

Psychologie

Le magazine de l'Ordre des psychologues du Québec

volume 31
numéro 01
janvier 14

QUÉBEC

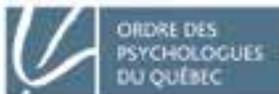
Gestion et prévention de la chronicité Que peut faire le psychologue?

PRATIQUE PROFESSIONNELLE

Évaluer avant d'entreprendre une psychothérapie

**Publication des lignes directrices
pour l'évaluation de la dyslexie**

En partenariat avec



ORDRE DES
PSYCHOLOGUES
DU QUÉBEC

ASSURANCE VIE, SANTÉ ET VOYAGE



Assurez-vous de profiter de la vie!

Profitez d'un régime d'assurance collective à la carte pour vous et votre famille :

- › Invalidité
- › Maladies redoutées
- › Vie
- › Frais généraux de bureau
- › Médicaments
- › Maladie complémentaire
(physiothérapie, hospitalisation, soins infirmiers, etc.)
- › Soins dentaires
- › Frais d'optique
- › Voyage et service d'assistance

Appelez-nous pour de plus amples informations :

1 877 579-5585

dpmm.ca/opq

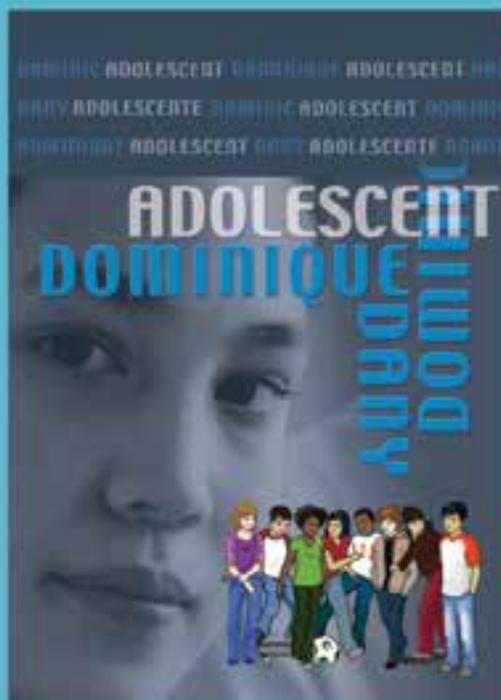
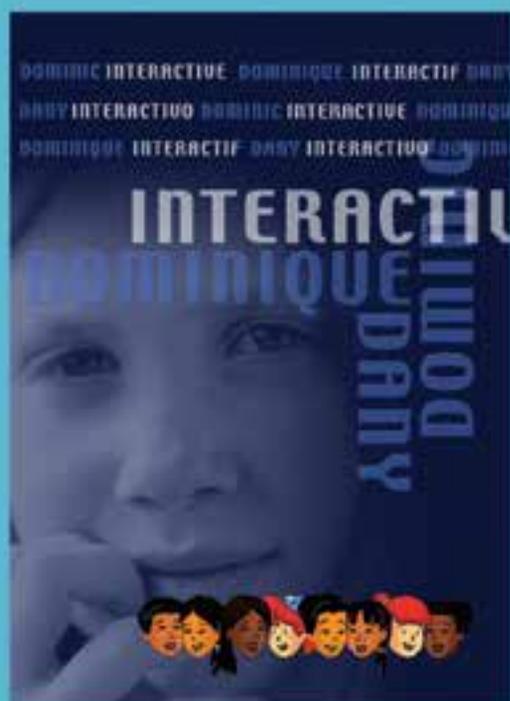
DPMM 

Dale Parizeau
Morris Mackenzie

Cabinet de services financiers

Dominique Interactif

Un test indispensable pour évaluer les enfants et les adolescents



Un test:

- en interaction directe avec le jeune
- qui sollicite de multiples localisations cérébrales
- qui donne accès à l'univers des jeunes
- qui fournit un profil basé sur le DSM-IV
- entièrement développé et validé au Québec

Le test comprend:

- le programme sur CD-ROM ou internet
- des passations sur clé USB ou internet

Nous recyclons !

Clé USB retournée = 2 passations gratuites



D.I.M.A.T. INC

TÉLÉPHONE: 1 866 540-9255 • TÉLÉCOPIEUR: 514 482-0806

WWW.DOMINIC-INTERACTIF.COM

Cette activité est reconnue par l'OPQ aux fins de la formation continue en psychothérapie.
Numéro d'agrément : RA00623-13

18 Le rôle du psychologue dans la gestion et la prévention de la chronicité

20

Peut-on prévenir et traiter l'ÉSPT chronique?

D^{re} André Marchand, psychologue

Une évolution chronique entraîne diverses complications chez l'individu : une dégradation dans la plupart des sphères de fonctionnement, des répercussions sur sa qualité de vie et son fonctionnement psychosocial, l'apparition très fréquente (60 à 75 %) d'autres problèmes psychologiques concomitants comme de la dépression, des troubles anxieux, des problèmes de santé physique, etc.

25

Accepter la douleur : la contribution de l'ACT et de la méditation en pleine conscience

D^r Frédérick Dionne, psychologue

L'ACT soutient que le fait de vivre de la douleur (physique et émotionnelle) est inhérent à l'expérience humaine et donc inévitable; les efforts et les solutions tentés pour « se débarrasser » de la douleur deviennent la source principale de souffrance. Constituant la pierre angulaire de la thérapie, l'ACT poursuit l'objectif de favoriser une meilleure flexibilité psychologique.

30

Chronicité des troubles anxieux chez les enfants et les adultes

D^{re} Lyse Turgeon, psychologue

La chronicité des troubles anxieux dépend de nombreux facteurs, comme le sexe de l'enfant, l'âge du début des symptômes, la gravité des symptômes et l'accès à des services spécialisés.

