE L'EM?

Les études montrent que l'EM comporte deux composants actifs spécifiques, soit 1) un composant technique axé sur le fait de susciter et renforcer ce qu'on appelle le « discours-changement » chez le client; et 2) un composant relationnel fondé sur l'empathie et l'esprit de collaboration (Miller et Rose, 2009).

### 1. Composant technique : l'EM influe sur le discours-changement

L'EM permet de renforcer la motivation du client par l'exploration et la résolution de l'*ambivalence*. L'*ambivalence* comporte quatre dimensions : les avantages et les inconvénients associés au changement, les avantages et les inconvénients associés au statu quo. Examinons, par exemple, une feuille de travail sur l'*ambivalence* typique pour un client qui désire être plus actif physiquement (voir le tableau 1).

Les énoncés figurant dans les colonnes 2 et 3 correspondent aux facteurs de motivation. C'est le « discours-changement ». Ce dernier se rapporte aux arguments qui expriment le désir de changement. Les énoncés figurant dans les colonnes 1 et 4

correspondent aux obstacles au changement. Ce discours en faveur du statu quo exprime la résistance.

Le composant technique qui vise à influencer le discours du client s'appuie sur l'esprit, les principes et les stratégies de l'EM (décrits plus loin). Plus précisément, l'objectif est de : 1) augmenter le discours-changement en amenant le client à verbaliser des arguments favorables au changement, tant et si bien qu'il deviendra son propre motivateur, et 2) diminuer la résistance en cherchant spécifiquement à réduire la verbalisation des avantages du statu quo et des inconvénients du changement.

### 2. Composant relationnel : l'esprit de l'EM

L'esprit se rapporte à une manière *d'être* avec le client qui comporte trois dimensions : la collaboration, l'évocation et l'autonomie. Moyers, Martin, Manuel, Hendrickson et Miller (2005) ont montré que le degré de fidélité à cet esprit était un prédicteur de discours-changement et de résultats positifs chez le client. Une EM dénuée de cet esprit perd toute efficacité.

#### La collaboration

La collaboration implique l'établissement d'un partenariat entre thérapeute et client. Elle sous-entend une rencontre entre experts : le thérapeute, spécialiste dans son domaine, et le client, spécialiste de ses propres expériences de vie, de ses réussites et de ses difficultés.

TABLEAU 1. EXEMPLE DE FEUILLE DE TRAVAIL SUR L'AMBIVALENCE À L'ÉGARD DE L'ACTIVITÉ PHYSIQUE

STATU QUO		CHANGEMENT	
Maintenir mon mode de vie sédentaire		Commencer dès cette semaine à faire 30 minutes d'exercices cardiovasculaires, trois fois par semaine	
<b>1. AVANTAGES</b> Pouvoir consacrer plus de temps aux activités de loisir (télé, restaurant, cinéma).	<b>2. INCONVÉNIENTS</b> Avoir moins de concentration et d'énergie mentale pour être efficace au travail. Me fatiguer rapidement.	<b>3. AVANTAGES</b> Sentir un regain d'énergie : :: pour jouer avec les enfants; :: pour être efficace au travail. Réduire/faire disparaître les malaises et douleurs physiques. Avoir une meilleure gestion du stress. Être plus heureux. Perdre du poids.	<b>4. INCONVÉNIENTS</b> Disposer de moins de temps pour : :: travailler; :: jouer avec les enfants; :: regarder la télé; :: aller au cinéma. Ne pas éprouver de plaisir.

### L'évocation

C'est le client, plutôt que le thérapeute, qui présente les arguments du changement. Le rôle du thérapeute consiste donc à amener le client à exprimer de lui-même ses motivations, ses solutions, ses buts, ses valeurs et sa volonté de changement.

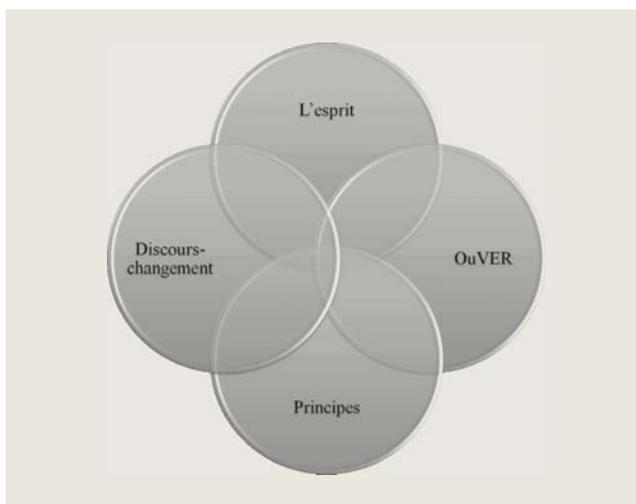
### L'autonomie

Le thérapeute présente des pistes d'action pour accomplir les changements souhaités, tout en affirmant le droit et la capacité du client de choisir celles qu'il veut suivre et le moment où il le fera. Étant donné le caractère néanmoins directif de l'EM, il ne faut pas confondre cette approche avec une attitude de laissez-faire. En effet, dans le cadre de la méthode caractéristique de l'EM, le respect de l'autonomie suppose deux choses : 1) le choix du client est une *décision éclairée*; 2) son ambivalence a déjà fait l'objet d'une exploration axée sur une résolution propice à une modification du comportement. Paradoxalement, le respect de l'autonomie a pour effet d'augmenter les chances d'obtenir des changements positifs.

## \_LES PRINCIPES ET STRATÉGIES DE L'EM

Venant s'ajouter à l'esprit de l'EM, deux autres éléments sont essentiels : les principes et stratégies de l'EM. Ces éléments ne sont pas exclusifs à l'EM. Toutefois, ce qui donne à l'EM son caractère unique et si efficace, c'est la façon dont on combine ces éléments dans le but précis d'explorer et de résoudre l'ambivalence, en faisant ressortir de manière sélective le discours-changement et en le renforçant.

FIGURE 2. LE CARACTÈRE UNIQUE DE L'EM – L'AGENCEMENT DE 1) L'ESPRIT, 2) LES PRINCIPES, 3) LES STRATÉGIES OuVER ET 4) LE BUT DE SUSCITER LE DISCOURS DE CHANGEMENT



## \_PRINCIPES DE L'EM

L'EM repose sur quatre principes généraux.

### 1. Faire preuve d'empathie

Il s'agit d'un principe fondamental, indissociable des approches de counseling centrées sur le client telles que l'EM. Entre autres, l'empathie renvoie le message qu'il est normal d'éprouver de l'ambivalence à l'idée de modifier ses habitudes. Ce principe repose sur l'écoute empathique, selon les premières méthodes proposées par Carl Rogers.

### 2. Développer les divergences

L'EM se distingue des approches classiques centrées sur le client en ce qu'elle est directive. Elle permet au client de se confronter lui-même à l'écart qui sépare ses comportements de ses valeurs et objectifs personnels. Son but est d'amplifier la perception de cette divergence afin d'amener le client à vaincre l'inertie qui favorise le statu quo.

### 3. Éviter les argumentations/rouler avec la résistance

La troisième loi de Newton (à toute action correspond une réaction égale et de direction opposée) s'applique aussi bien à l'univers interpersonnel de la relation thérapeutique qu'au monde physique. En effet, le fait pour un client de résister au changement provoque parfois chez le thérapeute le « réflexe correcteur » : essayer de convaincre le client qu'il a un problème, persuader par le raisonnement, fournir des arguments favorables au changement ou proposer des changements à apporter. Tout indique que ces réactions sont contreproductives (Miller, Benefield et Tonigan, 1993). Voilà pourquoi l'EM vise à « réorienter » les arguments du client et à transformer la résistance en un nouvel élan propice au changement.

### 4. Nourrir le sentiment d'efficacité personnelle

Le sentiment d'efficacité personnelle se rapporte à notre foi en notre capacité d'accomplir une tâche donnée. Parallèlement, les attentes du thérapeute concernant la réussite du client exercent une influence qui relève de l'effet de prophétie autoréalisatrice. Par conséquent, la foi inébranlable du thérapeute dans le potentiel actuel et futur de son client est fondamentale dans toute démarche d'EM.

## \_STRATÉGIES DE L'EM

Quatre stratégies sont nécessaires, en combinaison avec l'esprit de l'EM, pour atteindre les buts découlant des quatre principes énoncés ci-dessus et pour susciter le discours-changement : poser des questions **Ou**vertes; **V**aloriser (affirmer les forces); **É**coute réflexive; et **R**ésumer (ou récapituler). Ces stratégies sont réunies sous l'acronyme OuVER.

### 1. Poser des questions ouvertes

Les questions ouvertes servent à explorer l'ambivalence et à faire émerger le discours changement. Par exemple, une question comme « Si vous décidiez aujourd'hui de faire plus d'activité physique, quelles sont les meilleures choses qui pourraient se produire? » suscitera des réponses classées dans la troisième colonne de l'équilibre décisionnel (avantages du changement).

### 2. Écoute réflexive

À la différence des approches non directives, l'usage de reflets en EM a pour but de susciter et renforcer le discours-changement de manière sélective. Cette stratégie donne au client l'occasion d'entendre son propre discours-changement une seconde fois, ce qui en amplifie l'effet. L'écoute réflexive est aussi une stratégie utile pour répondre aux résistances et permet d'éviter l'argumentation, tout en satisfaisant le besoin qu'éprouve le client d'être écouté et compris. Elle renforce la relation thérapeutique et augmente les chances que le client exprime son désir de changer.

### 3. Valoriser

La valorisation ressemble de près aux énoncés d'écoute réflexive en ce qu'elle renvoie une interprétation du sens donné au discours du client. La différence réside dans leur contenu, c'est-à-dire qu'elles sont axées sur les forces et les efforts du client.

### 4. Résumer

À quelques reprises pendant l'entretien, le professionnel résume certains énoncés du client sur le changement, ce qui donne à ce dernier l'occasion de les entendre une troisième fois, la première fois correspondant à l'énonciation initiale par le client et la deuxième à la reformulation par le thérapeute.

## \_UN EXEMPLE DE L'INTÉGRATION DE L'EM DANS LE RÉSEAU DE LA SANTÉ QUÉBÉCOIS

Les médecins souhaitent que leurs patients adoptent des comportements de santé. Malheureusement, ils disposent de peu de temps et, bien que les patients soient sensibles aux recommandations de leur médecin, celles-ci tombent souvent dans l'oubli entre deux visites. Les centres d'éducation pour la santé ont donc été créés afin d'épauler les médecins et donner suite à leurs interventions sur les saines habitudes de vie. Ce service unique et gratuit axé sur la motivation est offert dans les centres de santé et de services sociaux de Montréal. Les médecins y envoient leurs patients afin que l'intervenant les guide dans la résolution de leur ambivalence et favorise leur engagement vers le changement de leurs habitudes de vie grâce à l'EM.

Parce qu'elle peut être utilisée dans une multitude de champs de pratique, qu'elle est démontrée efficace et qualifiée d'intervention brève, cette approche suscite de plus en plus d'intérêt de la part des professionnels de la santé. D'ailleurs, le ministère de la Santé et des Services sociaux, conscient de l'importance de soutenir la pratique de counselling chez les cliniciens de première ligne, entend rendre disponible une offre de soutien à l'intégration des principes de l'EM aux différentes régions du Québec.

### Pour obtenir des renseignements supplémentaires sur l'EM, visitez :

[www.motivationalinterview.org](http://www.motivationalinterview.org)

[www.santepub-mtl.qc.ca](http://www.santepub-mtl.qc.ca)

[www.PsyMontreal.com](http://www.PsyMontreal.com)

## \_Bibliographie

Ford, E.S., Bergmann, M.M., Kroger, J., *et al.* (2009). Healthy Living Is the Best Revenge: Findings From the European Prospective Investigation Into Cancer and Nutrition-Potsdam Study. *Archives of Internal Medicine*, 69, 1355-1362.

Hettema, J., *et al.* (2005). Motivational Interviewing. *Annu. Rev. Clin. Psychol.*, vol. 1, p. 91-111.

Hovington, J. & Assaad, J.-M. (2009). Survol des écrits sur l'entrevue motivationnelle dans le domaine des habitudes de vie. Tiré de : *Le système de prévention clinique*. Montréal, Québec: Services préventifs en milieu clinique de la Direction de santé publique de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.

Ipsos Reid. (2009). Most (85%) Canadians Believe They Live a Healthy Lifestyle. Toronto, Ontario.

Miller, W.R., Benefield, R. G., & Tonigan, J. S. (1993). Enhancing motivation for change in problem drinking: A controlled comparison of two therapist styles. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 455-461.

Miller, W.R. & Rollnick, S. (2002). *Motivational Interviewing: Preparing People to Change* (2nd Ed.). New York: Guilford Press.

Miller, W.R. and Rose, G.S. (2009). Toward a Theory of Motivational Interviewing. *American Psychologist*, 64, 527-537.

Moyers, T. B., Martin, T., Manuel, J. K., *et al.* (2005). Assessing competence in the use of motivational interviewing. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 28, 19-26.

Osborn, C.Y. and Egede, L.E. (2010). Validation of an Information-Motivation-Behavioral Skills model of diabetes self-care (IMB-DSC). *Patient Education and Counseling*, 79, 49-54.

Wertheimer, A.I. & Santella, T.M. (2003). Medication compliance research: still so far to go. *Journal of Applied Research in Clinical and Experimental Therapeutics*, 3, 254-261.



Une nouvelle ligne-ressource sans frais  
pour les victimes d'agression sexuelle.

**1 888 933-9007**

514 933-9007 (région de Montréal)

Pour écouter, informer et guider vers des ressources,  
en fonction des besoins de chaque victime et de ses proches.  
Accessible 24 heures par jour, sept jours par semaine, partout au Québec.

# Aider les gens à reconnaître le lien entre leurs symptômes physiques et le stress diminue le nombre de visites à l'urgence

L'une des tendances du jour en psychiatrie est la *Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy (ISTDP)*, ou la psychothérapie dynamique intensive brève (PDIB). Le Dr Allan Abbass, psychiatre et psychothérapeute, également directeur de l'éducation au Département de psychiatrie de l'Université Dalhousie à Halifax, et ses collègues ont étudié l'efficacité de la PDIB. L'étude s'est déroulée aux urgences du Queen Elizabeth II Health Sciences Centre (hôpital universitaire). Ils y ont recruté des patients envoyés par les médecins, car ils présentaient des symptômes physiques médicalement inexplicables (SPMI). En effet, pour trois patients sur quatre se présentant aux urgences avec des douleurs à la poitrine, il n'y aurait aucune explication médicale. Plutôt que de les renvoyer à la maison en leur disant : « Vous

n'avez rien », une évaluation et une PDIB leur ont été offertes.

L'intervention proposée leur permettait de prendre conscience des émotions qu'ils vivaient dans leur corps et durait en moyenne 3,8 séances. Aider les gens à reconnaître le lien entre leurs symptômes physiques et le stress ou les émotions ressentis a permis de diminuer de 69 % en moyenne le nombre de visites à l'urgence par patient dans l'année suivante. Les visites sont passées de 4.6 à 1.4 par an. Pour les trois autres groupes de patients (tous les patients de l'urgence, patients avec présentation semblable ou patients dirigés vers la PDIB, mais non vus), la diminution était plus faible, soit de 15 %, ou encore une augmentation de 43 % du nombre de visites était observée. De plus, une améliora-

tion des symptômes a été observée chez les patients ayant suivi la PDIB. Ainsi, la somatisation et l'anxiété ont davantage à être traitées afin de favoriser un mieux-être aussi bien physique que psychologique chez les patients, tout en favorisant un meilleur accès aux urgences pour les problèmes d'ordre médical.