34

Les conditions physiques chroniques : les enjeux psychologiques en toile de fond

D^{re} Evelyne Trahan et D^{re} Séverine Hervouet, psychologues

La chronicité d'une condition médicale renvoie à la persistance dans le temps de ses répercussions non seulement sur le plan physique, mais aussi sur le plan sociopsychologique. La personne qui en est affectée aura plusieurs défis à relever, de l'annonce du diagnostic au parcours de soins qui s'étirent souvent sur des années, jusqu'au retour à une vie différente...

Dépôt légal

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

Envoi en poste publication,
numéro de convention 40065731

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.

Psychologie

QUÉBEC

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.

Ordre des psychologues du Québec
1100, avenue Beaumont, bureau 510
Mont-Royal Qc H3P 3H5
www.ordrepsy.qc.ca

sommaire

9

Pratique professionnelle

Évaluer avant d'entreprendre une psychothérapie : une règle!

« Procéder à l'évaluation initiale rigoureuse fait partie des règles encadrant l'exercice de la psychothérapie. Les résultats de cette évaluation guident la décision d'entreprendre une psychothérapie, au regard des connaissances et compétences dont dispose le psychothérapeute. »

40

Portrait

Danielle Roy

« Il y a non seulement l'enfant, avec sa vie psychique, mais aussi son rapport avec sa famille et avec les membres de sa communauté, dont l'école. Dans toutes ces dimensions peuvent résider des aspects à travailler, des leviers à activer. »



07_

Éditorial

L'identité professionnelle

12_

Les Québécois ne laisseront plus n'importe qui entrer dans leur tête

14_

Les faits saillants des lignes directrices pour l'évaluation de la dyslexie chez les enfants

17_

80 psychologues se rendent à l'assemblée générale annuelle

38_

Saviez-vous que?

39_

Un nouveau directeur des opérations et des ressources humaines à l'Ordre

43_

Le retrait des lignes directrices portant sur le TDAH

44_

Activités régionales et des regroupements

45_

Tableau des membres / Registre des psychothérapeutes

46_

Petites annonces

50_

La recherche le dit

La dépression et la maladie de Parkinson

Rédactrice en chef :: Diane Côté

Comité de rédaction ::

D^r Nicolas Chevrier, psychologue

D^r Stéphane Guay, psychologue

D^{re} Nathalie Girouard, psychologue

Rédaction :: Krystelle Larouche

Photos ::

Couverture :: Nick Rowe / PhotoDisc / Getty Images

Pages 9 et 39 :: Kiran Ambwani

Pages 5 et 41 :: Alexa Tymocko

Publicité :: David St-Cyr

Tél. :: 514 738-1881 ou 1 800 363-2644

Télécopie :: 514 738-8838

Courriel :: psyquebec@ordrepsy.qc.ca

Abonnements ::

Membres OPQ :: gratuit

Non-membres :: 42,83 \$ / 6 numéros (taxes incluses)

Étudiants :: 27,59 \$ / 6 numéros (taxes incluses)

Dates de tombée des annonces publicitaires :

Mars 2014 : 24 janvier 2014

Mai 2014 : 21 mars 2014

Conception graphique et production ::

MichauDesign



ORDRE DES
PSYCHOLOGUES
DU QUÉBEC

Des protections adaptées à vos besoins?

C'est réglé.

Des protections complètes

- Pour votre local et vos biens professionnels
- Pour les pertes de revenus que vous pourriez subir à la suite d'un sinistre
- Pour les pertes de documents importants (dossiers clients, livres de référence, etc.)
- Pour votre responsabilité civile

Des économies avantageuses

- Réduction exclusive de 10 %* sur votre assurance biens professionnels
- Réduction additionnelle si votre local est protégé par un système d'alarme

* Réduction exclusive aux membres de l'OPQ



L'assurance multirisque : une réponse parfaite à vos besoins

1 800 644-0607
lacapitale.com



La Capitale
Assurances générales



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

Éditorial

L'identité professionnelle

A l'occasion de mes nombreuses rencontres avec des psychologues en 2013, notamment pendant la tournée régionale et à l'Assemblée générale, j'ai été sensibilisée à des préoccupations qui, bien que formulées différemment selon les problématiques et les milieux, ont souvent un lien avec l'identité professionnelle.

Le rôle du psychologue, qu'il pratique seul ou au sein d'une équipe, est parfois difficile à définir. Bien que notre profession ait 50 ans, elle a subi une telle évolution, une telle transformation au fil des ans et des avancées scientifiques, qu'il n'est pas toujours facile de répondre à la question : qu'est-ce qu'un psychologue? De plus, le fait d'avoir été si longtemps une profession n'ayant qu'un titre réservé a maintenu un certain flou dans la définition des compétences et du rôle des psychologues et des autres professionnels dans le secteur de la santé mentale et des relations humaines. Je comprends les frustrations vécues au quotidien par certains lorsqu'ils voient leurs compétences non reconnues ou lorsqu'ils font face à une certaine confusion entre le rôle des uns et des autres. La réserve d'activités vient apporter des clarifications. Cela est particulièrement vrai en ce qui a trait à la psychothérapie où tout un chacun pouvait se prétendre psychothérapeute et ce, tant dans le milieu public que privé. Rappelons que la réserve de chacune des activités est le fruit d'un exercice rigoureux d'analyse des profils de formation. Elle doit être prise au sérieux tant par les gestionnaires et les professionnels que par les autres intervenants et le public. Aucune guerre interprofessionnelle ne fera de gagnants mais le respect des frontières, établies sur la base des compétences réelles, est la condition essentielle à une collaboration efficace, ce dont le public a grandement besoin.

L'identité professionnelle dépasse la stricte définition de tâches. Elle est, comme on le sait, à la jonction du soi personnel et du soi social. C'est l'un et l'autre qu'il faut développer pour assurer une identité professionnelle forte. Je suis fière de constater à quel point les psychologues ont une préoccupation importante pour leur développement à tous les niveaux, que ce soit par la formation continue, par la supervision, voire par une démarche personnelle. Cela contribue à la meilleure des assises de l'identité, à la

réelle confiance en soi. C'est un pas essentiel, mais un premier pas seulement, vers la reconnaissance. Pour être reconnu, il faut d'abord être connu. Je reçois plusieurs messages de psychologues heureux de voir que les actions de l'Ordre contribuent à mieux faire connaître la profession. Or, les psychologues peuvent aussi accomplir beaucoup pour la reconnaissance de leur profession et plusieurs le font déjà. Je vous invite à vous impliquer encore davantage, à vous affirmer dans vos milieux respectifs, à participer activement aux décisions qui vous concernent et touchent la population que vous desservez. C'est ainsi que chacun participe à l'identité professionnelle de tous. C'est ainsi qu'ensemble nous jouons pleinement notre rôle dans la société.

Aussi colorée que soit la mosaïque des différents secteurs de notre profession, il y a un dénominateur commun : la connaissance du fonctionnement psychologique de l'être humain en interaction avec son environnement. Nommez-moi un milieu où cela ne s'applique pas. Pouvons-nous élargir notre rayon d'action et ainsi être mieux connus et mieux reconnus? Au-delà de notre stricte pratique professionnelle, pouvons-nous contribuer davantage à la vie politique, organisationnelle, associative ou communautaire? Oui, nous le pouvons.

En ce début d'année 2014, je vous souhaite de profiter de toutes les occasions de croissance et d'affirmation de votre identité professionnelle. J'y contribuerai à la mesure de mes moyens, car cela me tient à cœur, autant comme psychologue que comme présidente de l'Ordre. Je crois sincèrement que le public en bénéficiera.

Bonne année.

Vos commentaires sur cet éditorial sont les bienvenus à :
presidence@ordrepsy.qc.ca

TDAH

UNITÉ D'ÉVALUATION & TRAITEMENT
DU TDAH ADULTE

[WWW.TDAHADULTE.CA](http://www.TDAHADULTE.CA)

Formation professionnelle

Mieux comprendre les impacts du trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) à l'âge adulte pour mieux intervenir en contexte individuel, conjugal et systémique.

PROBLÉMATIQUE

Les études révèlent que 5% de la population adulte vivrait avec un TDAH. De ce nombre, plus de la moitié ignorent qu'ils en sont atteints. Les comorbidités étant nombreuses pour cette population clinique, plusieurs adultes atteints du TDAH se retrouveront face à un intervenant pour traiter de l'anxiété, un trouble de l'humeur ou des difficultés conjugales, par exemple, sans savoir que le TDAH est la cause sous-jacente à leur condition actuelle. Par ailleurs, très peu de formations au Québec sont offertes sur l'intervention auprès de cette clientèle. Les différents professionnels en santé mentale gagneraient en efficacité si certaines considérations cliniques inhérentes au TDAH à l'âge adulte étaient prises en considération lors de l'intervention.



FORMATEUR

Le Dr Martin Pearson est psychologue et coordonnateur de l'Unité d'évaluation et de traitement du TDAH chez l'adulte. Il y occupe entre autres un mandat de psychologue clinicien qui intervient en contexte individuel, familial et systémique auprès d'une clientèle adulte ayant un trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH). À titre de psychologue, il coanime avec d'autres intervenants (psychoéducateurs, omnipraticiens, psychiatres) des groupes de rencontres d'adultes ayant un TDAH et offre de nombreuses formations et conférences aux professionnels de la santé sur le TDAH à l'âge adulte. Le formateur utilise les approches systémique et cognitivo-comportementale pour intervenir auprès de cette clientèle. Il enseigne également depuis 2007 en milieu universitaire des cours touchant le développement cognitif humain.

OBJECTIFS

- ☐ Comprendre les particularités du TDAH à l'âge adulte et son impact sur l'environnement personnel, familial, social et professionnel du client;
- ☐ Identifier les principaux consensus actuels concernant les meilleures pratiques d'intervention auprès d'adultes TDAH en contexte individuel, conjugal et systémique;
- ☐ Connaître les particularités de l'intervention auprès d'adultes avec TDAH présentant d'autres comorbidités.

**Formation accréditée par l'OPQ
(6 heures)**

DURÉE DE LA FORMATION

8h30 à 16h00

(6 heures de formation sur une journée)

LIEU ET DATES

Montréal 4 avril 2014 (Hôtel Universel)
Québec 11 avril 2014 (Château Bonne Entente)
Gatineau 25 avril 2014 (Hôtel Four points)
Sherbrooke 2 mai 2014 (Grand Times Hotel)
Saguenay 9 mai 2014 (Hôtel Delta)

COÛT

200,00\$

(Incluant 2 pauses café).

****Le nombre de places est limité****

RENSEIGNEMENTS ET INSCRIPTIONS

www.TdahAdulte.ca/formation.html

Pratique professionnelle

Évaluer avant d'entreprendre une psychothérapie : une règle!



Pierre Desjardins / Psychologue

Directeur de la qualité et
du développement de la pratique

pdesjardins@ordrepsy.qc.ca

_LES RÈGLES DE L'EXERCICE DE LA PSYCHOTHÉRAPIE

La loi 21 définit la psychothérapie de la façon suivante :

Un traitement psychologique pour un trouble mental, pour des perturbations comportementales ou pour tout autre problème entraînant une souffrance ou une détresse psychologique qui a pour but de favoriser chez le client des changements significatifs dans son fonctionnement cognitif, émotionnel ou comportemental, dans son système interpersonnel, dans sa personnalité ou dans son état de santé. Ce traitement va au-delà d'une aide visant à faire face aux difficultés courantes ou d'un rapport de conseils ou de soutien.