## Bibliographie

Abbass, A., Campbell, S., Maggee, K., Tarzwell, R. (2009). Intensive short-term dynamic psychotherapy to reduce rates of emergency department return visits for patients with medically unexplained symptoms: preliminary evidence from a pre-post intervention study. *Canadian Journal of Emergency Medicine*, 11(6): 529-534. <http://www.istdp.ca/Psychotherapy%20reduces%20repeat%20ER%20trips.pdf>



INSTITUT DE FORMATION  
PSYCHOTHÉRAPIE PAR LE JEU  
AUPRÈS DE L'ENFANT

## Séminaires pour la session d'automne 2010

**Formation de base  
à la psychothérapie  
par le jeu**

Durée : 24 heures

**Les 11 et 25 septembre &  
9 et 23 octobre 2010**

**Séminaire sur le diagnostic par le jeu  
libre et une mise en rapport avec le CAT,  
le Blacky, le TAT et les épreuves  
graphiques**

Durée : 24 heures

**Le 18 septembre &  
les 2, 16 et 30 octobre 2010**

RENSEIGNEMENTS ET PROCÉDURES D'INSCRIPTION :  
[www.psychotherapieparlejeu.com](http://www.psychotherapieparlejeu.com)



**D<sup>r</sup> Sylvain Néron**  
Psychologue

Coordonnateur du programme d'oncologie psychosociale Louise

Granofsky du Centre de cancer Ségal de l'Hôpital général juif de Montréal, auteur de quatre ouvrages parus de 1990 à 1995, dont *Vivre avec le cancer et Vivre avec un malade... sans le devenir*.



**D<sup>re</sup> Sylvie Aubin**  
Psychologue

La D<sup>re</sup> Sylvie Aubin est psychologue spécialisée en psycho-oncologie et

professeure au Département d'oncologie de l'Université McGill. Elle est également membre du Programme d'oncologie psychosociale Louise Granofsky du Centre de cancer Ségal de l'Hôpital général juif de Montréal.



**D<sup>r</sup> Zeev Rosberger**  
Psychologue

Le D<sup>r</sup> Zeev Rosberger, psychologue, est le directeur du Programme d'oncologie

psychosociale Louise Granofsky et professeur agrégé aux départements de psychiatrie, de psychologie et d'oncologie à l'Université McGill.

## Contributions de l'onco-psychologue au Programme d'oncologie psychosociale Louise Granofsky

Grâce aux percées réalisées dans les traitements oncologiques qui engendrent de meilleures chances de survie, un nombre croissant (Thomas & Bultz, 2008) de personnes atteintes de cancer demandent du soutien psychologique. Cette croissance exige que l'organisation de la prestation des soins s'adapte à leurs besoins, et ce, dans l'entière du continuum de soins et de services qui, dans certains cas, ressemble au parcours d'une maladie chronique. Cette adaptation se traduit, d'une part, par une transformation des pratiques professionnelles au sein d'un système de prestation souple de services intégrés, accessibles et ciblés et, d'autre part, un arrimage avec les programmes offrant des approches alternatives, de réadaptation et d'accompagnement. L'objectif de cet article est de décrire le programme d'oncologie psychosociale intégré offert par le Centre du cancer Segal (CCS) de l'Hôpital général juif (HGJ) qui, depuis 2006, inclut sous un même toit des soins d'oncologie médicale et des soins psychologiques professionnels arrimés à un programme de soutien communautaire. Le fondement théorique et clinique, ainsi que la gouvernance en place dans le Programme d'oncologie psychosociale Louise Granofsky (POP-LG), est axé autant sur la collaboration interdisciplinaire que sur l'interface avec le Département d'oncologie de l'Université McGill, ce dernier étant fondé sur le modèle théorique du clinicien-chercheur (Batist & Shinder, 2008). L'implantation progressive du programme POP-LG sous le leadership du D<sup>r</sup> Zeev Rosberger, psychologue, s'est accélérée au cours des deux dernières années sous l'impulsion de l'adoption (Dean, 2009) par Agrément Canada de la détresse émotionnelle comme le sixième des signes vitaux. Le sixième signe vital s'ajoutant à la douleur (cinquième) et aux quatre autres signes vitaux traditionnels : la température, la pression artérielle, la respiration et le pouls.

La détresse émotionnelle comme signe vital devient un des six indicateurs de l'état de santé d'une personne atteinte de cancer qui doit être évalué au même titre que les autres signes vitaux, et doit être soulagée par des interventions promptes et un suivi spécifique.

### LE SIXIÈME SIGNE VITAL : LA DÉTRESSE ÉMOTIONNELLE

Considérer la détresse émotionnelle comme un des six signes vitaux intègre de facto l'oncologie psychosociale dans le continuum des soins aux personnes atteintes de cancer. Selon Thomas *et al.* (2010), les facteurs qui prédisent l'augmentation de la détresse émotionnelle sont : être de sexe féminin et subir une chirurgie, être âgé de moins de 57 ans et avoir un statut économique inférieur. Le POP-LG propose de modifier l'organisation des services en fonction de l'âge des personnes atteintes, alors que traditionnellement il a été exclusivement structuré en fonction de l'organe atteint. Par exemple, nous décrivons plus loin un programme du CCS consacré aux adolescents et aux jeunes adultes qui chapeaute autant les services cliniques que la recherche et l'aide communautaire.

### UN MODÈLE DE PRESTATION DE SERVICES INTERDISCIPLINAIRES AXÉS SUR LE SIXIÈME SIGNE VITAL

Le Partenariat canadien contre le cancer (24 février 2009) s'intéresse de près aux « modèles prépondérants et novateurs » de prestation de services. L'équipe du POP-LG a retenu les éléments suivants, ceux-ci permettant d'optimiser la prestation des soins en oncologie psychosociale :

TABLEAU 1. MODÈLE DE PRESTATION DE SERVICES : INTERDISCIPLINARITÉ &amp; SIXIÈME SIGNE VITAL

UNE VISION	Une transition du modèle exclusivement biomédical de prestation des soins vers une vision biopsychosociale.
UN LIEU	Les services médicaux et psychosociaux sont concentrés au même endroit : concept du <i>one-stop-shop</i> .
UN ACCÈS	Une procédure de référence et de triage unifiée et connue des référents; un numéro de téléphone, un site Web et un contact.
UNE APPROCHE CLINIQUE	Proactive, intégrée et décloisonnée incluant : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Système de partage d'informations; des dossiers partagés; un programme d'évaluation intégré du 6<sup>e</sup> signe vital servant à dépister la détresse émotionnelle comme pierre d'assise du système de prestations des soins.</li> <li>• Évaluation permettant la continuité de la prise en charge de telle sorte que l'on puisse réagir promptement ou même anticiper les crises.</li> <li>• Présentation d'un plan d'intervention individualisée aux consultants et aux patients.</li> <li>• Coordination clinique et administrative elle-même interdisciplinaire.</li> </ul>
UN DÉPISTAGE DE LA DÉTRESSE ÉMOTIONNELLE	<ul style="list-style-type: none"> <li>• L'organisme gouvernemental Partenariat canadien contre le cancer travaille à la création de programmes de dépistage de la détresse. Le Dr Bultz, Ph. D., coordonne un comité (Screening for Distress initiative of the Cancer Journey Action Group, 2009) qui développe un guide pour l'implantation d'un outil de dépistage de la détresse (Bultz &amp; Groff, 2009).</li> <li>• Identification des indicateurs permettant de dépister, trier et diriger ailleurs, si nécessaire, afin de procéder à une évaluation complète.</li> </ul>
UNE ORGANISATION DES SERVICES	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tenant compte des caractéristiques sociodémographiques de la population desservie et de leurs besoins au moment de la consultation.</li> <li>• Se basant sur l'information (indicateurs d'efficacité) que procure une base de données. Ceci permettant au programme de s'adapter aux besoins des personnes atteintes et de leurs proches.</li> </ul>
UNE LECTURE INTERDISCIPLINAIRE DE LA PRESTATION DES SOINS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Collaboration interdisciplinaire et imputabilité clinique et administrative de chacune des équipes se consacrant aux divers sites tumoraux.</li> </ul>

## LE PROGRAMME D'ONCOLOGIE PSYCHOSOCIALE LOUISE GRANOFSKY

Voué à l'interdisciplinarité de la prestation des soins, le POP-LG suit le principe de décentralisation des centres de décisions, plus spécifiquement tiré des conclusions suivantes, du Centre de cancer Dana-Farber (Reid-Ponte, 2007) :

- 1) Un responsable médical et un coordonnateur (team leader) sont conjointement responsables du développement et des opérations quotidiennes de l'équipe interdisciplinaire.
- 2) Les cliniciens doivent dès le départ être impliqués dans la planification de l'implantation d'un programme d'oncologie psychosociale (comme le POP-LG).

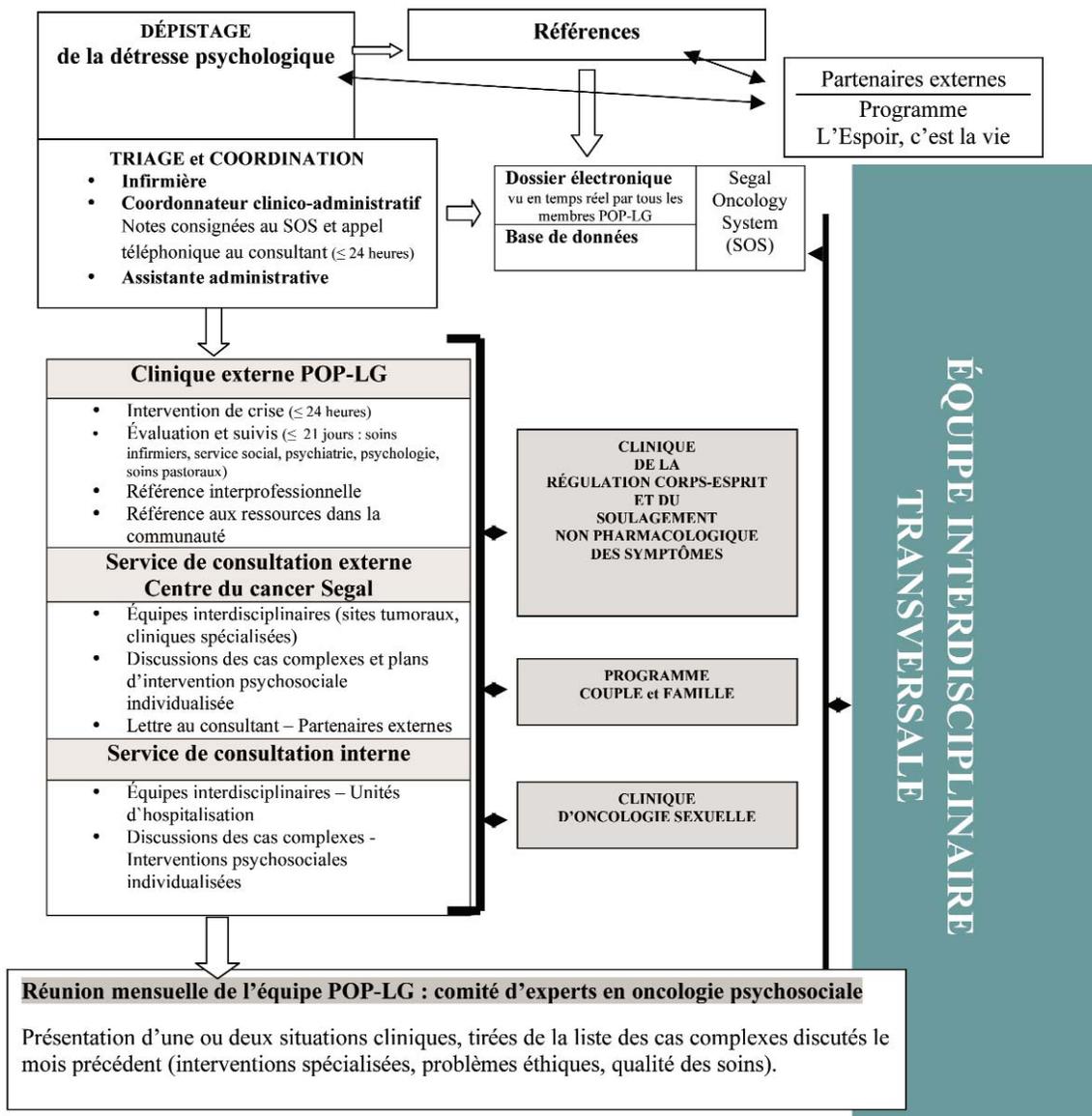
- 3) Le leadership doit créer un climat propice aux échanges.
- 4) Les changements doivent être implantés sans précipitation; ils proviennent de l'analyse des données contenues dans une base de données concernant les activités cliniques (par sites tumoraux) et par indicateurs d'efficacité (temps d'attente, temps de réaction en cas de crises).

De plus, le sixième signe vital étant devenu la pierre angulaire du POP-LG, le programme inclut des professionnels provenant de diverses disciplines telles que la psychologie, la psychiatrie, le service social, les soins infirmiers et spirituels. La mission du POP-LG consiste à apaiser la détresse émotionnelle à toutes les phases de l'expérience du cancer. Le programme assure

un système de prestation de soins combinant le dépistage, le traitement et la recherche clinique. Suivant le principe de prestation souple de soutien psychosocial intégré, le POP-LG a implanté des cliniques spécialisées répondant aux besoins spécifiques par le biais d'interventions psychologiques spécialisées : une clinique mettant l'accent sur la régulation corps-esprit (*mind-body régulation*) et la gestion non pharmacologique

des symptômes (S. Néron, Ph. D., psychologue), une clinique de thérapie conjugale et familiale (S. Bond, Ph. D., travailleuse sociale), une clinique d'oncologie sexuelle (S. Aubin, Ph. D., psychologue), un groupe de soutien selon l'approche de Balint pour les professionnels en oncologie (M. Henry, Ph. D., psychologue).

TABLEAU 2. PROGRAMME D'ONCOLOGIE PSYCHOSOCIALE LOUISE GRANOFSKY



Le POP-LG bénéficie d'un système d'information électronique intégré de l'Hôpital général juif : le Segal Oncology System (SOS), ce système permettant la communication en temps réel entre les membres du POP-LG et les professionnels de soin de santé (ex. : médecins, infirmières). Le SOS facilite ainsi la communication inter et intradisciplinaire, car tous ont accès aux notes et rapports pour chaque dossier. De plus, le SOS facilite les décisions cliniques en documentant le niveau de détresse émotionnelle de la personne atteinte. Cet outil de gestion de l'information clinique améliore ainsi l'accessibilité aux services, diminue le temps de réponse dans la prestation de l'aide psychologique, et assure une coordination optimale des activités cliniques de consultations offertes dans chacune des équipes interdisciplinaires.

La gouvernance du POP-LG est interdisciplinaire. Deux oncop psychologues (Z. Rosberger, Ph. D. et S. Néron, Ph. D.) et un travailleur social (A. Ptack, M. S. W) occupent des positions de direction et de coordination cliniques et administratives.

## LE RÔLE DU PSYCHOLOGUE CONSULTANT AU PROGRAMME D'ONCOLOGIE POUR ADOLESCENTS ET JEUNES ADULTES (AJA) DE MCGILL

En accord avec la mission du POP-LG, le mandat de la D<sup>re</sup> Sylvie Aubin, oncop psychologue au programme d'oncologie pour AJA, est double. Premièrement, il vise à apporter des services de soutien psychologique spécialisés répondant aux besoins des adolescents et jeunes adultes atteints du cancer (AJAC). En second lieu, il consiste à faire avancer nos connaissances quant à l'ajustement psychosocial des AJAC à travers la trajectoire du cancer par la mise sur pied d'un programme de recherche priorisant les retombées cliniques. Cette intégration de la recherche aux activités cliniques des oncop psychologues caractérise le Programme d'oncologie psychosociale Louise Granofsky.

### Contexte et réalités cliniques des adolescents et jeunes adultes atteints du cancer (AJAC)

Une étude récente examinant le profil et les besoins des AJAC âgés de 15 à 39 ans a démontré que ceux-ci sont confrontés à des défis uniques tant médicaux/cliniques que psychosociaux, ce qui les distingue des autres groupes d'âge d'individus atteints

## LES SERVICES PROFESSIONNELS DE PRÉVENTION DU SUICIDE DE MONTRÉAL

### Supervision individuelle ou de groupe • Formation Évaluation • Psychothérapie

Si vous souhaitez vous perfectionner, ou si vous vous sentez démuni(e) face à la problématique du suicide, et désirez une supervision de qualité fondée sur une expérience véritablement clinique et pertinente, communiquez avec nous en toute confiance. Les grilles et les techniques d'intervention représentent pour nous des outils utiles, et non des fins en soi. Notre principal *outil* est la qualité de notre présence auprès de la personne suicidaire, et nous allons vous aider à la perfectionner.

# 514 840-0614

Direction : Gaëtan Roussy, psychologue  
grspps@sympatico.ca

de cancer (Zebrack, 2009). Sur le plan psychosocial, les résultats d'études ont indiqué que les AJAC sont confrontés à des défis uniques, ceux-ci étant caractérisés principalement par des retards de développement importants quant à l'atteinte de l'autonomie et de l'indépendance à l'intérieur de plusieurs domaines existentiels. En conséquence, ces retards de développement font en sorte que les AJA sont à plus haut risque d'éprouver des difficultés financières, de l'isolement social et de la détresse psychologique/émotionnelle (Zebrack *et al.*, 2007).

De plus, les séquelles ou effets secondaires des traitements du cancer, surtout si irréversibles, affectent négativement l'estime de soi et compromettent l'établissement de relations/interactions sociales, intimes et sexuelles significatives (Bolte & Zebrack, 2008; Zebrack, 2009).

Compte tenu des défis et besoins psychosociaux uniques des AJAC de même que de la proportion d'entre ceux-ci qui demeurent non répondus, les auteurs concluent sur l'importance de développer des interventions psychosociales spécialisées, particulièrement en ce qui concerne la gestion de la détresse émotionnelle, la fertilité et les relations de couple et sexuelles (Seitz, 2009; Zebrack, 2009).

## CONCLUSION

Une vision résolument biopsychosociale et interdisciplinaire du POP-LG assure le dépistage et l'évaluation de la détresse émotionnelle, et sa documentation électronique en temps réel grâce au SOS facilite l'accessibilité aux services, diminue le temps de réponse dans la prestation de l'aide psychologique et assure une coordination optimale des activités cliniques offertes dans chacune des équipes interdisciplinaires. Le rôle de leadership des oncopsychologues et l'intégration de leurs activités cliniques et de recherches viennent enrichir la collaboration interdisciplinaire dans les équipes de soins. Basées sur la recherche et les données probantes en oncologie, les interventions spécialisées des oncopsychologues s'inscrivent à l'intérieur du continuum des soins et contribuent à l'énergie thérapeutique consacrée au soutien de la personne atteinte, au soulagement de sa souffrance et de sa détresse émotionnelle comme sixième signe vital.

## Bibliographie

- Bultz, B.D. & Groff, S.L. (2009). Screening for Distress, the 6th Vital Sign in oncology: from theory to practice. *Oncology Exchange*, 8(1), p. 10.
- Batist, G. & Shinder, G.A. (2008). The McGill University Department of Oncology: structure depicts the shape of evolving knowledge. *Current Oncology*, 15(3), 143-150.
- Bolte, S. & Zebrack, B. (2008). Sexual issues in special populations: adolescents and young adults. *Seminars in Oncology Nursing*, 24(2), 115-119.
- Chiasson, M., Reddy, M., Kaplan, B., Davidson, E. (2007). Expanding multi-disciplinary approaches to healthcare information technologies: what does information systems offer medical informatics? *International Journal of Medical Informatics*, 76(Suppl. 1), S89-97.
- Dean, C. (2009). Driving quality in cancer services. *The Accreditation Standard*, 1, p.2.
- Manne, S. & Miller, D. (1998). Social support, social conflict and adjustment among adolescents with cancer. *Journal of Pediatric Psychology*, 23, 121-130.
- Partenariat canadien contre le cancer (2009, February 24). *Projet des modèles de prestations de services du groupe d'action pour les ressources humaines en santé*. Retrieved March 25, 2010, from [http://www.partnershipagainstcancer.ca/fr/hhr\\_services](http://www.partnershipagainstcancer.ca/fr/hhr_services).
- Reid Ponte, P., Gross, A.H., Winer E, Connaughton MJ, Hassinger J. (2007). Implementing an Interdisciplinary Governance Model in a Comprehensive Cancer Center. *Oncology Nursing Forum*, 34(3), 611-616.
- Screening for Distress initiative of the Cancer Journey Action Group, Canadian Partnership Against Cancer (2009, May 21). Guide to Implementing Screening for Distress, the 6<sup>th</sup> Vital Sign. Moving Towards Person-Centered Care. Part A: Background, Recommendations, and Implementation. Working Copy, 1-43.
- Seitz, D.C.M., Besier, T. & Goldbeck, L. (2009). Psychosocial interventions for adolescent cancer patients: A systematic review of the literature. *Psycho-Oncology*, 18, 683-690.
- Thomas B.C. & Bultz B.D. (2008). The future in psychosocial oncology: screening for emotional distress--the sixth vital sign. *Future Oncology*, 4(6), 779-84.
- Thomas B.C., Nandamohan V., Nair M.K. & Pandey M. (2010, February, 23). Gender, age and surgery as a treatment modality leads to higher distress in patients with cancer. *Supportive Care in Cancer*.
- Zebrack, B. (2009). Information and service needs for young adult cancer survivors. *Support Care Cancer*, 17, 349-357.
- Zebrack, B., Chesler, M.A. & Penn, A. (2007). Psychosocial support. In W.A Bleyer and R.D. Barr's (Eds.) *Cancer in Adolescents and Young Adults*. New York: Springer Berlin Heidelberg. pp. 375-386.

# Pourquoi une association de psychologues alors qu'on a déjà un ordre?

- L'objectif central de chaque ordre est d'assurer la protection du public (article 23, Code des professions); pour ce faire, il surveille la pratique de la profession.  
L'objectif central de l'Association est de veiller aux intérêts de ses membres et de la profession, dans la mesure où ils favorisent le bien-être de la population.
- Les ordres professionnels ne peuvent traiter les intérêts économiques. Les associations peuvent le faire : rehaussement salarial, honoraires CSST, SAAQ, PAE, etc.
- Pour éviter de se retrouver en position de conflit d'intérêts, les ordres professionnels ne peuvent s'occuper du soutien aux psychologues au cours du processus disciplinaire, ni des assurances pour les plaintes du public auprès du Bureau du syndic. Les associations peuvent le faire.

Pour mieux comprendre la distinction entre un ordre et une association, voir :  
<http://www.apqc.ca/assDistinction.aspx>

## Les conditions salariales des psychologues dans le secteur public sont inadéquates

Investissez dans votre association pour obtenir un salaire à la hauteur de vos compétences et de votre formation.

Adhérez  
dès maintenant à :

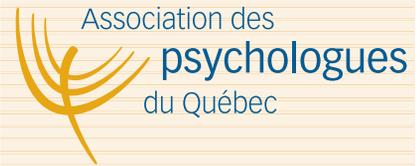
[www.apqc.ca](http://www.apqc.ca)

### ASSOCIATION DES PSYCHOLOGUES DU QUÉBEC

Écrivez à l'adresse courriel :  
[apq@spg.qc.ca](mailto:apq@spg.qc.ca)

Communiquez avec notre secrétariat au  
514.353.7555 ou 1.877.353.7555

7400, boul. Les Galeries d'Anjou, bureau 410  
Anjou (Québec) H1M 3M2



## Profitez de services professionnels variés :

- **conseils et assistance**  
(incluant avis légaux);
- **assurances**  
« frais disciplinaires »;
- promotion de **vos intérêts**  
(CSST, SAAQ, PAE, rôle distinctif, rehaussement salarial et autres);
- **soutien** durant les procédures disciplinaires; (incluant informations via notre site internet);
- inscription gratuite au **service de référence**;
- site **Internet et forum** de discussion;
- **soutien** aux psychologues en début de pratique;
- **bulletin** couvrant différents sujets de la vie professionnelle des psychologues;
- **formations** à tarif préférentiel pour les membres;
- **services** aux associations et regroupements (assurances, support logistique, appui politique, ...).

Pour la  
**reconnaissance**  
de la **valeur**  
de notre **acte**  
**professionnel !**



**D<sup>re</sup> Marie-France Lafontaine**

Psychologue

Professeure à l'École de psychologie de l'Université

d'Ottawa, directrice du Laboratoire de recherche sur le couple et psychologue en pratique privée.

[mlafonta@uottawa.ca](mailto:mlafonta@uottawa.ca)



**D<sup>r</sup> Paul Samuel Greenman**

Psychologue

Professeur au Département de psychoéducation et de psy-

chologie de l'Université du Québec en Outaouais, psychologue-chercheur à l'Unité de médecine familiale de l'Hôpital Montfort (Ottawa).

[paul.greenman@uqo.ca](mailto:paul.greenman@uqo.ca)



**Katherine Péloquin**

M<sup>me</sup> Péloquin est candidate au doctorat en psychologie

clinique à l'Université d'Ottawa et résidente en psychologie à l'Hôpital d'Ottawa.

[kpelo018@uottawa.ca](mailto:kpelo018@uottawa.ca)

## Coup d'œil sur la douleur chronique, le diabète et la maladie coronarienne

**Cet article vise à présenter succinctement des informations sur la définition, la prévalence, l'impact sur le fonctionnement de même que sur les modèles conceptuels/facteurs de risque de trois problèmes de santé communs, soit la douleur chronique, le diabète et les problèmes coronariens.**

### \_DOULEUR CHRONIQUE

#### Définition

La douleur est définie comme « une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable liée à des lésions tissulaires réelles ou potentielles, ou décrites en des termes évoquant de telles lésions » (International Association for the Study of Pain, Merskey & Bogduk, 1994, p. 211). La douleur est qualifiée de chronique lorsqu'elle persiste au-delà de trois à six mois ou de la durée habituelle de la guérison et ne répond pas aux traitements courants (Société canadienne de psychologie, 2009; Ospina & Harstall, 2002). La douleur chronique est une expérience subjective tant émotionnelle que sensorielle, localisée ou diffuse, avec ou sans cause connue et multiforme, dans le sens où elle peut 1) être liée à une maladie (p. ex. pancréatite chronique ou arthrite), 2) survenir suite à un accident ou une blessure, 3) débuter de manière progressive (p. ex. lombalgie et douleur à la nuque), 4) être récurrente comme dans le cas de la céphalée, et 5) sans omettre d'autres types tels que la douleur neuropathique et la fibromyalgie (Société canadienne de psychologie, 2009; Queneau & Ostermann, 2004; Marchand, 2009). Même si l'origine ou la nature de la douleur varient d'une personne à l'autre, les méthodes de traitement sont généralement semblables une fois la douleur rendue chronique (Dobkin & Boothroyd, 2006).

#### Prévalence

La douleur chronique constitue un problème de santé très répandu. La prévalence mondiale de ce dernier, dans la population générale adulte, varierait entre 11,5 et 55,2 % (Ospina & Harstall, 2002). Selon les données d'une enquête de Statistique Canada, 20 % des Québécois et 24 % des Québécoises rapportent de la douleur chronique (Millar, 1996). Les résultats d'une enquête réalisée en 2001 font quant à eux ressortir que 29 % de la population canadienne rapporte de la douleur chronique (Moulin, Clark, Speechley & Morley-Forster, 2002). D'après les données d'une enquête internationale, les dorsalgies, les céphalées et les arthralgies

sont les trois formes de douleur chronique les plus courantes (Gureje et al., 1998). Il appert aussi que la prévalence de la douleur chronique augmente avec l'âge (Elliott et al., 1999) et qu'elle touche plus de femmes que d'hommes (Blyth et al., 2001; Buskila et al., 2000; Marchand, 2009).

#### Impact sur le fonctionnement

La douleur chronique est souvent accompagnée par des changements dans le fonctionnement physique, émotionnel, social, familial, économique et professionnel. Le rapport rédigé par Dobkin et Boothroyd (2006) fait état de certains coûts pour les personnes atteintes et la société. Ce rapport disponible sur Internet mentionne, entre autres, que la douleur chronique est associée à : 1) des troubles psychologiques comme l'anxiété ou la dépression (Blyth et al., 2001; Gureje et al., 2001; McWilliams et al., 2003; Ohayon & Schatzberg, 2003; Schopflocher, 2003); 2) des coûts directs et indirects approximatifs de plus de 125 milliards de dollars par année aux États-Unis (Turk, Okifuji & Kalauokalani, 1999) ainsi qu'à une baisse de productivité découlant de l'absence du travail (Turk, 2002); 3) un recours fréquent aux services de santé (Blyth et al., 2003; Buskila et al., 2000; Mantyselka et al., 2001); et 4) une détérioration du fonctionnement, de l'humeur, du sommeil, des rapports sociaux et de la qualité de vie des patients (Ashburn & Staats, 1999; Eriksen et al., 2003; Gureje et al., 1998; McWilliams et al., 2003; Wilson et al., 2002). Comme rapporté par la Chronic Pain Association of Canada (2009), les difficultés à se concentrer, à se souvenir et à réaliser des tâches journalières sont aussi le lot quotidien des personnes souffrant de douleur chronique. La recherche dénote aussi que la douleur chronique peut exercer une influence néfaste sur la relation de couple (Schwartz & Ehde, 2000), l'insatisfaction conjugale et sexuelle étant souvent rapportée par les personnes souffrant de douleur chronique et leur partenaire.

#### Modèles conceptuels

Il sera ici question du modèle biomédical, de la théorie du portillon et du modèle biopsychosocial de la douleur chronique (voir Turk & Gatchel, 2002 et Marchand, 2009, pour une revue de ces modèles et d'autres). Selon le modèle biomédical, tout symptôme a une origine biologique détectable, donc pouvant être mise en évidence par des examens. Ce modèle ne permet toutefois pas de comprendre la douleur chronique pour laquelle il n'y pas de

cause somatique distincte, ou pour laquelle la cause somatique ne peut à elle seule expliquer l'intensité de la douleur et ses diverses conséquences néfastes. La théorie du portillon (Melzack & Wall, 1965) stipule quant à elle que la perception de la douleur peut être accrue ou modérée par l'entremise d'une combinaison de facteurs affectifs, cognitifs et sensoriels-physiologiques (Schwartz & Ehde, 2000). Toujours selon cette théorie, l'expérience de la douleur dépend de l'interaction complexe entre le système nerveux périphérique et le système nerveux central (Butler & Moseley, 2003). Le traitement de la douleur par la stimulation électrique transcutanée à haute fréquence et basse intensité (TENS) découle de cette théorie (Marchand, 2009). Le modèle biopsychosocial tient compte, pour sa part, des interrelations complexes entre les aspects biologiques, psychologiques et sociaux/culturels de la douleur chronique. Pour beaucoup, ce modèle est celui à privilégier, car il permet de tenir compte, entre autres, de la diversité dans l'expression de la douleur et la réponse à la douleur.

Les risques de dépression seraient plus élevés chez les individus atteints du diabète, ce qui est inquiétant en raison de l'association entre la dépression et le contrôle glycémique ainsi que l'adhérence au régime alimentaire et de médicaments chez ces individus

## \_DIABÈTE

### Définition

Le diabète est une maladie chronique causée par la carence ou le défaut d'utilisation de l'insuline, ce qui entraîne un excès de sucre dans le sang (Diabète Québec, n. d.). Alors qu'il existe plusieurs types de diabète, les types 1 et 2 s'avèrent largement plus répandus (plus de 95 % des cas) et feront l'objet de cet article. Bien qu'il puisse parfois survenir à l'âge adulte, le diabète de type 1 tend à se manifester pendant l'enfance ou l'adolescence et se caractérise par une absence totale de production de l'insuline (Diabète Québec, n. d.). Le diabète de type 2, quant à lui, se manifeste typiquement après l'âge de 40 ans et se caractérise par un manque relatif d'insuline résultant d'une résistance progressive à l'insuline et à la défaillance graduelle des cellules Béta (Wagner & Tennen, 2007).

### Prévalence

Le diabète est un problème de santé majeur et son incidence semble s'accroître de façon globale dans les dernières années. Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS; 2009), plus de 220 millions de personnes dans le monde seraient aux prises avec cette maladie et on s'attend à ce que le nombre de décès y étant attribués double d'ici 2030. En 2008, 1.6 million de Canadiens étaient atteints de cette maladie (Sanmartin & Gilmore, 2008). Au Québec, 650 000 personnes en sont atteintes et les coûts annuels y étant rattachés se somment à trois milliards de dollars (Diabète Québec, n. d.).