L'article 187.2 du Code des professions précise que :

Tout médecin, psychologue ou titulaire d'un permis de psychothérapeute (ci-après le psychothérapeute) doit exercer la psychothérapie en respectant, outre les lois et les règlements qui le régissent, les règles suivantes :

- 1. établir un processus interactionnel structuré avec le client;*
- 2. procéder à une évaluation initiale rigoureuse¹;*
- 3. appliquer des modalités thérapeutiques basées sur la communication;*
- 4. s'appuyer sur des modèles théoriques scientifiquement reconnus et sur des méthodes d'intervention validées qui respectent la dignité humaine.*

Cet article du Code des professions stipule donc qu'il faut procéder à une évaluation initiale rigoureuse, sans autres précisions toutefois quant à ce qu'est cette évaluation.

_L'ÉVALUATION INITIALE RIGOUREUSE

Le Code des professions ne donne pas de définition de l'évaluation initiale rigoureuse, mais le guide explicatif de la loi 21² (ci-après guide explicatif) la circonscrit de la façon suivante :

L'évaluation initiale rigoureuse [...] constitue un préalable et a pour but de déterminer la pertinence d'entreprendre une psychothérapie³.

Peu importe l'approche psychothérapeutique choisie, cette évaluation tient compte notamment des éléments suivants :

- la demande formulée par la personne et son histoire thérapeutique;*
- les facteurs biologiques, psychologiques, sociaux et culturels de la personne;*
- l'utilisation et l'interprétation de différents tests, questionnaires et techniques, le cas échéant;*
- les ressources et les forces du client;*
- l'existence d'un diagnostic, notamment d'un trouble mental, et d'un traitement actuel ou antérieur.*

Une telle évaluation permet de cerner davantage la situation de la personne et le motif qui l'amène à consulter. Son résultat influence le choix de l'approche psychothérapeutique et des différents tests et techniques utilisés en lien avec cette approche. De plus, elle guide le psychothérapeute dans la décision d'entreprendre et de poursuivre le processus psychothérapeutique au regard des connaissances et des compétences dont il dispose pour traiter une personne aux prises avec un trouble ou un problème particulier. (guide explicatif, section 5.6.1)

Le processus et les modalités d'évaluation peuvent aussi varier en fonction notamment des orientations théoriques du psychothérapeute. Ainsi, certaines approches préconisent des modèles et techniques d'entrevues structurées et utilisent des questionnaires standardisés. D'autres se centrent davantage sur l'évaluation des caractéristiques du client afin de s'assurer de leur compatibilité avec le cadre thérapeutique préconisé. Dans tous les cas, le type et la qualité de la relation à établir avec le client prennent toute leur importance, la relation étant garante de l'alliance thérapeutique sans laquelle la psychothérapie serait compromise. Par ailleurs, dans le cadre de l'évaluation initiale rigoureuse, le psychothérapeute s'emploie à créer un climat de travail ouvert afin de donner au client la liberté et l'espace lui permettant entre autres d'exprimer ses besoins, de clarifier ses attentes et de manifester ses intérêts et préférences.

_L'ÉVALUATION INITIALE RIGOUREUSE ET D'AUTRES ACTIVITÉS D'ÉVALUATION

La description que fait le guide explicatif de l'évaluation initiale rigoureuse précise qu'il faut tenir compte de l'existence d'un diagnostic, notamment d'un trouble mental. Cela ne signifie pas pour autant qu'il faille dans tous les cas procéder à l'évaluation des troubles mentaux ni, s'il faut le faire, que ce soit le psychothérapeute lui-même qui s'en charge. De fait, l'évaluation des troubles mentaux, de même que l'évaluation des troubles neuropsychologiques, pour ne nommer que ces deux évaluations, peuvent et dans certains cas doivent s'ajouter à l'évaluation initiale rigoureuse.

L'évaluation initiale rigoureuse se distingue toutefois des autres évaluations possibles par sa finalité propre. Le guide explicatif précise à cet égard que :

Les objectifs sous-jacents à cette évaluation [déterminer la pertinence d'entreprendre une psychothérapie] font qu'elle se distingue de l'évaluation de la condition mentale et de l'évaluation des troubles mentaux, du retard mental et des troubles neuropsychologiques. (guide explicatif, section 5.6.1)

L'évaluation des troubles mentaux (incluant le retard mental et les troubles sexuels⁴) a pour finalité de conclure sur la présence d'un trouble mental alors que l'évaluation des troubles neuropsychologiques vise à conclure à la présence d'une dysfonction des fonctions mentales supérieures ou fonctions cognitives. Lorsque de telles évaluations s'ajoutent à l'évaluation initiale rigoureuse, le psychothérapeute doit en tenir compte pour juger de la pertinence d'entreprendre une psychothérapie.

La pertinence d'ajouter l'évaluation des troubles mentaux et des troubles neuropsychologiques

Le psychothérapeute utilise son jugement clinique pour repérer ce qui est de l'ordre d'un mal-être, d'une difficulté ou d'un problème situationnel et s'assurer que ce qui est rapporté ne découle pas notamment de la présence d'un trouble mental ou d'un trouble neuropsychologique. Si son évaluation des

manifestations, difficultés ou symptômes l'amène à soulever l'hypothèse de la présence d'un de ces troubles, le psychothérapeute non habilité à leur évaluation doit considérer l'orientation de son client vers un professionnel habilité.

En ce qui a trait à l'évaluation des troubles mentaux, les psychothérapeutes qui n'y sont pas habilités détiendront tout de même les compétences pour pouvoir en tenir compte. En effet, le règlement de l'Office des professions sur le permis de psychothérapeute fait état de critères de formation théorique de niveau universitaire qui leur permettront de relever des manifestations, difficultés ou symptômes leur servant soit à dépister un trouble mental ou un trouble neuropsychologique, soit à en apprécier la présence⁵, dans le but de déterminer la pertinence d'entreprendre une psychothérapie.