### Impact sur le fonctionnement

Au Canada, le diabète, tous types confondus, est la 7<sup>e</sup> cause de mortalité (Statistiques Canada, 2008). De plus, on estime que près de 40 % des gens atteints du diabète devront parer à de sérieuses complications médicales, telles l'amputation, la cécité, l'insuffisance rénale et les maladies cardiovasculaires (Diabète Québec, n. d.; Sanmartin & Gilmore, 2008). Au-delà des conséquences directes sur le fonctionnement physique, le diabète serait également considéré comme l'une des maladies chroniques les plus exigeantes sur les plans psychologique et comportemental (Cox & Gonder-Frederick, 1991). Plusieurs études démontrent notamment l'importance d'une adhérence stricte au régime de médicaments, d'exercice et d'alimentation afin de limiter les risques de complications. Cette gestion intensive quotidienne de la maladie est toutefois susceptible d'entraîner des changements notoires en ce qui concerne le style de vie, les loisirs, le travail et les relations interpersonnelles (Fisher *et al.*, 2004), ce qui n'est pas sans séquelle pour les individus concernés. En effet, la qualité de vie de ces individus s'en trouve généralement diminuée (Bradley & Speight, 2002). Par ailleurs, les risques de dépression seraient plus élevés chez les individus atteints du diabète (Gavard, Lustman, & Clouse, 1993; Lloyd, Dyer & Barnett, 2000; Lustman, Griffith & Clouse, 1988), ce qui est inquiétant en raison de l'association entre la dépression et le contrôle glycémique ainsi que l'adhérence au régime alimentaire et de médicaments chez ces individus (Lustman *et al.*, 2000; Marcus *et al.*, 1992). Du point de vue conjugal, il n'est pas rare que la satisfaction sexuelle soit aussi diminuée par l'entremise des dysfonctions sexuelles fréquentes associées au diabète (Burke *et al.*, 2006; Schiavi, Stimmel, Mandeli, Schreiner-Engel, & Ghizzani, 1994; Schreiner-Engel, Schiavi, Viatorisz & Smith, 1987).

### Facteurs de risque

Les facteurs de risque rattachés aux diabètes de type 1 et 2 sont différents étant donné une étiologie distincte. Les risques associés au diabète de type 1 comprennent une vulnérabilité génétique et une descendance provenant de l'Europe de l'Ouest, alors que ceux associés au diabète de type 2 comprennent une vulnérabilité

génétique, l'obésité, la sédentarité, le vieillissement ainsi que l'ethnicité (amérindienne, hispanique et afro-américaine) (Wagner & Tennen, 2007).

## \_MALADIE CORONARIENNE

### Définition

La maladie coronarienne se développe lorsque les artères qui fournissent du sang au tissu cardiaque (qui s'appelle également le « tissu myocardique ») deviennent bloquées par des plaques de matières grasses (Scheidt, 1996). Ce processus s'appelle l'artériosclérose et peut entraîner, entre autres, l'ischémie myocardique et l'infarctus du myocarde (O'Callahan, Andrews & Krantz, 2003). L'ischémie myocardique implique une circulation insuffisante de sang au tissu cardiaque, souvent accompagnée par la douleur thoracique (« angine de poitrine » en langage médical). Les « crises cardiaques » ou les infarctus du myocarde ont lieu lorsque l'ischémie est tellement sévère ou prolongée qu'il n'y a plus de circulation du tout au tissu cardiaque et le tissu meurt. L'arythmie cardiaque se manifeste lorsque le système électrique du cœur est endommagé à cause d'ischémie ou d'infarctus, le battement du cœur devenant alors irrégulier. (O'Callahan *et al.*, 2003; Scheidt, 1996). Ce sont toutes des conditions dangereuses et susceptibles d'entraîner la mort subite.

### Prévalence

La maladie coronarienne demeure parmi les causes les plus communes de décès un peu partout dans le monde. Par exemple, aux États-Unis on attribue un décès sur cinq à la maladie coronarienne; c'est la première cause de mort chez les hommes âgés de 45 ans ou plus et chez les femmes âgées de 65 ans ou plus (O'Callahan *et al.*, 2003). La situation est semblable dans les pays francophones. En France, les maladies cardiovasculaires représentent « la première cause de décès, le premier motif d'admission en affection de longue durée et le troisième motif d'hospitalisation » (DDASS, 2007, p. 40) à l'échelle nationale. Au Canada, les maladies cardiovasculaires représentent également la première cause de mortalité et celles qui engendrent le plus de coûts dans le système de santé en affectant près d'un million de Canadiens par année (Statistique Canada, 2000).

### Impact sur le fonctionnement

À part les nombreuses conséquences physiologiques (fatigue, léthargie, diminution des réponses sexuelles) et professionnelles (incapacité à travailler à cause du manque d'énergie relié à l'insuffisance cardiaque), la maladie coronarienne a également des impacts psychologiques importants. Par exemple, il y a un risque appréciable de développer un trouble de l'humeur ou un trouble anxieux suite à un événement cardiaque (Cheok *et al.*, 2003; Mayou *et al.*, 2000; Schrader *et al.*, 2004). La dépression majeure a été observée chez 15-20 % des patients hospitalisés pour des raisons reliées à une maladie cardiaque (Cheok *et al.*, 2003;

Schrader *et al.*, 2004), tandis que le taux du trouble de stress post-traumatique s'évalue à 24 % chez les patients cardiaques dans quelques études (Tedstone & Tarrier, 2003). Des difficultés psychologiques peuvent, à leur tour, exacerber la maladie cardiovasculaire (Penninx *et al.*, 2001). La maladie cardiaque représente également un facteur de risque important dans le développement d'insatisfactions dans la relation conjugale et des problèmes conjugaux (p. ex. Mahrer-Imhof, Hoffmann & Froelicher, 2007) ainsi que des problèmes sexuels (Sumanen *et al.*, 2005). Ces problèmes peuvent, à leur tour, affecter la réactivité cardiaque et la santé cardiovasculaire (Broadwell & Light, 2005; Smith *et al.*, 2009).

### Facteurs de risque

Les facteurs de risque du développement d'une maladie coronarienne sont d'ordre physique et psychosocial. Le tabagisme, la sédentarité, le cholestérol et l'hypertension représentent les facteurs de risque reliés à la physiologie de l'individu (Rankin-Esquer *et al.*, 2000). Du point de vue psychosocial, la dépression majeure, l'isolement social et l'expérience d'hostilité dans les relations interpersonnelles sont tous reliés à la maladie cardiaque (House, Landis & Umberson, 1988; Rankin-Esquer *et al.*, 2000).

## \_CONCLUSION

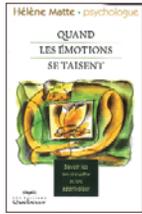
La douleur chronique, le diabète et la maladie coronarienne constituent des problèmes de santé sérieux, comme en témoignent leur prévalence et les incapacités qu'ils entraînent. Par ce survol, le lecteur aura certainement saisi que ceux-ci renvoient intervenants et patients bien au-delà de problèmes strictement médicaux. Seule une approche multidisciplinaire, incluant la psychologie, pourra tenir compte de tous les enjeux liés aux soins de santé que ces maladies sollicitent.

## \_Bibliographie

- Blyth, F. M., March, L. M., Brnabic, A. J., Jorm, L. R., Williamson, M., & Cousins, M. J. (2001). Chronic pain in Australia: A prevalence study. *Pain, 89*, 127-34.
- Bradley, C., & Speight, J. (2002). Patient perceptions of diabetes and diabetes therapy: assessing quality of life. *Diabetes/Metabolism Research and Reviews, 18*, S64-S69.
- Broadwell, S.D., & Light, K.C. (2005). Hostility, conflict and cardiovascular responses in married couples: A focus on the dyad. *International Journal of Behavioral Medicine, 12*, 142-152.
- Buskila, D., Abramov, G., Biton, A., & Neumann, I. (2000). The prevalence of pain complaints in a general population in Israel and its implications for utilization of health services. *Journal of Rheumatology, 27*, 1521-5.
- Burke, J. P., Jacobson, D. J., McGree, M. E., Nehra, A., Roberts, R. O., Girman, C. J. *et al.* (2007). Diabetes and sexual dysfunction: Results from the Olmsted County study of urinary symptoms and health status among men. *Journal of Urology, 177*, 1438-1442.
- Butler, D. S., & Moseley, G. L. (2003). Explain pain. Adelaide, Australia: Noigroup Publications.
- Cheok, F., Schrader, G., Banham, D., Marker, J., & Hordacre, A. (2003). Identification, course, and treatment of depression after admission for a cardiac condition: Rationale and patient characteristics for the Identifying Depression As a Comorbid Condition (IDACC) project. *American Heart Journal, 146*, 978-984.

- Chronic Pain Association of Canada (2009). *Pain Facts*. Récupéré le 12 novembre 2009 <http://www.chronicpaincanada.com/>
- Cox, D. J., & Gonder-Frederick, L. A. (1991). The role of stress in diabetes mellitus. Dans P. M. McCabe, & N. Schneiderman (Éds.), *Stress, coping, and disease* (pp. 119-134). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Diabète Québec (n.d.). Qu'est-ce que le diabète. Récupéré le 3 janvier 2010 de <http://www.diabete.qc.ca/>
- Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS) (2007). *Maladies cardio-vasculaires : Une mortalité inférieure à la moyenne nationale*. Récupéré le 21 novembre 2009 de <http://www.chu-rouen.fr/ssf/pathol/maladiescardiovasculaires.html#ep>
- Dobkin, P. L., & Boothroyd, L. J. (2006). *Prise en charge de la douleur chronique (non cancéreuse) : Organisation des services de santé*. Rapport préparé par l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé. Gouvernement du Québec, 2.
- Elliott, A. M., Smith, B. H., Penny, K. I., Smith, W. C., & Chambers, W. A. (1999). The epidemiology of chronic pain in the community. *Lancet*, *354*, 1248-52.
- Eriksen, J., Jensen, M. K., Sjogren, P., Ekholm, O., & Rasmussen, N. K. (2003). Epidemiology of chronic non malignant pain in Denmark. *Pain*, *106*, 221-8.
- Fisher, L. et al. (2004). Patient-appraised couple emotion management and disease management among Chinese American patients with type 2 diabetes. *Journal of Family Psychology*, *18*, 302-310.
- Gavard, J. A., Lustman, P. J., & Clouse, R. E. (1993). Prevalence of depression in adults with diabetes: an epidemiologic evaluation. *Diabetes Care*, *16*, 1167-1178.
- Gureje, O., Von Korff, M., Simon, G. E., & Gater, R. (1998). Persistent pain and well-being: A World Health Organization study in primary care. *Journal of the American Medical Association*, *280*, 147-51.
- House, J.S., Landis, K.R., & Umberson, D. (1988). Social relationships and health. *Science*, *241*, 540-545.
- Lloyd, C. E., Dyer, P. H., & Barnett, A. H. (2000). Prevalence of symptoms of depression and anxiety in a diabetes clinic population. *Diabetic Medicine*, *17*, 198-202.
- Lustman, P. J., Anderson, R. J., Freedland, K. E., de Groot, M., Carney, R. M., & Clouse, R. E. (2000). Depression and poor glycaemic control: a meta-analytic review of the literature. *Diabetes Care*, *23*, 934-942.
- Lustman, P. J., Griffith, L. S., & Closure, R. E. (1988). Depression in adults with diabetes. *Diabetes Care*, *11*, 605-612.
- Mahrer-Imhof, R., Hoffmann, A., & Froelicher, E.S. (2007). Impact of cardiac disease on couples' relationships. *Journal of Advanced Nursing*, *57*, 513-521.
- Mantyselka, P., Kumpusalo, E., Ahonen, R., Kumpusalo, A., Kauhanen, J., Viinamaki, H., et al. (2001) Pain as a reason to visit the doctor: A study in Finnish primary health care. *Pain*, *89*, 175-80.
- Marchand, S. J. (2009). *Le phénomène de la douleur*. Montréal : Chenelière Éducation.
- Marcus, M. D., Wing, R. R., Guare, J., Blair, E. H., & Jawad, A. (1992). Lifetime prevalence of major depression and its effect on treatment outcome in obese type II diabetic patients. *Diabetes Care*, *15*, 253-255.
- Mayou, A., Gill, D., Thompson, D.R., Day, A., Hicks, N., Volmink, J., & Neil, A. (2000). Depression and anxiety as predictors of outcome after myocardial infarction. *Psychosomatic Medicine*, *62*, 212-219.
- McWilliams, L. A., Cox, B. J., & Enns, M. W. (2003). Mood and anxiety disorders associated with chronic pain: An examination in a nationally representative sample. *Pain*, *106*, 127-33.
- Melzack, R. & Wall, P. D. (1965). Pain mechanism: A new theory. *Science*, *150*, 971-979.
- Merskey, H. M. & Bogduk, N. (1994). *Classification of Chronic Pain*, 2nd ed. IASP Press, Seattle, p.211.
- Millar, W. J. (1996). Chronic Pain. *Health Reports*, *7*, 47-53.
- Moulin, D. E., Clark, A. J., Speechley, M., & Morley-Forster, P. K. (2002). Chronic pain in Canada -Prevalence, treatment, impact and the role of opioid analgesia. *Pain Research & Management*, *7*, 179-84.
- O'Callahan, M., Andrews, A.M., & Krantz, D.S. (2003). Coronary heart disease and hypertension. Dans A.M. Nezu, C.M. Nezu, & P.A. Geller (Éds. de volume) et I.B. Weiner (Éd. de série), *Handbook of psychology, Volume 9: Health psychology* (p. 339-364). New York: John Wiley & Sons.
- Organisation mondiale de la santé (OMS); aide mémoire no 312 (novembre 2009). Diabète. Récupéré le 3 janvier 2010 de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/fr/index.html>
- Ospina, M. & Harstall, C. (2002). *Prevalence of chronic pain: an overview*. Health Technology Assessment 28 Series A, Alberta Heritage Foundation for Medical Research, Edmonton, Alberta.
- Ohayon, M. M. & Schatzberg, A. F. (2003). Using chronic pain to predict depressive morbidity in the general population. *Archives of General Psychiatry*, *60*, 39-47.
- Penninx, B.W.J.H., Beekman, A.T.F., Honig, A., Deeg, D.J.H., Schoevers, R.A., van Eijk, J.T.M., & van Tilburg, W. (2001). Depression and cardiac mortality: Results from a community-based longitudinal study. *Archives of General Psychiatry*, *58*, 221-227.
- Queneau, P. & Ostermann, G. (2004). *Le médecin, le malade et la douleur*. Paris : Masson.
- Rankin-Esquer, L.A., Deeter, A., & Taylor, C.B. (2000). Coronary heart disease and couples. Dans K.B. Schmaling, & T.G. Sher (Éds.), *The psychology of couples and illness: Theory, research, and practice* (p. 43-70). Washington, DC: American Psychological Association.
- Sanmartin, C., & Gilmore, J. (2008). Diabetes: Prevalence and care practices. Statistics Canada Catalogue no. 82-003-XPE. Health reports, vol. 19, no.3. Ottawa, Ontario, Canada.
- Scheidt, S. (1996). A whirlwind tour of cardiology for the mental health professional. Dans R. Allan, & S. Scheidt (Éds.), *Heart & Mind: The Practice of cardiac psychology* (p. 15-54). Washington, DC: American Psychological Association.
- Schiavi, R. C., Stimmel, B. B., Mandeli, J., Schreiner-Engel, P., & Ghizzani, A. (1994). Diabetes, psychological function and male sexuality. *Journal of Psychosomatic Research*, *39*, 305-314.
- Schopflocher, D. P. (2003). *Chronic pain in Alberta: A portrait from the 1996 National Population Health and the 2001 Canadian community health survey*. Alberta Health and Wellness Public report, Edmonton, Canada.
- Schrader, G., Cheok, F., Hordacre, A., & Guiver, N. (2004). Predictors of depression three months after cardiac hospitalization. *Psychosomatic Medicine*, *66*, 514-520.
- Schreiner-Engel, P., Schiavi, R. C., Vietorisz, D., & Smith, H. (1987). The differential impact of diabetes type on female sexuality. *Journal of Psychosomatic Research*, *31*, 23-33.
- Smith, T.W., Uchino, B.N., Berg, C.A., Florsheim, P., Pearce, G., Hawkins, M. et al. (2009). Conflict and collaboration in middle-aged and older couples: II. Cardiovascular reactivity during marital interaction. *Psychology and Aging*, *24*, 274-286.
- Statistique Canada (2000). Rapport statistique sur la santé de la population canadienne. Ottawa, Canada : Auteur.
- Sumanen, M., Ojanlatva, A., Koskenvuo, M., & Mattila, K. (2005). GPs should discuss sex life issues with coronary heart patients. *Sexual and Relationship Therapy*, *20*, 443-452.
- Tedstone, J., & Tarrier, N. (2003). Posttraumatic stress disorder following medical illness and treatment. *Clinical Psychology Review*, *23*, 409-448.
- Schwartz, L. & Ehde, D. M. (2000). Couples and chronic pain. Dans K. B. Schmaling, & T. G. Sher (Éds.), *The psychology of couples and illness: Theory, research and practice*. Washington: American Psychological Association.
- Société canadienne de psychologie (2009). *La douleur chronique*. Récupéré le 26 novembre 2009 de <http://www.cpa.ca/publications/votresantelapsychologiepeutvousaider/ladouleurchronique/>
- Statistique Canada (2000). Rapport statistique sur la santé de la population canadienne. Ottawa, Canada : Auteur.
- Turk, D. C. (2002). Chronic non-malignant pain patients and health economic consequences. *European Journal of Pain*, *6*, 353-355.
- Turk, D. C. & Gatchel, R. J. (2002). *Psychological approaches to pain management: A practitioner's handbook*. New York: Guilford.
- Turk, D. C., Okifuji, A., & Kalauokalani, D. (1999). Clinical outcome and economic evaluation of multidisciplinary pain centers. Dans A. R. Block, E. F. Kremer, & E. Fernandez (Éds.), *Handbook of pain syndromes: Biopsychosocial perspectives*. Mahwah, NJ: Erlbaum Associates.
- Wagner, J., & Tennen, H. (2007). Coping with diabetes: Psychological determinants of diabetes outcomes. Dans E. Martz, & H. Livneh (Éds.), *Coping with chronic illness and disability: Theoretical, empirical, and clinical aspects* (pp. 215-239). New York: Springer.
- Wilson, K. G., Eriksson, M. Y., D'Eon, J. L., Mikail, S. F., & Emery, P. C. (2002). Major depression and insomnia in chronic pain. *Clinical Journal of Pain*, *18*, 77-83.

# \_ Vient de paraître

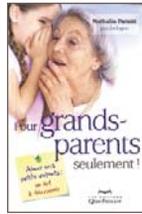


1

## 1\_ QUAND LES ÉMOTIONS SE TAISENT. SAVOIR LES RECONNAÎTRE ET LES APPRIVOISER

Ce livre pose un regard actualisé sur le monde émotionnel et sur son importance dans la vie humaine. Au fil des nouveaux outils des neurosciences, les connaissances portant sur les émotions ont grandement évolué. L'auteure s'intéresse ici plus particulièrement à l'alexithymie, au silence des émotions.

*Hélène Matte, psychologue*  
Les Éditions Québécois

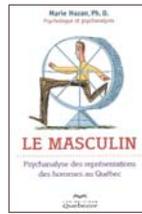


2

## 2\_ POUR GRANDS-PARENTS SEULEMENT! AIMER NOS PETITS-ENFANTS : UN ART À DÉCOUVRIR

En s'appuyant sur les recherches les plus récentes, l'auteure esquisse le rôle des grands-parents au sein de la famille. Des conseils qu'ils doivent donner à la place qu'ils doivent occuper dans une famille recomposée, cet ouvrage répond à plusieurs questions sur l'implication des grands-parents face aux autres membres de la famille.

*Nathalie Parent, psychologue*  
Les Éditions Québécois



3

## 3\_ LE MASCULIN. PSYCHANALYSE DES REPRÉSENTATIONS DES HOMMES AU QUÉBEC

La représentation des hommes d'aujourd'hui semble avoir changé. À travers divers rôles familiaux et sociaux, ce livre aborde l'identité masculine au Québec tout en illustrant certains propos avec des exemples tirés de personnages fictifs, spirituels et historiques.

*D<sup>re</sup> Marie Hazan, psychologue*  
Les Éditions Québécois



4

## 4\_ TOMBER À LA RETRAITE

Une psychologue se joint à trois experts de la planification financière pour aborder le thème de la préparation à la retraite. L'ouvrage tente de démystifier la réalité des retraités, de la situation personnelle et familiale aux besoins financiers. Divers conseils et stratégies sont offerts aux lecteurs.

*Josée Blondin, psychologue, et al.*  
Les Éditions Logiques



5

## 5\_ LES SAISONS DU DEUIL. LA MORT, TISSERANDE DE LA VIE

Le décès d'un proche entraîne inévitablement des émotions intenses et une impression de vide. Comment faire pour retrouver son équilibre? Bien que les gens lui accordent un pouvoir de croissance, le deuil demeure difficile. La psychologue passe en revue les étapes du deuil et propose des pistes de réflexion aux personnes endeuillées.

*Josée Jacques, psychologue*  
Les Éditions Québécois

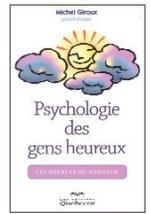


6

## 6\_ 50 CLASSIQUES DE LA PSYCHOLOGIE

Ce recueil retrace 50 penseurs importants de la psychologie. Freud, Pavlov, Ellis, Maslow et compagnie vous sont présentés sous forme de fiche pratique où les principaux thèmes abordés par les auteurs y sont détaillés.

*Tom Butler-Bowdon*  
Les Éditions de l'Homme



7

## > En bref

### PROGRAMME POUR LES ENFANTS SOUFFRANT DE MUTISME SÉLECTIF

Le groupe d'entraide et d'information sur le mutisme sélectif *Ouvrir la Voix* a mis sur pied un programme d'introduction progressive de la parole en milieu scolaire pour les enfants souffrant de mutisme sélectif. Ce guide pratique dédié aux parents et aux enseignants pourrait aussi vous être utile. Pour commander gratuitement le guide, adressez un courriel à [association@ouvrirlavoix.org](mailto:association@ouvrirlavoix.org).



8

## 7\_PSYCHOLOGIE DES GENS HEUREUX

Cet ouvrage s'intéresse aux paramètres favorisant le bonheur. En offrant des conseils aux lecteurs et des exercices utiles, l'auteur vise l'accroissement de la qualité de vie et de l'équilibre. Il aborde notamment la conscience du corps, les émotions, les relations saines et l'intimité sexuelle.

*Michel Giroux, psychologue*  
Les Éditions Québecor

## 8\_CHRONIQUES CONJUGALES. POUR TOUS LES COUPLES QUI S'AIMENT ET QUI VEULENT CONTINUER DE S'AIMER

Comment gérer les conflits conjugaux? Comment réussir à vivre en couple tout en demeurant heureux? Les 52 chroniques présentées répondent à ces questions tout en fournissant les outils nécessaires à l'épanouissement conjugal et personnel.

*Yvon Dallaire, psychologue*  
Les Éditions Québecor

## 9\_HANDICAPS ET RETARDS DE DÉVELOPPEMENT. PRÉVENTION ET INTERVENTION PRÉCOCE

Afin de sensibiliser et de responsabiliser parents, intervenants et personnel médical à la prévention des handicaps et des retards de développement chez l'enfant, cet ouvrage diffuse de l'information sur les causes susceptibles des handicaps et des retards de développement et les actions préventives à entreprendre avant, pendant et après la naissance de l'enfant.

*Yvon L'Abbé, psychologue, et al.*  
BÉLIVEAU Éditeur



9



CANADIAN REGISTER OF HEALTH SERVICE PROVIDERS IN PSYCHOLOGY  
RÉPERTOIRE CANADIEN DES PSYCHOLOGUES OFFRANT DES SERVICES DE SANTÉ

## ADMISSIBILITÉ DES DÉTENTEURS DE MAÎTRISE AU RCPOSS ÉLIMINATION DE LA CLAUSE GRAND-PARENT

Le Répertoire canadien des psychologues offrant des services de santé (RCPOSS) a officiellement été créé en 1985, à la suite de discussions au niveau du Conseil des sociétés provinciales des psychologues (CSPP) et de ses entités membres. À l'époque, les clauses d'admissibilité adoptées comprenaient des dispositions de la clause grand-parent pour les psychologues détenteurs d'une maîtrise autorisés à exercer la psychologie de façon autonome dans leurs provinces respectives. Les dispositions de la clause grand-parent ont été reconduites au-delà de la période initiale de 15 ans, à la lumière des enjeux touchant la profession à l'échelle nationale.

Lors de l'assemblée extraordinaire du 28 novembre 2009, les membres ont approuvé à l'unanimité une modification aux règlements, d'abord proposée par le CA, de supprimer les dispositions de la clause grand-parent concernant l'admission au RCPOSS des diplômés de maîtrise, et ce, à compter du **31 janvier 2011**.

Cette modification des règlements a comme conséquence pratique que tous les psychologues accrédités, autorisés ou agréés auprès de leur organisme de réglementation provincial ou territorial sur la base d'un diplôme de maîtrise peuvent devenir membres du RCPOSS jusqu'au 31 janvier 2011. Pour plus de certitude, les demandes d'adhésion devront avoir été reçues au siège social du RCPOSS avant minuit le 31 janvier 2011. À compter du 1er février 2011, seuls les psychologues avec un doctorat seront éligibles à joindre le RCPOSS.

**NOTA : Tous les psychologues actuellement inscrits au RCPOSS qui détiennent un diplôme de maîtrise ainsi que tous les psychologues reconnus au niveau de la maîtrise qui soumettront une demande d'adhésion au RCPOSS avant minuit le 31 janvier 2011, et dont la demande d'adhésion sera par la suite approuvée, resteront membres du RCPOSS et jouiront de tous les droits et privilèges connexes, sous réserves qu'ils demeurent des membres en règle.**

Veillez visiter notre site à l'adresse [www.crhsp.ca](http://www.crhsp.ca) pour télécharger une demande d'adhésion. N'oubliez pas que le processus d'inscription comprend un examen initial approfondi, une évaluation au niveau du comité des admissions, une vérification du statut du candidat auprès de son organisme de réglementation et l'approbation du CA. Nous exhortons tous les psychologues détenteurs d'une maîtrise qui pourraient être admis au RCPOSS à déposer une demande d'adhésion dès que possible.

Le RCPOSS est le seul organisme d'accréditation national des psychologues offrant des services de santé au Canada. Il offre une reconnaissance nationale, et ses membres peuvent profiter, entre autres avantages, d'un répertoire consultable en ligne mis à jour chaque mois et d'une version annuelle du répertoire sur cédérom, qui est envoyée à tous les psychologues inscrits et à de nombreux organismes gouvernementaux et organisations du secteur privé, dont les compagnies d'assurance aux fins de traitement des demandes de remboursement des services de santé en psychologie. Les membres du RCPOSS ont de plus accès à la formation professionnelle continue (FPC) offerte sous l'égide du RCPOSS, et ce, à prix réduit.

Les lecteurs sont invités à réagir aux textes publiés dans Psychologie Québec en nous faisant parvenir leurs commentaires à l'adresse suivante : [dcote@ordrepsy.qc.ca](mailto:dcote@ordrepsy.qc.ca). Nous privilégions des textes courts. Les opinions exprimées dans cette page sont sous la seule responsabilité des auteurs et n'engagent nullement l'Ordre des psychologues du Québec. Les réactions aux propos d'un auteur sont toujours soumises à cet auteur et celui-ci est invité à répliquer s'il le juge à propos.

## Pénurie appréhendée de psychologues dans le réseau public : quelle est la cause?

Nous voulons porter à l'attention de tous un problème critique affectant nos institutions publiques.

Dans un contexte où l'on parle d'*accessibilité* et de *qualité* des services, où l'on met de l'avant un *Plan d'action en santé mentale* basé sur la présence des psychologues, des postes de psychologues demeurent vacants partout dans le réseau. Les chefs de service en milieux hospitaliers rapportent depuis déjà plusieurs années des difficultés à recruter, à maintenir et à retenir des personnes qualifiées. Des documents officiels en témoignent, l'étendue de la pénurie est alarmante.

Ce problème a des effets négatifs auprès de la clientèle et des conséquences indirectes à long terme pour la profession (via l'enseignement) comme pour les milieux (via l'excellence des soins prodigués, les conditions de travail). Les travaux menés par notre comité nous amènent à croire que ce problème de recrutement et de rétention ne s'explique pas par un faible nombre de psychologues disponibles sur le marché québécois (la moitié des psychologues canadiens exercent au Québec), mais bien par la rémunération.

Les conditions salariales actuelles des psychologues ne sont pas représentatives de leur niveau de scolarisation, de spécialisation, de compétence et de leurs responsabilités dans les organismes publics des réseaux de la santé et de l'éducation. Les chiffres sont éloquentes et en ont surpris plusieurs. La rémunération des psychologues du secteur public au Québec (37 219 \$-70 759 \$)<sup>1</sup> accuse un retard incompréhensible relativement à celle de collègues d'autres professions exigeant un niveau de formation inférieur – p. ex. travailleur social, 1<sup>er</sup> cycle universitaire : 38 074 \$-70 106 \$<sup>2</sup>. Elle s'inscrit à la baisse comparativement à celle de leurs collègues pour le gouvernement fédéral (45 071 \$-100,381 \$, en révision)<sup>3</sup>, à ceux des autres provinces canadiennes (57 000 \$-130 000 \$)<sup>4</sup> ou en clinique familiale en Ontario (98 824 \$-130 000 \$)<sup>5</sup>, un concept proche du plan en santé mentale au Québec. Avec un taux horaire se situant entre 85 \$/heure et 150 \$/heure,

leurs collègues exerçant en pratique privée parviennent très rapidement à un revenu équivalent. Cet écart entre le salaire des psychologues du réseau et leurs collègues ne se retrouve pas chez les autres types de professionnel du réseau de la santé, ces derniers ayant un salaire à peu près équivalent ou supérieur à ceux pratiquant hors du Québec<sup>6</sup>.

Nous sommes un comité de travail indépendant composé de psychologues travaillant dans le système public et souhaitant préserver l'accessibilité et la qualité des services offerts dans ces milieux. Le comité a été formé pour pallier l'absence d'action de la part de nos représentants syndicaux face à cette situation. Le processus d'équité salariale s'avère un mauvais véhicule pour corriger la question de façon efficace en raison du système de classement utilisé, celui-ci sous-évaluant le niveau de scolarité exigé et la complexité de la tâche des psychologues. Cette philosophie guide les syndicats dans les prochaines négociations de la fonction publique où rien de particulier n'est exigé pour la profession. Notre comité cherche à modifier ce contexte néfaste, il diffuse de l'information sur la situation et tente d'agir sur la situation par divers moyens d'action.

Nous avons reçu jusqu'ici l'appui d'un grand nombre de nos pairs de la fonction publique et du privé. Au moment de la publication de cette lettre, les dossiers pour les deux ministères seront finalisés et une large coalition d'individus et d'organismes concernés par cette pénurie et son impact sur l'accessibilité aux soins psychologiques sera rassemblée (p. ex. usagers, universités, APQS, regroupements de psychologues, regroupements de professions connexes, étudiants). Joignez votre voix à cette coalition en vous inscrivant sur le site [www.ConditionsPsy.ca](http://www.ConditionsPsy.ca).