Ce qui suit est extrait du guide explicatif et présente une partie de la formation théorique dont il est ici question :

- 180 heures portant sur la classification des troubles mentaux, la psychopathologie et les problématiques reliées au développement humain, dont la compréhension par les différents modèles d'intervention, des classifications reconnues, dont le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM) et la Classification internationale des maladies (CIM) et leurs modifications ultérieures, des cycles de vie et des grandes problématiques qui y sont associées;

Formation post-gradée
à l'approche ericksonienne

RP00308-13

Hypnose en situation d'urgence

PA00387-12

et autres formations



L'utilisation de l'imaginaire chez
l'enfant et l'adolescent dans la
psychothérapie ericksonienne

PA00553-13

FORMATION RECONNUE PAR L'ORDRE DES PSYCHOLOGUES DU QUÉBEC


INSTITUT MILTON H. ERICKSON
QUÉBEC

Pour obtenir plus de renseignements :
Institut Milton H. Erickson du Québec Inc.
Téléphone et fax : 1 819 842-4549
ericksonquebec@ericksonquebec.org
www.ericksonquebec.org

- 45 heures portant sur le lien entre la biologie et la psychothérapie dont les relations somatopsychiques et psychosomatiques, la pertinence et les limites de l'intervention psychothérapeutique et sur une connaissance générale de l'anatomie et de la physiologie du système nerveux central et des psychotropes;
- 45 heures portant sur l'éthique et la déontologie, dont les devoirs et les obligations du psychothérapeute envers le client, le public et l'exercice de la psychothérapie⁶.

De plus, le psychothérapeute, comme tous les autres professionnels, est encadré par un Code de déontologie en vertu duquel notamment :

- il ne peut s'engager dans une pratique pour laquelle il n'aurait pas les compétences, c'est-à-dire qu'il ne peut pas procéder à l'évaluation des troubles mentaux ou des troubles neuropsychologiques s'il n'y est pas habilité, bien qu'il puisse dépister ou apprécier ces troubles;
- il ne peut tirer de conclusions sur la base d'informations insuffisantes, c'est-à-dire qu'il ne peut conclure sur la présence d'un trouble mental ou d'un trouble neuropsychologique s'il n'est pas habilité à en faire l'évaluation;
- il est tenu de consulter des collègues lorsque la situation du client le requiert, c'est-à-dire qu'il doit sérieusement considérer, comme on le verra, la pertinence d'orienter son client vers un autre professionnel lorsqu'il soupçonne la présence d'un trouble mental ou d'un trouble neuropsychologique qu'il ne peut attester.

Ainsi, en présence d'indices cliniques laissant présager la possibilité qu'un trouble mental ou un trouble neuropsychologique contribue aux difficultés et problèmes présentés ou en soit la source, le psychothérapeute devrait diriger son client vers un professionnel habilité pour procéder à l'investigation plus poussée que permet l'exercice de l'activité d'évaluation réservée. C'est particulièrement important dans la perspective d'élaborer le plan de traitement, étant donné entre autres les risques que la condition du client, au moment où il consulte à tout le moins, soit telle qu'il ne pourrait bénéficier des services de psychothérapie envisagés.

Il y a également d'autres situations qui nécessitent que le psychothérapeute non habilité à l'évaluation des troubles mentaux ou neuropsychologiques oriente son client vers un professionnel habilité. C'est le cas notamment lorsqu'on envisage d'offrir une psychothérapie dont le processus est formalisé dans un manuel technique (psychothérapie dite « manualisée ») et taillé sur mesure pour des personnes qui présentent un trouble mental particulier (p. ex. trouble d'anxiété généralisée) ou encore une psychothérapie pour laquelle on dispose de données probantes quant à son efficacité pour traiter tel ou tel trouble mental bien circonscrit⁷.

_CONCLUSIONS

Procéder à l'évaluation initiale rigoureuse fait partie des règles encadrant l'exercice de la psychothérapie. Les résultats de cette évaluation guident la décision d'entreprendre une psychothérapie, au regard des connaissances et compétences dont dispose le psychothérapeute. Il ne faut pas croire qu'il faille procéder obligatoirement et en toutes circonstances à l'évaluation des troubles mentaux sous prétexte qu'une certaine proportion des personnes qui consultent en psychothérapie présentent un trouble mental. L'évaluation initiale rigoureuse peut et doit être faite par le psychothérapeute et cela peut impliquer l'engagement de collègues professionnels, notamment pour procéder à d'autres évaluations qui peuvent s'avérer nécessaires et qu'il ne serait pas habilité à faire.

C'est l'exercice du jugement professionnel qui permet de voir, au cas par cas, ce qui est précisément et concrètement requis d'évaluer en sus de l'évaluation initiale rigoureuse afin de déterminer la pertinence d'entreprendre une psychothérapie. Il faut garder à l'esprit que l'évaluation initiale rigoureuse sert à s'assurer que ce qui est proposé au client est un traitement adéquat, conséquent et porteur, que le psychothérapeute est le bon intervenant auprès duquel le client peut s'engager et que c'est le moment opportun pour ce faire.