*Par Dr Yves Beaulieu, psychologue, chef de pratique professionnelle en psychologie à l'Hôpital de Montréal pour enfants*

*Dr Camillo Zacchia, psychologue, chef de pratique professionnelle en psychologie de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas*

*M<sup>me</sup> Josée Lajoie, psychologue, École Saint-Pierre-Apôtre, présidente de l'Association québécoise des psychologues scolaires*

*Dr Richard Couture, psychologue, Centre jeunesse de Québec*

*M<sup>me</sup> Julie Maheux, candidate au doctorat, présidente de l'Association des étudiants au doctorat de l'Université Laval*

*Dr<sup>e</sup> Geneviève Lemelin, psychologue, Centre jeunesse de Montréal*

*Dr Georges Routhier, psychologue, Centre hospitalier affilié universitaire de l'Hôtel-Dieu de Lévis*

*Dr Benoît Sénécal, psychologue, Institut de réadaptation en déficience physique de Québec*

## \_Notes

- 1 [http://www.avenirensante.com/fr/recherche?etudes\\_id=&milieux\\_id=&salaire=&toAllCareers=false&keywords=psychologue](http://www.avenirensante.com/fr/recherche?etudes_id=&milieux_id=&salaire=&toAllCareers=false&keywords=psychologue) (2010-02-18)
- 2 [http://www.avenirensante.com/fr/recherche?etudes\\_id=&milieux\\_id=&salaire=&toAllCareers=false&keywords=travailleur+social](http://www.avenirensante.com/fr/recherche?etudes_id=&milieux_id=&salaire=&toAllCareers=false&keywords=travailleur+social) (2010-02-18)
- 3 [http://www.tbs-sct.gc.ca/pubs\\_pol/hrpubs/coll\\_agre/sh/sh07-fra.asp#toc235502347](http://www.tbs-sct.gc.ca/pubs_pol/hrpubs/coll_agre/sh/sh07-fra.asp#toc235502347) (2010-02-18)
- 4 Étude sur la Rémunération globale des emplois dans le secteur de la santé au Canada – Novembre 2008 – Commission des relations de travail dans la fonction publique (2010-02-18)
- 5-6 [http://www.health.gov.on.ca/renouvellement/fhtf/guidesf/fht\\_inter\\_providerf.pdf](http://www.health.gov.on.ca/renouvellement/fhtf/guidesf/fht_inter_providerf.pdf) (2010-02-18)

## Avis de décès <



### UN ANCIEN PRÉSIDENT DE L'ORDRE S'ÉTEINT À 79 ANS

M. Roger E. Lapointe, qui a été président de l'Ordre de 1967 à 1968, est décédé le 14 novembre 2009 à l'âge de 79 ans. L'Ordre des psychologues souligne l'implication de M. Lapointe au sein de la profession et offre ses plus sincères condoléances à sa famille.



**Le CEP offre les services suivants :**

Directrice : D<sup>re</sup> Marie-Hélène St-Hilaire, psychologue

- **Suivi thérapeutique selon les approches cognitivo-comportementale, humaniste, psychodynamique et systémique**
- **Consultation individuelle, de couple et familiale**  
Anxiété/Phobie/Panique • Trauma • Dépression/Burnout/Deuil  
Douleur • Dépendance • Difficultés interpersonnelles  
Troubles alimentaires (Anorexie/Boulimie/Obésité)
- **Formations Grand Public (de 18 h à 20 h)**  
Mieux dormir! : 18 octobre 2010  
Mieux vivre avec la douleur : 10 novembre 2010  
Sortir de la déprime : 22 novembre 2010
- **Perfectionnement professionnel**  
Réactions post-trauma complexes : 7 Mai 2010  
TCC en interdisciplinarité : 19 novembre 2010

**5066 Papineau, Montréal • www.cepsychologie.com**  
**514 678-5747**



# BASC-2<sup>CDN-F</sup>

Système d'évaluation du comportement de l'enfant—Deuxième édition—Version pour francophones du Canada

**Nouveauté!**

Évaluez, de façon exhaustive, les comportements et les émotions chez les enfants, les adolescents et les étudiants de niveau collégial.

## Questionnaires de l'enseignant (TRS)



Évaluez les comportements d'adaptation et les troubles de comportement dans des milieux préscolaires ou scolaires.

## Questionnaires des parents (PRS)



Évaluez les comportements d'adaptation et les troubles de comportement dans la communauté et le domicile.

## Auto-évaluation de la personnalité (SRP)



Obtenez un aperçu des pensées et des émotions d'un individu.

# wiat-ii<sup>CDN-F</sup>

Test de rendement individuel de Wechsler™  
Deuxième édition  
Version pour francophones du Canada



Évaluez les difficultés d'apprentissage chez les individus de 6 à 29 ans.

**Pour les étudiants :** Le WIAT-II<sup>CDN-F</sup> permet d'identifier les étudiants à risque et guide l'intervention et les Plans éducatifs personnalisés. Utilisez le WIAT-II<sup>CDN-F</sup> avec le WISC®-IV<sup>CDN-F</sup> pour une approche intégrée concernant l'analyse des divergences.

**Pour les étudiants de niveau collégial/universitaire et les adultes :** Afin de mieux comprendre les niveaux de rendement pour les étudiants de niveau collégial/universitaire et les adultes, utilisez le WIAT-II<sup>CDN-F</sup> dans le cadre de votre programme d'évaluation pour les étudiants souffrant de troubles d'apprentissage. Les résultats peuvent vous permettre de déterminer une adaptation appropriée et efficace qui améliorera leur rendement académique.



PEARSON

1-866-335-8427  
www.PsychCorp.ca

 **PsychCorp**  
Une marque de PEARSON™

# Activités des regroupements

## ACTIVITÉS DE FORMATION DE LA SOCIÉTÉ QUÉBÉCOISE DE PSYCHOLOGIE DU TRAVAIL ET DES ORGANISATIONS

La Société québécoise de psychologie du travail et des organisations (SQPTO) propose une activité de formation dans la région de l'Outaouais. En effet, une conférence se tiendra le 28 mai 2010 sous le thème *Les pratiques en matière de gestion de carrière*. Cet événement débutera à 13 h 30 et se terminera à 16 h 30, à l'Université du Québec en Outaouais.

Pour de plus amples renseignements sur cette activité ou pour vous inscrire, consultez le site Web de la SQPTO : [www.sqpto.ca](http://www.sqpto.ca).

## ACTIVITÉS DE FORMATION DU REGROUPEMENT DES PSYCHOLOGUES EN PAE

La prochaine formation du RPPAE se tiendra le vendredi 14 mai 2010 au Centre Antique (6086, rue Sherbrooke, Montréal). Cette formation porte sur *Les mécanismes de défense/protection chez les personnes vulnérables aux troubles de l'attachement : stratégies d'intervention* et sera présentée par les D<sup>res</sup> Paule Delisle et Hélène Dymetrszyn, psychologues, de l'Hôpital juif de Montréal.

Consultez le site Web du regroupement <http://rppae.ca> pour plus de détails.

## Colloques et congrès

### Congrès « Rond-Point 2010 »

Organisé par L'Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec. Du 12 au 14 mai 2010, à Montréal. Renseignements : [www.rondpoint2010.acrdq.qc.ca/](http://www.rondpoint2010.acrdq.qc.ca/).

### 12<sup>e</sup> congrès international en oncologie psychosociale et soins palliatifs.

Organisé par la Canadian Association of Psychosocial Oncology, en association avec l'International Psycho-Oncology Society. Du 25 au 29 mai 2010, à Québec. Renseignements : [www.ipos-society.org/ipos2010/](http://www.ipos-society.org/ipos2010/).

### Colloque annuel de l'American Psychological Association.

Du 12 au 15 août 2010, à San Diego en Californie. Renseignements : [www.apa.org/convention](http://www.apa.org/convention).

### Congrès de l'Ordre des psychologues du Québec.

Du 28 au 30 octobre 2010 à l'Hôtel Hilton de Québec. Le programme complet ainsi que le formulaire d'inscription seront disponibles dès le 1<sup>er</sup> juillet au [www.ordrepsy.qc.ca](http://www.ordrepsy.qc.ca) ainsi que dans l'enveloppe du *Psychologie Québec* de juillet.

## Tableau des membres

### \_NOUVEAUX MEMBRES

Bergeron, Véronique  
Blum, Sheryl  
Boucher, Linda  
Bourgeois-Guérin, Elise  
Daudelin Guénette, Antoine  
Délisle, Marie-Pier  
Demers, Cynthia  
D'Iuso, Nadia Teresa  
Dufour, Julie  
Gagnon, Marie-Eve  
Gendreau, Catherine  
Jouvin, Émilie  
Leblond, Thierry  
Lemay, Katerine  
Lemieux, Philippe

Malenfant, Annie  
Mcgrath, Karen  
Parent, Renée  
Plunier, Patrick  
Razakamanana, Andry Nirina  
Sénéchal, Geneviève  
Silva, Cidalia  
St-Hilaire, Annie  
Vaillancourt, Marie-Eve  
Villeneuve, Sylvia  
Walter, Dorothee

### \_DÉCÈS

Beaulieu, Pauline  
Tremblay, Raymond  
Vigneault, Luc

## BESOIN de CONSOLIDER votre EXPÉRIENCE CLINIQUE?

Le **Centre de santé et de consultation psychologique (CSCP) de l'Université de Montréal** offre un programme de stage s'adressant autant aux étudiants au doctorat qu'aux psychologues en début de carrière ou à ceux dont le permis de pratique a été obtenu hors Québec. Réparti sur une ou deux années et rémunéré, le stage permet de consolider son expérience clinique auprès d'une clientèle majoritairement étudiante présentant des difficultés personnelles et des troubles mentaux très variées. Le CSCP est un milieu dynamique, riche en projets, où œuvrent près de 25 psychologues et qui offre de la formation dans les quatre grandes orientations psychothérapeutiques.

**Pour information :** Daniel Moisan, psychologue  
514 343-6111 poste 1786 / [daniel.moisan@umontreal.ca](mailto:daniel.moisan@umontreal.ca)  
[www.cscp.umontreal.ca/ConsultationPsychologique/stages.htm](http://www.cscp.umontreal.ca/ConsultationPsychologique/stages.htm)

Université   
de Montréal

# Petites annonces

## À LOUER/À PARTAGER

**Bureaux à louer ou à partager, chemin Queen-Mary.** Édifice professionnel, bureaux bien isolés, bien aménagés, toilettes privées, occupation flexible, prix avantageux. Tél. : 514 909-2809.

**Basses-Laurentides, à proximité de Montréal et Laval** – Psychologues expérimentées recherchent collègues désirant partager un bureau ou avoir son propre bureau tout en étant entourés(es). Possibilité de supervision. Flexibilité et environnement intéressant. Marielle Forest : 514 235-3420, [mariellef@globetrotter.net](mailto:mariellef@globetrotter.net); Suzanne Simone : 450 437-0855, [cimonesuzanne@sympatico.ca](mailto:cimonesuzanne@sympatico.ca).

**Sous-location à Saint-Lambert.** À l'heure, journalière, hebdomadaire. Deux beaux bureaux, grands, éclairés, tranquilles, vue sur parc. Disponible maintenant. 514 966-2139.

**Vieux-Terrebonne – Bureaux à louer.** 20 \$/heure ou par blocs de temps. Services inclus, bureaux meublés. Possibilités de références. Renseignements : René M. Forget, 450 964-1794.

**Bureau à louer – Ahuntsic.** Meublés, insonorisés, près du métro Henri-Bourassa, commodités sur place, souplesse dans modalités de location. Renseignements : 514 388-4365, poste 221.

**Montréal – Beaubien/Langelier.** Bureau meublé et décoré pour pratique privée. Tout compris. 150 \$/mois/jour. Éric Beaulieu : 514 339-4420, [ericbeaulieu8@hotmail.com](mailto:ericbeaulieu8@hotmail.com).

**Montréal – Bureaux à louer, à 200 mètres du métro Henri-Bourassa, Ahuntsic.** Idéal pour psychologues, médecins, thérapeutes. Édifice très propre, sécuritaire et bien entretenu. Tous les bureaux sont rénovés, salle d'attente. Éclairage halogène, tapis neufs, fraîchement repeint. Pour renseignements, communiquez avec nous au 514 381-0003.

**Vieux-Montréal – Bureau à sous-louer.** À l'heure ou par blocs de temps. Atmosphère accueillante. Cachet : poutre, pierre, meubles haut de gamme. Vue sur la magnifique cour intérieure des Écuries d'Youville. À proximité du métro Square-Victoria. Disponible maintenant. Sandra Legagneur : 514 202-3876.

**Bureaux à partager à Laval.** Édifice médical moderne devant le Carrefour Laval, à côté du terminus STL. Bureaux isolés, joliment aménagés et bien éclairés. Disponibles toute la journée le vendredi, le samedi, le jeudi soir et le mercredi matin. 514 278-1528.

**Bureau à partager dans le Vieux-Lévis.** Avenue Bégin, bâtiment patrimonial avec d'autres bureaux professionnels. Beaucoup de disponibilité. 418 884-4101, [luc.beaudoin.psychologue@bell.net](mailto:luc.beaudoin.psychologue@bell.net).

**Bureau à louer – Temps plein ou partiel.** Métro Iberville. Édifice de la galerie d'art Roussil. Réal Bédard au 514 862-7852.

**Bureau tout équipé, insonorisé** et à côté d'un métro. Près des ponts Champlain, Mercier et de l'échangeur Turcot. Appelez Geneviève au 450 463-2215.

**Bureau à louer – Boulevard Newman, LaSalle.** Édifice professionnel récent, climatisé, insonorisé, ensoleillé. Bien situé, spacieux, lavabo, salle d'attente, cuisinette, stationnement. Déjà psychologues. 514 595-7799.

**Bureaux à louer – Ahuntsic.** Édifice professionnel, temps plein ou partiel, bien aménagés, meublés ou non, insonorisés, climatisés, près du métro, service téléphonique, stationnement privé. M. Baillargeon : 514 387-5005.

**Bureaux à louer à Saint-Hubert.** Édifice professionnel, bureaux aménagés et insonorisés avec salle d'attente. Inclus téléphone, chauffage et stationnement. Diverses modalités de location à prix raisonnable. Situé sur le boulevard Cousineau près de la 116. Laisser message au 514 203-8310 ou 514 302-9544 ou à [airlibre@videotron.ca](mailto:airlibre@videotron.ca).

**Québec – Grande-Allée et Cartier.** 150 pieds, plafond 10 pieds, plancher bois franc, stationnement, belle fenestration, bonne insonorisation, salon d'attente avec café. 418 809-7544.

**Sainte-Foy – Bureau à partager.** Édifice professionnel, spacieux avec vue sur Laurentides, salle d'attente, cuisinette, stationnement. Possibilité de références. 418 651-8111.

**Métro Fabre – Bureaux à louer.** Modernes, climatisés, insonorisés. Environnement professionnel, WI-FI. Blocs, journées ou semaine. 514 892-4052.

**Longueuil près métro (10 minutes de marche).** Bureaux meublés à louer. Journée, bloc, heure. Salle d'attente, cuisinette, stationnement aussi pour clients. Prix avantageux, secteur professionnel. 450 230-6015.

**Québec – Saint-Sacrement.** Appartement avec bureau. Appartement 6½ au premier étage d'un jumelé avec bureau insonorisé au sous-sol. Entrée extérieure, salle d'attente, toilette. Chauffé : 1550 \$. 418 681-0756.

**Sainte-Foy.** Emplacement de choix, chemin Sainte-Foy et Duplessis. À partir de juillet, temps plein ou partiel. 418 929-9220.

**Rue Cherrier – Temps plein.** Métro Sherbrooke. Non meublé, spacieux, prix raisonnable. 1<sup>er</sup> juin 2010. 514 806-8113.

**Hull central – Bureau de psychologue à louer.** Tout inclus : téléphone, Internet, stationnement. Communiquez avec L. Leahey : 819 205-2510, poste 202.

**Bureau à sous-louer** les mardis et jeudis et possibilités en matinée les lundis et mercredis. Ambiance chaleureuse, tranquillité, climatisation. Communiquez avec Louise Filiatrault, 450 670-0078.

**Rue Cherrier, métro Sherbrooke.** Bureau à louer, libre le jeudi. Calme et accueillant. Meublé, tout inclus. 514 598-5423 ou 514 523-9483.

**Cherrier – Métro Sherbrooke.** Bureaux insonorisés, climatisés et meublés. Internet, cuisinette, salle d'attente. Équipe de psychologues. Plusieurs modalités de location. Prix avantageux. 514 699-5081, 514 225-4835, [info@masagerie.com](mailto:info@masagerie.com).

**Québec – Quartier Montcalm.** Grand et chaleureux bureau meublé. Location demi-journée ou à la journée. Stationnement inclus. 418 934-4268 ou [mireilletesolin@yahoo.ca](mailto:mireilletesolin@yahoo.ca).

**Joliette – Bureau récent,** meublé et insonorisé, environnement paisible et stationnement à proximité. Disponible à l'heure ou à la journée. Références possibles. Communiquez avec D. Turcotte : 450 759-1387.

**Bureau de consultation disponible** pour location à la Clinique médicale de Couville à Québec (arrondissement Beauport). 418 661-0097.

**Bureaux pour professionnels** offrent deux espaces commerciaux au rez-de-chaussée. 150 pieds carrés et 1 200 pieds carrés. Déjà sur place : psychologues, avocats, chiropraticien, dentiste et soins esthétiques. Situé à 5 minutes du métro Jean-Talon. Renseignements : 450 635-7929 ou [projets@gecyco.com](mailto:projets@gecyco.com).

**Bureaux à louer – Vieux-Longueuil.** 125-235 pieds, air conditionné, visibilité, qualité, proximité, insonorisation. Système d'alarme et excellentes conditions. Renseignements : 450 674-0723.

**Bureaux individuels à louer, domaine de la santé.** Boulevard Saint-Joseph Est, près du métro Laurier. Temps complet/partiel. Prix raisonnables. 514 233-2060.

**Montréal – Bureau à louer, Beaubien/De Normanville.** À la journée : lundis, mercredis, vendredis ainsi que soirées. Lieu chaleureux, équipe dynamique, cuisine équipée, air conditionné. 514 948-0101.

**Bureau à louer** dans espace occupé uniquement par des professionnels : psychologues, médiateurs, travailleurs sociaux. Modalités de location adaptées à vos besoins. Longueuil secteur hôpital Pierre-Boucher, 450 442-3680.

**Nouveau Rosemont – Bureaux à louer,** meublés, bien décorés, climatisés, salle d'attente, cuisine, références possibles. Différentes modalités de location. Renseignements : Denis Houde, psychologue, au 514 255-6541.

**Québec – Très bonne occasion** (prix concurrentiel). Secteur Lebourgneuf. Bureau entièrement meublé. Inclus : service téléphonique, stationnement, salle d'attente, cuisinette. Possibilité de références. Lise : 418 407-1837, poste 340.

**Bureau à louer – Laval.** Édifice médical centralisé et sécuritaire. Meublé, spacieux, bien fenêtré avec salle d'attente et cuisinette équipée. Insonorisation supérieure et climatisation. Modalités avantageuses selon l'occupation. Visitez notre site Web au <http://allardcadieux.ca> ou téléphonez au 450 663-7222.

**À Drummondville – Bureau à louer**, à partager ou non. Souplesse dans modalités de location et prix avantageux. Laisser un message au 819 479-5734 ou à [marie-mpin@hotmail.com](mailto:marie-mpin@hotmail.com).

**Bureau à louer ou à partager – Ahuntsic,** Promenade Fleury. Meublé avec goût, bien insonorisé, climatisé, grandes fenêtres, salle d'attente. Possibilité de références. 514 384-2255.

**Bureau à louer – Côte-des-Neiges et Queen Mary.** Ensoleillé, climatisé et insonorisé. Location la journée ou le soir seulement. Communiquer avec Louise Pépin : 514 733-8848, [louiseppin@hotmail.com](mailto:louiseppin@hotmail.com).

**Grand-Mère/Shawinigan – Bureau à sous-louer** dans clinique médicale. Disponibilités : tous les soirs et jeudi, vendredi et samedi en journée. Andrée Moreau : 819 538-5553, [a.moreau@xittel.ca](mailto:a.moreau@xittel.ca).

**Québec – Deux bureaux à louer sur Grande-Allée.** Rénovés, meublés, accueillants. Salle d'attente. Location à l'heure/demi-journée/journée. Conditions souples. Possibilité de références. 418 682-2109.

## APPEL DE SOUMISSION D'ARTICLES POUR UN NUMÉRO THÉMATIQUE SUR LES RÉFLEXIONS SUR LA PRATIQUE CLINIQUE CONTEMPORAINE



La société change continuellement, parfois rapidement. Ces modifications produisent des effets sur tous les citoyens, donc autant chez les personnes (patients, clients) qui utilisent les services cliniques que chez ceux qui les dispensent (cliniciens, organisations). On peut raisonnablement penser que les demandes et les offres de services ont parfois pris d'autres formes. Mais, quels sont les changements qui sont advenus?

Ce numéro de la RQP, à paraître à l'automne 2012, se veut une occasion de s'interroger sur les changements intervenus (ou non) dans la pratique clinique au cours des dernières années, et ce, via trois volets.

**Le premier volet regroupe des réflexions relevant d'aspects fondamentaux de la pratique clinique** comme : que signifie comprendre le patient? Est-il nécessaire de le comprendre pour intervenir? Que signifie guérir? Qu'est-ce qu'une thérapie « réussie »?

**Le deuxième volet met l'accent sur l'articulation des services psychologiques dans la société actuelle :**

comment l'administration publique influence-t-elle la pratique du psychologue clinicien? Entre autres, que penser des programmes et services offrant un nombre limité de rencontres? Quels sont les rôles du clinicien dans l'offre de services publics et privés? Comment les services s'articulent-ils autour des axes dédiés à la prévention, à l'évaluatif et au curatif?

**Le troisième volet s'intéresse aux impacts présagés des changements sociaux sur la pratique de la psychologie.**

En quoi les technologies, dont les groupes de réseautage, influencent notre pratique? Les attentes des clients ont-elles changé quant à la psychothérapie, à la rapidité souhaitée du traitement, à son efficacité? Les clients sont-ils mieux informés qu'auparavant grâce à l'accessibilité grandissante de l'information (Internet, livres de vulgarisation, etc.)? Par ailleurs, le psychologue clinicien doit-il faire preuve de réserve sur les sites de réseaux sociaux afin, par exemple, de préserver une certaine neutralité?

Voyez un appel de soumission d'articles plus détaillé sur : [www.rqp.qc.ca](http://www.rqp.qc.ca)

LES CLINIENS, ADMINISTRATEURS OU TOUTES PERSONNES RÉFLÉCHISSANT À CES QUESTIONS SONT INVITÉS À SOUMETTRE LEURS INTENTIONS D'ARTICLE D'ICI LE 30 JUIN 2010, PAR COURRIEL OU PAR COURRIER :

RQP - NUMÉRO SUR LA PRATIQUE CLINIQUE  
5366, BOUL. JEAN XXIII SUITE 104, TROIS-RIVIÈRES (QC) G8Z 4A7

ROBERT LETENDRE : [letendre.robert@uqam.ca](mailto:letendre.robert@uqam.ca)

LYNDA MÉTHOT : [lynda.methot@uqtr.ca](mailto:lynda.methot@uqtr.ca)

# Petites annonces (suite)

**Inspira crea – Centre de santé intégrative** situé au 4455, Sherbrooke Ouest, vous offre l'opportunité de vous joindre à une équipe dynamique et progressive. Ça vous intéresse? Communiquez : 514 939-6360 ou à [info@inspiracrea.com](mailto:info@inspiracrea.com).

**Montréal – Clinique de psychologie** située à l'intersection de Beaubien et Langelier. Édifice professionnel, secteur commercial. Bureau à louer pour psychologue en pratique privée. Renseignements : 514 903-4420.

**Québec – Bureau à partager** dans le quartier St-Sacrement, entre Marguerite-Bourgeois et Holland. Meublé, fenêtre, insonorisé; stationnement gratuit, ascenseur. Demi-journée(s), soirée(s) ou journée(s). 418 932-8084.

**Édifice professionnel – Métro Snowdon.** Disponible la fin de semaine et tous les jours avant 16 h 30. Local insonorisé avec salle d'attente, sortie indépendante. Prix raisonnable. Richard : 514 378-1836, [shrinkrap.r@gmail.com](mailto:shrinkrap.r@gmail.com).

**Bureaux à louer – Métro Laurier.** Entièrement rénovés, insonorisés, chauffés/climatisés, meublés, avec différentes modalités de location (à l'heure, blocs ou à la journée). Possibilités de références et de supervision. Réunions cliniques pour tous les psychologues. Ingrid : 514 678-5747.

Centre de psychologie René Laënnec. Bureau à louer dans polyclinique médicale René-Laënnec. Édifice de prestige à Mont-Royal, près du métro Acadie. Accès routier facile pour toute la clientèle du grand Montréal. Stationnement gratuit. Équipe de psychologues. Disponibilités en soirée ou vendredi. Communiquez avec Jean-Louis Beaulé. Bureau : 514 735-9900. Cellulaire : 514 992-6972.

## \_PSYCHOLOGUES RECHERCHÉ(E)S

**Deux psychologues recherchés(e)s pour pratique privée** immédiate dans Lanaudière, clientèle fournie, base contractuelle : un(e) spécialisé(e) dans les thérapies d'enfants et d'adolescents, tests neuropsychologiques seraient un atout; un(e) spécialisé(e) dans les thérapies avec les adultes, orientation TCC. [psychologie@centrelachenaie.ca](mailto:psychologie@centrelachenaie.ca).

**Psychologues travailleurs(euses) autonomes recherchés** pour se joindre à l'équipe Les Psychologues associés. Possibilité d'adhérer à différents statuts : collaborateur(trice), associé(e), sous-locateur(trice). Pour renseignements, communiquez avec Luc Jolicoeur au 514 337-8292 ou expédiez votre CV à Luc Jolicoeur, 375, Henri-Bourassa Ouest, Montréal (Québec) H3L 1P2, ou à [luc.jolicoeur2@videotron.ca](mailto:luc.jolicoeur2@videotron.ca).

**Laval – Psychologues recherchés** pour se joindre à notre équipe en tant qu'associé(e) ou sous-locateur(trice). Diverses modalités de location et possibilité de références. Bureaux meublés et insonorisés, dans un nouvel édifice médical situé tout près du métro Montmorency. Communiquez avec nous pour de plus amples renseignements : 514 312-7046.

**Professionnels recherchés** pour faire partie d'une équipe de services pour la famille. Psychologue, sexologue, orthophoniste, médiateur. Future clinique localisée au nord de Laval. Anne-Marie Bolduc : 514 962-3311.

**Neuropsychologue enfant/adolescent** (TDAH, autisme, trouble d'apprentissage/adaptation scolaire). Cabinet privé Boucherville. Temps partiel/plein. Expérience souhaitable clinique développement, pédopsychiatrie, milieu scolaire. CV : [fcampeau@cabinet-conseil-campeau.ca](mailto:fcampeau@cabinet-conseil-campeau.ca).

**Le Centre de psychologie Gouin** recherche un(e) psychologue travaillant auprès des enfants/adolescents/familles pour se joindre à l'équipe de pédopsychologie. Connaissance des outils projectifs nécessaire. Participation aux réunions d'équipe, possibilité de contribuer à plusieurs projets cliniques, formation et supervision offertes. Communiquez avec Diane Deschênes : 514 331-5530 ou [info@cpgouin.ca](mailto:info@cpgouin.ca).

**Psychologue avec ou sans clientèle.** Être membre de l'OPQ. Francophones ou bilingues (français, anglais). Travailleur autonome. Avantages professionnels. Milieu stimulant. Interdisciplinarité. S. Ghodbane : 514 793-0462 ou 450 671-3434.

**Boucherville – Pratique privée.** Psychologues demandés avec possibilité de références. Nouvelle équipe multidisciplinaire dynamique. Clientèle : enfants, parents, adolescents, adultes, couples, famille. 450 449-3963.

**Psychologues recherchés à temps partiel** à Saint-Constant pour enfants, adolescents et adultes. Clientèles et services fournis. Pour renseignements, communiquez avec Suzanne Bibeau au 450 633-0022.

**Joliette – Temps partiel.** Clientèle fournie (adolescents et adultes). Thérapie individuelle et de couple (atout), problématiques variées. Faire parvenir votre C.V. à [joaneboucher@yahoo.ca](mailto:joaneboucher@yahoo.ca). 450 756-2223.

**Psychologues recherchés(es)** dans cabinet privé à Drummondville. Clientèle fournie en privé et en P.A.E., enfants, adolescents ou adultes. Horaire flexible selon la disponibilité du psychologue, de 1 à 5 jours par semaine, jour et soir. Vous pouvez visiter notre site Web au [www.cress.qc.ca](http://www.cress.qc.ca). Renseignements : 1 888 799-0303 ou au [cress@globetrotter.net](mailto:cress@globetrotter.net).

**Le CPN** (Cabinet de psychologie et de neuro-psychologie) recherche : un(e) psychologue spécialisé(e) en psychothérapie adulte, un(e) psychologue spécialisé(e) en psychothérapie infantile et un(e) neuropsychologue spécialisé(e) pour l'évaluation des enfants/adolescents (ou psychologue spécialisé(e) en troubles d'apprentissage). Rive-Sud de Montréal, statut de travailleur autonome, supervision disponible, temps plein/temps partiel. 514 201-7010.

**Recherchons psychologues,** minimum 3 heures/ semaine, à la Clinique communautaire de psychothérapie de Sainte-Thérèse. Enfance, adulte, couple ou famille. Pour renseignements ou envoi C.V. : [infocp@bellnet.ca](mailto:infocp@bellnet.ca).

**Basses-Laurentides :** recherche 2 psychologues. Un auprès des enfants/adolescents/famille (utilisation des tests psychométriques) et l'autre auprès des adultes. Bienvenue aux nouveaux diplômés. 450 974-2685, poste 1.

## \_SERVICES OFFERTS

**Supervision en thérapie cognitivo-comportementale** offerte par Isabelle Boivin, Ph. D., psychologue. Problématiques et modalités diverses. Téléphone : 514 609-0206. Courriel : [iboivin.psychologue@yahoo.ca](mailto:iboivin.psychologue@yahoo.ca).

## \_RECHERCHE

**Besoin urgent – Orthophoniste recherchée.** Avez-vous amie, connaissance ou collègue désirant débiter pratique privée Rive-Sud au Cabinet-conseil Campeau? Minimum 4 h/semaine. Équipe de 65 professionnels, dont 8 orthophonistes. Très bonnes conditions. Tout fourni. Pas de mensualité fixe. Contribution au prorata des heures travaillées. Renseignements ou C.V. à [fcampeau@cabinet-conseil-campeau.ca](mailto:fcampeau@cabinet-conseil-campeau.ca).

## \_FORMATIONS OFFERTES

**Formation en thérapie cognitivo-comportementale des troubles anxieux.** Formatrice : Isabelle Boivin, Ph. D., psychologue. Durée : 3 journées de 9 h à 16 h 30. Dates : les jeudis 13, 20 et 27 mai 2010. Lieu : Centre St-Pierre, Montréal. Renseignements : 514 609-0206 ou [iboivin.psychologue@yahoo.ca](mailto:iboivin.psychologue@yahoo.ca).

# Rebâtir Haïti en mieux

Depuis le tremblement de terre survenu en Haïti, les besoins de soutien psychosocial et en santé mentale (SPS-SM) inquiètent les organisations non gouvernementales (ONG) au fur et à mesure qu'elles évaluent l'impact de la tragédie chez les communautés haïtiennes. Afin de rebâtir Haïti en mieux, le Haitian Relief Group a mis sur pied un important site Web voué au recensement des ressources en santé mentale disponibles : [www.rebati.org](http://www.rebati.org).

En réponse aux besoins émergents engendrés par le séisme, le Haitian Relief Group (HRG) a réuni une quarantaine de cliniciens et chercheurs internationaux spécialisés en trauma, en santé publique ainsi qu'en interventions humanitaires. Les défis culturels et politiques associés aux interventions sont au centre des préoccupations du groupe. En collaboration avec les organisations locales, les agences internationales et le ministère de la Santé d'Haïti, le HRG vise à :

- 1) Évaluer les besoins actuels en Haïti;
- 2) Développer<sup>1</sup>, planifier, coordonner et intégrer le programme SPS-SM visant la formation à court, moyen et long terme des gens du milieu (selon le modèle former les formateurs);
- 3) Évaluer l'impact du programme SPS-SM auprès des intervenants et des Haïtiens.