_Notes

- 1 C'est nous qui soulignons.
- 2 Office des professions du Québec (coordination) (2012). *Loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines. Guide explicatif*, Gouvernement du Québec [www.opq.gouv.qc.ca/fileadmin/documents/Systeme_professionnel/Guide_explicatif.pdf] (consulté le 26 novembre 2013).
- 3 C'est nous qui soulignons.
- 4 La pratique des sexologues est maintenant encadrée par un ordre professionnel nouvellement créé, soit l'Ordre professionnel des sexologues du Québec. Les sexologues, bien qu'ils ne soient pas autorisés à évaluer les troubles mentaux, sont habilités à évaluer les troubles sexuels qui en font partie.
- 5 Le dépistage et l'appréciation sont des activités qui ne sont pas réservées. La section 3.4.3 du guide explicatif définit ainsi ces activités :
Le dépistage
Activité qui vise à départager les personnes qui sont probablement atteintes d'un trouble non diagnostiqué ou d'un facteur de risque d'un trouble, des personnes qui en sont probablement exemptes. L'intervention de dépistage en elle-même ne permet pas de poser le diagnostic ou d'attester un trouble ou une maladie. Les personnes pour lesquelles le résultat du dépistage s'avère positif sont orientées afin qu'une investigation complémentaire soit effectuée.
L'appréciation
Activité qui se définit par une prise en considération des indicateurs (symptômes, manifestations cliniques, difficultés ou autres) obtenus à l'aide d'observations cliniques, de tests ou d'instruments.
- 6 Pour plus d'information sur les critères de formation et de compétence, nous vous invitons à consulter le Règlement sur le permis de psychothérapeute et à lire la section 5.3.2. du guide explicatif.
- 7 Il ne faut pas comprendre que ces traitements dits manualisés ou qui font l'objet de données probantes et qui s'adressent à des personnes qui présentent un trouble particulier sont nécessairement efficaces pour toutes les personnes qui présentent ledit trouble, puisque, outre le trouble mental, il y a bien d'autres facteurs à considérer en ce qui a trait aux indications et à l'efficacité des traitements.

Les Québécois ne laisseront plus n'importe qui entrer dans leur tête

« Si vous entreprenez une psychothérapie, ne laissez pas n'importe qui entrer dans votre tête. Il pourrait causer beaucoup de dommages. Pour être sûr de consulter un professionnel autorisé par la loi, vérifiez auprès de l'Ordre des psychologues du Québec à votretête.ca. »

Voilà ce que la narration disait, pendant qu'un homme, malhabile, mais sans mauvaise volonté, parcourait une pièce remplie d'objets en porcelaine. L'homme faisait tomber des objets, mais ne s'en préoccupait pas. Le concept, fort et imagé, a littéralement marqué l'imaginaire de la population. Diffusée sur les grands réseaux de télévision pendant un mois, la campagne de publicité télévisée sur l'encadrement de la psychothérapie a eu un impact important auprès de la population. Les relations de presse sur la sortie de la campagne, la fréquentation du microsite Web votretete.ca, l'augmentation du nombre d'appels à l'Ordre et au service de référence le démontrent!



_DES OBJECTIFS AMBITIEUX... POUR 30 SECONDES DE TÉLÉ!

Le principal objectif de cette campagne était de sensibiliser la population à l'importance de vérifier si le professionnel que l'on désire consulter en psychothérapie est bien autorisé à exercer. L'Ordre désirait aussi informer la population de l'existence d'une loi encadrant la psychothérapie, tout en encourageant les psychothérapeutes à déposer des demandes de permis. Enfin, il était souhaitable de faire comprendre au public que l'Ordre des psychologues du Québec est devenu le guichet unique en psychothérapie et qu'il peut s'y référer pour trouver un professionnel, obtenir des renseignements sur la pratique de la psychothérapie ou encore signaler des pratiques douteuses. Tant d'objectifs dans un format de 30 secondes de télé sont impossibles à combler. Pour mieux répondre aux objectifs de transmission d'information au public, le site votretete.ca a été créé.

_LA MEILLEURE DES CHANCES AVEC UN PLACEMENT MÉDIAS EFFICACE

La télévision a été retenue comme médium de prédilection pour rejoindre le maximum de gens possible, peu importe le sexe, le niveau de scolarité ou le revenu. Durant la période de diffusion s'échelonnant du 7 octobre au 3 novembre 2013, 90 % de la population est censée avoir vu la publicité en moyenne 8 fois. Les diffuseurs de la campagne ont été TVA, Radio-Canada, LCN, RDI, Canal Vie et Moi&cie. 26 % du poids médias a été réparti dans les 20 émissions récoltant le plus de cotes d'écoute et 25 % du poids médias a été réparti dans des émissions reliées aux nouvelles ou aux affaires publiques.

Puisque la campagne invitait la population sur le site votretete.ca, l'achat de mots clés sur Google pour générer du trafic vers le site était également très pertinent.

BILAN PAR INDICATEURS, AU 4 NOVEMBRE 2013

Visionnements sur YouTube	10 455
Microsite (votretete.ca)	
Nombre de visiteurs uniques	17 076
Durée moyenne des visites	1 min 53 s
Trafic provenant de Google	43,5 %
Trafic avec adresse directe (votretete.ca)	28,6 %
Trafic provenant de lapresse.ca (lien dans un article)	13,7 %
Nombre d'utilisateurs de l'annuaire	4 548
Nombre moyen de recherches par utilisateur	2,7
Nombre de clics vers le site Web de l'Ordre	4 961
Site Web de l'Ordre (augmentation de la fréquentation)	
L'ensemble du site	12 %
Le service de référence en ligne	55 %
La page Obtenir un permis de psychothérapeute	28 %
Nombre de signalements pour exercice illégal pendant la campagne	48
Augmentation des appels téléphoniques au service de référence	28 %

_UN IMPACT INDÉNIABLE

Il est rare que les médias s'intéressent aux lancements de publicités télévisées. Après avoir publié un communiqué de presse, l'Ordre a sollicité plusieurs journalistes et une dizaine d'entrevues ont été accordées par la présidente de l'Ordre, M^{me} Rose-Marie Charest. Les signalements pour exercice illégal de la psychothérapie ont été le meilleur levier pour obtenir une couverture médiatique sur la campagne de publicité.

Avec 17 076 visiteurs uniques en seulement quatre semaines, l'utilisation du microsite Web a été un vif succès. L'agence Cossette, responsable du mandat, nous a confirmé que ce nombre est très important en regard du genre de la publicité et nettement supérieur à plusieurs publicités comparables ne passant généralement pas le cap des 15 000 visiteurs. Les gens ont passé en moyenne près de deux minutes sur le site, ce qui signifie que le contenu est pertinent et que la structure du site est agréable. Il a été judicieux d'acheter des mots clés sur Google, car 43,5 % du trafic provient du moteur de recherche. Le message publicitaire a été retenu par 28,6 % des visiteurs qui ont inscrit directement dans leur barre d'adresse « votretête.ca ». Il est étonnant de remarquer que 13,7 % du trafic du microsite provient du site lapresse.ca; c'est dans un article de Marie-Claude Malboeuf sur la campagne publicitaire, publié le 8 octobre, qu'a été inséré un lien vers le microsite. Ce lien a été très utilisé par les lecteurs de lapresse.ca.

Près du tiers des personnes naviguant sur le microsite ont consulté l'annuaire pour vérifier si leur professionnel est autorisé et ils ont en moyenne cherché 2,7 fois.

Le site Web de l'Ordre a également connu une augmentation de trafic : des 6 922 visiteurs uniques de plus, 4 961 provenaient du microsite. La page Web la plus consultée a été celle du service de référence, à raison de 5 594 visiteurs de plus qu'à l'habitude. Il s'agit d'une augmentation de 55 % de l'achalandage.

L'annuaire des professionnels du site Web de l'Ordre n'a pas été plus consulté qu'en temps normal, ce qui signifie que la fonction de recherche a été pleinement remplie par le microsite. Bien que le secrétariat général de l'Ordre n'ait pas remarqué d'augmentation des demandes de permis de psychothérapeute pendant la période de la campagne, plusieurs personnes ont pris des renseignements sur les exigences et la délivrance du permis, car la page Web « Obtenir un permis de psychothérapeute » a connu une hausse de fréquentation de 28 %.

Par ailleurs, la publicité a été diffusée sur YouTube et a récolté 10 455 visionnements. Puisque la vidéo n'était pas affichée sur le microsite et n'y faisait pas référence via un lien, nous pouvons en conclure que les médias sociaux sont responsables de l'engouement envers la publicité sur YouTube.

_CONCLUSION

Les statistiques le démontrent, la campagne publicitaire a eu beaucoup d'impact. Un des facteurs clés de cet impact réside dans le concept de la publicité. L'Ordre des psychologues a fait preuve d'audace en choisissant un concept aussi percutant. Nous avons reçu des dizaines de commentaires de psychologues et du public sur la publicité, une forte majorité nous manifestant leur satisfaction et une faible minorité, leur insatisfaction. La télévision est un médium puissant... espérons que l'effet de la campagne se traduise également dans le temps!

Institut d'analyse eidétique

L'image mentale, comme représentation interne du vécu, offre un accès privilégié aux dimensions somatique, affective et cognitive de la personne. Au-delà des mots et du récit, l'image eidétique permet le contact avec soi et favorise la réparation.

Activités de formation 2013-2014

Imagerie mentale en psychothérapie : fondements et bases d'intervention CPQ # RA00170-12 Louise Caouette, Ph.D. Saguenay : 15 et 16 novembre 2013 Montréal : 17 et 18 janvier 2014 Québec : 7 et 8 février 2014	Intensifier l'expérience de présence en psychothérapie CPQ # RA00189-12 Louise Caouette, Ph.D. Montréal : 25 et 26 avril 2014 Québec : 9 et 10 mai 2014
--	---

Louise Caouette, Ph.D.
Psychologue,
Directrice de l'IAE

Accompagnée de
Ludovique Dubourg-Lamvée, M.Ps.
Grace Mc Collough, M.Ps., psychologues

À surveiller !

Programme intégré de formation clinique à la psychothérapie eidétique
Début : Automne 2014 / Lieu : Québec
www.image-eidetique.com

Information et inscription : www.image-eidetique.com • info@image-eidetique.com • 418 653-0193

Les faits saillants des lignes directrices pour l'évaluation de la dyslexie chez les enfants

Par D^{re} Nathalie Girouard, psychologue, conseillère à la qualité et au développement de la pratique



L'Ordre des psychologues du Québec produit des lignes directrices dans le but de baliser l'exercice d'activités professionnelles nouvelles, complexes, qui évoluent ou encore qui sont à risque de préjudice pour la clientèle.

L'évaluation de la dyslexie est de fait relativement complexe et les personnes qui en sont affectées sont à risque de préjudice. De plus, psychologues et neuropsychologues peuvent être mobilisés dans une pratique évaluative commune ou encore spécifique. Dans ce dernier cas, il est utile d'en connaître la différence. C'est sous ces considérations que nous avons travaillé à la production de lignes directrices que nous avons maintenant le plaisir de vous présenter.

LA PORTÉE DES LIGNES DIRECTRICES

Les lignes directrices visent à identifier les meilleures pratiques. Elles sont un outil à caractère pédagogique qui tient compte des connaissances scientifiques et professionnelles actuelles. Elles visent à encourager la mise en place de pratiques évaluatives rigoureuses. Il est important de souligner par ailleurs que les lignes directrices ne se substituent pas aux autres documents scientifiques ou professionnels qui balisent certains aspects de l'exercice professionnel. Elles ne remplacent pas non plus les formations spécialisées qui permettent d'acquérir les connaissances requises afin de procéder à l'évaluation de la dyslexie.

L'OBJET DES LIGNES DIRECTRICES

Les premiers travaux portaient initialement sur l'évaluation des troubles des apprentissages et des troubles de la communication, puis ils ont été centrés sur l'évaluation spécifique de la dyslexie chez les enfants. Ce resserrement des travaux était notamment motivé par le taux de prévalence de ce trouble et les nombreux défis qu'il pose aux enfants et à leur famille. Bien que plusieurs articles scientifiques et autres documents aient été publiés sur la dyslexie, plusieurs de ceux-ci n'étaient pas pertinents puisqu'ils référaient à une définition des troubles d'apprentissage et des critères d'identification tirés d'une législation américaine. Comme aucun autre guide, à notre connaissance, ne décrivait le processus d'évaluation à privilégier, il devenait important d'élaborer des lignes directrices pour nos membres, puisque des différences parfois notables sur ce plan pouvaient être observées dans différents milieux ou secteurs de pratique (exercice en milieu scolaire, en bureau privé, en neuropsychologie).