## RÉSUMÉ DE LA SITUATION ACTUELLE EN HAÏTI

Selon les chiffres officiels du ministère de la Santé d'Haïti (fin février 2010), des 8,3 millions d'habitants, plus de 500 000 seraient relocalisés, 225 000, décédés, 310 000, blessés, dont 4 500 amputés. Ainsi, on estime à près de 1,5 million le nombre d'Haïtiens directement affectés par le séisme.

On peut estimer à plus de 120 000 le nombre d'Haïtiens à risque de développer un trouble de stress post-traumatique (TSPT). À ces chiffres s'ajoutent les autres réactions potentielles qui requièrent des soins spécialisés, dont le deuil traumatique, la dépression, le trouble d'adaptation, les autres troubles anxieux et du sommeil, l'abus et la dépendance aux substances, la douleur aiguë/chronique ainsi que les troubles développementaux. On estime également à plus de 250 000 le nombre de victimes qui auront besoin d'interventions ciblées, mais non spécialisées telles que de la psychoéducation destinée aux parents d'enfants présentant des réactions d'ajustement ou aux victimes aux prises avec de la douleur (IASC, 2005).

## REBATI.ORG

En partenariat avec le HRG, des cliniciens et des chercheurs du Québec ont contribué à créer le site [www.rebati.org](http://www.rebati.org). Ce site permet l'enregistrement de professionnels en santé mentale (psychologues, médecins, travailleurs sociaux, infirmiers spécialisés) et de non-professionnels de la santé mentale (professeurs, infirmiers, membres du clergé) dans une base de données en vue de répondre à court, moyen et long terme aux multiples besoins en Haïti et à

ceux de la diaspora haïtienne – principalement à Montréal, New York et Miami. Cette initiative permet de coopérer étroitement avec le processus officiel de coordination du SPS-SM actuellement géré par le gouvernement haïtien, les Nations Unies (ONU) et les agences connexes. Les volontaires<sup>2</sup> s'inscrivant sur le site sont donc rapidement jumelés avec l'organisation locale ou internationale selon leurs disponibilités, habiletés et expériences. Être à l'écoute et au service de ce peuple si résilient dans l'épreuve permet de redécouvrir d'autres paramètres et modalités d'intervention axés tant sur la force de l'individu que celle de la collectivité.

**Tous les psychologues et étudiants en psychologie du Québec sont invités à s'inscrire sur le site [www.rebati.org](http://www.rebati.org) s'ils désirent venir en aide à la communauté haïtienne, que ce soit à Montréal ou en Haïti.** Rebâtir Haïti en mieux demandera un soutien continu de la part de la communauté internationale. Le besoin en intervenants SPS-SM formés parlant français ou créole est colossal. Déjà, un grand nombre parmi vous avez su répondre localement dans des délais impressionnants. En ce sens, nous tenons à souligner la mobilisation exemplaire des cliniciens du Québec et les actions concrètes de l'Ordre des psychologues du Québec (OPQ) dans l'urgence, notamment en ce qui a trait à la formation spécialisée disponible dès le début de février! Ce modèle a d'ailleurs été cité en exemple lors des rencontres du HRG et des discussions auprès des organisations humanitaires.

*Par Marie-Hélène St-Hilaire, psychologue, Laboratoire du TSPT – Département de psychiatrie à l'Université de Californie à San Francisco (UCSF-VAMC) et Guillaume Garilus, psychologue, Centre d'éducation en psychologie (CEP).*

## \_Bibliographie

Bracken, P.I., Giller., Summerfield, D. (1995). Psychological responses to war and atrocities: the limitations of current concepts. *Social Sciences and Medicine*, 40, 1073-82.

CIDIHCA. (2010). [http://www.cidihca.com/haïti\\_geographie.php](http://www.cidihca.com/haïti_geographie.php)

Inter-Agency Standing Committee (IASC). (2007). *Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings*. Genève: IASC

Ommermen, M. V., Saxena, S., & Saraceno, B., (2005). Mental and social health during and after acute emergencies : Emerging consensus? *Bulletin of the World Health Organization (WHO)*, 83, 1, 71-76.

## \_Notes

- 1 Selon les besoins et caractéristiques culturelles d'une jeune population (40 % des Haïtiens auraient moins de 15 ans et l'espérance de vie serait de 53 ans chez les femmes et de 47 ans chez les hommes), l'importance de la religion vaudou, catholique et protestante, le haut taux d'analphabétisme (47 % selon l'ICIDIHCA, 2010) et la langue (la majorité parle créole et 10 % parle français).
- 2 Bénévoles avec possibilités de rémunération pour certains types d'implication (recherche de fonds en processus).

Par Dr<sup>e</sup> Cynthia Turcotte, psychologue au Centre hospitalier de l'Université de Montréal

## \_LE POINT SUR LES ANTIDÉPRESSEURS : FINAL?

Un récent dossier de *Newsweek* s'intitulait : *Des nouvelles déprimantes* à propos des antidépresseurs (traduction libre), suggérant ainsi que les antidépresseurs auraient seulement des effets comparables au placebo, voire parfois des effets néfastes sur les patients y ayant recours. Pour les 13.1 à 14.2 millions d'Américains qui, dans une année, souffrent de dépression clinique, ce constat a de quoi préoccuper. Pour les 57 % qui recevront des traitements parmi ces personnes (les autres resteront sans traitement), plusieurs seront traitées par la médication. Ces personnes doivent croire dans les bénéfices des pilules... et plusieurs parmi les chercheurs et les compagnies de l'industrie sont réticents à les en désillusionner! En effet, croire en l'effet des antidépresseurs dépendrait davantage des attentes et de l'espoir d'un bénéfice que d'un effet chimique à proprement dit. Irving Kirsch, professeur au Département de psychologie de l'University of Hull en Angleterre et spécialiste de la suggestion et de l'effet placebo, a repris 47 études d'efficacité publiées et non publiées concernant différents médicaments antidépresseurs (Prozac, Paxil, Zoloft, Effexor, Serzone et Celexa) ayant été enregistrés par la Food and Drug Administration aux États-Unis. Il s'est ainsi rendu compte que 40 % des essais cliniques n'avaient pas été publiés, comparativement à 40 % dans le cas d'essais cliniques pour d'autres classes de médicaments. La plupart des études non publiées n'arrivaient pas à démontrer une efficacité significative du médicament par rapport au placebo. De plus, pour plus de la moitié des études publiées et non publiées, la dépression n'était pas mieux traitée par le médicament que par un placebo. Rappelons que pour qu'un médicament soit autorisé par la FDA, il doit y avoir 2 essais randomisés qui en démontrent l'efficacité comparativement au placebo, et ce, peu importe le nombre d'études prouvant le contraire et sans tenir compte de la taille de l'échantillon des études. Le livre d'Irving Kirsch est paru en 2010 et fait le point sur le mythe des antidépresseurs. Il privilégie de révéler la vérité plutôt que de conserver dans l'ombre l'efficacité controversée des antidépresseurs.

Kirsch, I. (2010). *The emperor's new drugs: Exploding the antidepressant myth*. New York: Basic Books. <http://www.newsweek.com/id/232781/page/1>

## \_ANTIDÉPRESSEUR : EFFICACE POUR UNE DÉPRESSION MOINS SÉVÈRE?

Pour les patients présentant une dépression d'intensité légère et modérée, il existe peu d'évidence que les antidépresseurs présentent un effet supérieur à un placebo. Des chercheurs ont procédé à une métaanalyse à partir des bases de données PubMed, PsycINFO et Cochrane Library parmi les études pertinentes publiées à ce sujet de janvier 1980 à mars 2009. Les données pour 6 études randomisées et contrôlées comparant les effets du médicament au placebo après 6 à 11 semaines (selon l'étude) quant aux différents symptômes présents tels qu'évalués par le Hamilton Depression Rating Scale (HDRS). Ces études ont été également approuvées par la Food and Drug Administration (FDA). Au total, elles regroupaient 718 patients. Chez les patients présentant une symptomatologie d'intensité légère à modérée (un score de moins de 23 au HDRS), il y avait peu de différence d'efficacité entre le médicament et le placebo. Par ailleurs, la différence était significative en faveur du médicament lorsque les symptômes dépressifs étaient d'intensité très sévère, soit un score de 25 ou plus au HDRS. Plus l'intensité des symptômes était sévère, plus l'efficacité de la médication était importante. Précisons que parmi les six études recensées, trois d'entre elles avaient eu recours à un antidépresseur tricyclique (Imipramine, dosage de 100 à 250 mg) et trois avaient utilisé l'inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine (Paroxetine, dosage de 20 à 50 mg).

Fournier, J.C., DeRubeis, R. J., Hollon, S. D., Dimidjian, S., Amsterdam, J.D., Shelton, R.C. & Fawcett, J. (2010). Antidepressant drug effects and depression severity: a patient-level meta-analysis. *JAMA*, 303(1) : 47-53.

## \_TRAITEMENT DE L'ALEXITHYMIE : PSYCHOTHÉRAPIE OU PHARMACOTHÉRAPIE?

Chez les patients ayant de la difficulté à verbaliser leurs émotions ou utilisant le mécanisme de défense du moi qu'est l'alexithymie (rejet de l'affect par forclusion), la psychothérapie peut constituer un défi de taille. Le recours à l'introspection, un intérêt pour les processus internes et l'accès aux émotions relèvent en effet du principe même de la psychothérapie. Ce sont ces capacités mêmes qui sont défaillantes chez les alexithymiques. La pharmacothérapie est ainsi le traitement privilégié pour ces personnes au détriment d'une approche psychothérapeutique. Que préfèrent les personnes souffrant d'alexithymie? Il est de plus en plus établi que les préférences, attitudes et espoirs des patients envers le traitement sont à prendre en considération afin d'atteindre une plus grande efficacité. Des chercheurs ont recruté en tout 145 patients de 17 ans et plus dans deux cliniques externes de psychiatrie, l'une à Vancouver, l'autre à Edmonton. Ils présentaient en majorité les diagnostics suivants : dépression (40.7 %), troubles liés à l'abus de substances (9.5 %), dysthymie (8.7 %) et troubles d'adaptation (7.2 %). Les patients ont rempli trois questionnaires : *Toronto Alexithymia Scale-20* (TAS-20), *Brief Symptom Inventory-18* (BSI-18) et la *Treatment Preference Scale* (TPS) développés par les chercheurs. La TPS offrait trois choix en matière de préférences : pharmacothérapie, psychothérapie (thérapie individuelle ou de groupe, mais approches ou techniques non précisées) ou aucun traitement (attendre et voir). Les résultats ont montré que les patients qui préféraient suivre la psychothérapie ne différaient pas significativement de ceux qui choisissaient la médication ou encore aucun des deux traitements offerts. Les patients qui préféraient la thérapie de groupe présentaient par ailleurs des niveaux significativement plus élevés d'alexithymie que ceux préférant la thérapie individuelle. La modalité de groupe, contrairement à la thérapie individuelle, pourrait être ainsi perçue comme une occasion d'être passif, ce qui plairait davantage aux personnes souffrant d'alexithymie. Une autre explication pourrait être que les patients souffrant d'alexithymie perçoivent le groupe comme une occasion d'observer les autres vivre et verbaliser leurs émotions, donc plutôt comme une occasion d'apprentissage. Toutefois, il n'existe pas d'évidence actuellement permettant d'établir que les personnes souffrant d'alexithymie bénéficient davantage de la thérapie de groupe ou encore de la psychothérapie individuelle.

Ogrodniczuk, J.S., Piper, W.E., Joyce, A. S., & Abbass, A. (2009). Alexithymia and treatment preferences among psychiatric outpatients. *Psychotherapy and psychosomatics*, 175 : 1-2.

# RÉGIME D'ASSURANCE COMPLET POUR LES MEMBRES DE L'OPQ



## PRENEZ DE L' ASSURANCE



ORDRE DES  
PSYCHOLOGUES  
DU QUÉBEC

En tant que membre de l'**Ordre des psychologues du Québec**, vous avez accès à un régime d'assurance conçu expressément pour vous.

Vous pourrez profiter d'un taux de groupe privilégié très avantageux et vous y trouverez toutes les protections étendues dont vous avez besoin :

- assurance invalidité
- assurance maladies graves
- assurance frais généraux de bureau
- assurance vie
- assurances médicaments et soins de santé complémentaires
- assurance soins dentaires
- assurance voyage
- assurance frais d'optique

Alors, il n'y a pas à hésiter, communiquez avec **Dale Parizeau Morris Mackenzie** sans plus tarder en composant sans frais le

**1 800 361-8715**  
[dpmm.ca/opq](http://dpmm.ca/opq)

MONTREAL | GATINEAU | JONQUIERE | QUEBEC | TORONTO

**Vous avez tout à y gagner!**

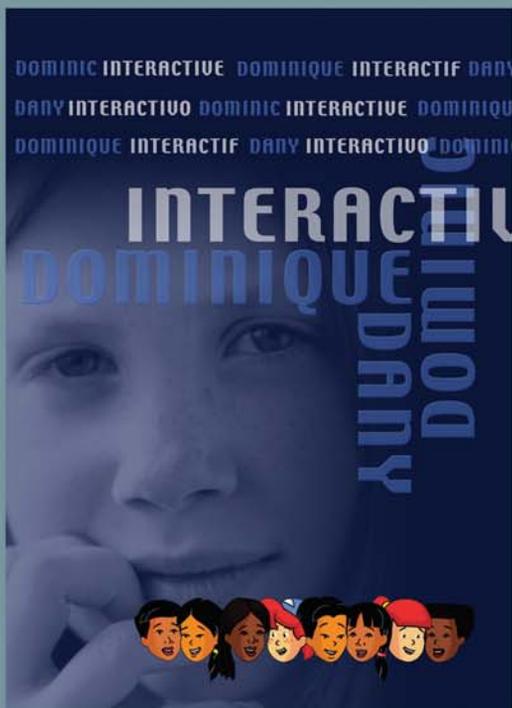
*Ce programme est le seul programme recommandé par l'Ordre, et Dale Parizeau Morris Mackenzie en est le distributeur exclusif.*

Dale  
Parizeau  
Morris  
Mackenzie

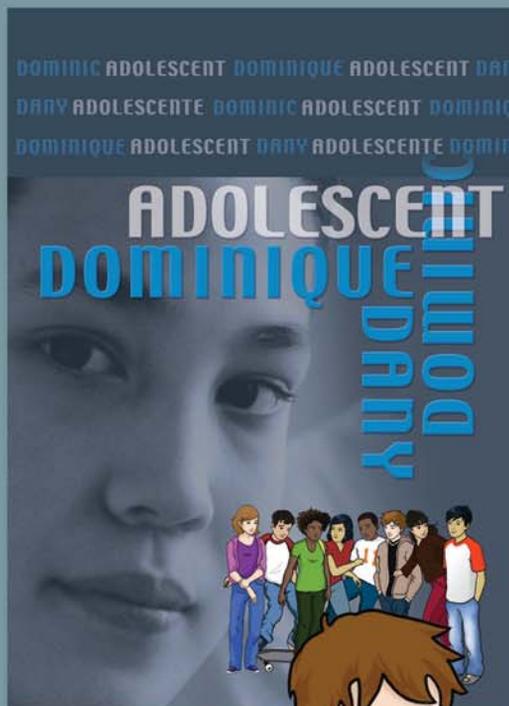


CABINET DE SERVICES FINANCIERS

# Dominique Interactif c'est quoi?



Version enfant (6 à 11 ans)



Version adolescent

- Une évaluation directe de la psychopathologie
- Un test entièrement développé et validé au Québec
- Un profil basé sur les critères du DSM-IV
- Une administration entièrement interactive

Chaque CD permet de choisir le sexe, le groupe ethnique (caucasien, afro-américain, hispanique-autochtone, asiatique) et la langue (français, anglais, espagnol) du jeune  
Passations sur clé USB/internet

**UN TEST INDISPENSABLE** lorsqu'on évalue les enfants de 6 à 11 ans ou les adolescents



**D.I.M.A.T. INC, C.P. 212, SUCCURSALE VICTORIA, WESTMOUNT, H3Z 2V5**  
**TÉLÉPHONE (SANS FRAIS): 1 866 540-9255 • TÉLÉCOPIEUR: 514 482-0806**  
**VENEZ VISITER NOTRE NOUVEAU SITE : [WWW.DOMINIC-INTERACTIF.COM](http://WWW.DOMINIC-INTERACTIF.COM)**