Il faut noter de plus que les lignes directrices n'abordent pas la question du traitement de la dyslexie. On propose une démarche évaluative basée sur les critères diagnostiques du DSM-5 qui, en plus de permettre de conclure sur le plan diagnostique, permet

de cibler les besoins de l'enfant, de développer des interventions spécifiques aux difficultés présentées et d'identifier les services de soutien ou les mesures d'accompagnement favorisant le développement de son potentiel.

LA DÉMARCHE DE TRAVAIL

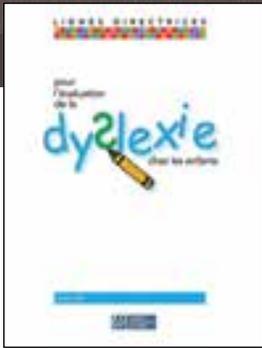
La rédaction des lignes directrices a été un long processus au cours duquel on a retenu, selon les besoins, les services de doctorants, de chercheurs ou de cliniciens experts. On a aussi bénéficié de l'appui des services de la conseillère juridique de l'Ordre pour les questions réglementaires et juridiques. Notre souci était que soient bien représentés les secteurs de pratique concernés (enseignement et recherche, psychologie scolaire, neuropsychologie). Des recherches documentaires ont été effectuées et ciblaient la démarche évaluative de la dyslexie. Les lignes directrices ont ensuite été soumises à plusieurs reprises en consultation afin qu'elles soient validées sur les plans professionnel, scientifique et réglementaire.

LE CONTENU DES LIGNES DIRECTRICES

Les lignes directrices comprennent sept sections et quatre annexes. Les trois premières sections abordent l'utilité du diagnostic psychologique de la dyslexie, la définition et la prévalence de ce trouble, de même que les différents facteurs impliqués dans son étiologie. En ce qui a trait au diagnostic psychologique, on souligne que bien que les écoles publiques de niveau primaire et secondaire voient à offrir d'emblée des services adaptés aux besoins des enfants qui ont des difficultés d'apprentissage, il demeure que la confirmation de ce trouble est nécessaire pour obtenir des services ou des mesures d'accommodation ou de soutien aux niveaux collégial et universitaire et à tous les niveaux dans les écoles du réseau privé. Conclure à la présence de dyslexie permet aussi à l'enfant et à sa famille de mieux comprendre la nature des difficultés éprouvées et facilite l'accès à de l'information ou à du soutien complémentaires et disponibles auprès d'associations ou regroupements dédiés ou de professionnels ayant une expertise dans ce domaine.

La démarche évaluative et le DSM-5

Le cœur du sujet, soit la démarche évaluative, débute à la section 4. On y présente les critères diagnostiques du trouble spécifique des apprentissages, comme le désigne maintenant le DSM-5. En effet, le DSM-5 introduit des changements. On y regroupe les différents troubles des apprentissages en une seule entité diagnostique, pour ensuite spécifier des domaines et sous-domaines d'apprentissages qui peuvent être atteints (p. ex. trouble spécifique des apprentissages avec atteinte de la lecture, le terme dyslexie étant en somme un synonyme reconnu). Le DSM-5 ouvre de plus sur une nouvelle perspective, soit celle de la détermination du degré de sévérité. Ainsi le trouble spécifique des apprentissages peut être



qualifié de léger, de modéré ou de sévère. Il est toutefois important de souligner que, peu importe le degré de sévérité observé, la

présence confirmée de dyslexie justifie la nécessité d'offrir des services adaptés aux besoins de l'enfant.

Quelques éléments clés

Le propre de la démarche évaluative débute à la section 5 du document. L'on propose une démarche qui tient compte des éléments importants à recueillir. La cueillette d'information vise à documenter notamment le contexte personnel, familial, médical et socioculturel de l'enfant. Elle vise également à recueillir de l'information sur le contexte d'apprentissage de l'enfant (p. ex. vérifier si l'enfant a été exposé à des pratiques d'enseignement démontrées efficaces, si l'enfant a bénéficié d'interventions pédagogiques complémentaires). L'on convient qu'en l'absence d'informations relatives au contexte d'apprentissage scolaire, on ne pourrait conclure à la présence de dyslexie. On souligne l'importance de la collaboration entre le psychologue mandaté et les différents professionnels et intervenants qui travaillent auprès de l'enfant à l'école. On aborde ensuite l'évaluation psychométrique, laquelle comprend l'évaluation du fonctionnement intellectuel de même que l'évaluation du rendement en lecture et en écriture. Par ailleurs, la dyslexie se présente fréquemment en présence d'autres troubles ou conditions. Une section abordant le diagnostic différentiel et les troubles concomitants a donc été élaborée pour aider à mieux cerner les différents troubles pouvant être associés au trouble spécifique des apprentissages, se confondre avec celui-ci ou générer des difficultés du même ordre.

Les conclusions cliniques et les recommandations

Les conclusions cliniques et les recommandations du psychologue sont présentées à la section 6 du document. On y apprend que pour que la présence de dyslexie puisse être confirmée, l'enfant doit avoir eu l'occasion d'apprendre à lire, en ayant été exposé à un enseignement efficace, et ce, sur une période de plusieurs mois. On rapporte qu'un des critères diagnostiques du DSM-5 est la persistance des difficultés de lecture durant au moins six mois. On nous invite également à la prudence en ce qui a trait à ce délai de six mois, puisqu'il constitue véritablement un délai minimum durant lequel l'enfant a été exposé à l'apprentissage de la lecture. En termes d'âge, il y a un consensus selon lequel il ne serait pas indiqué de conclure à la présence de dyslexie avant que l'enfant n'ait 7 ans. En ce qui a trait aux recommandations du psychologue, elles visent à identifier les besoins de l'enfant et les objectifs d'intervention à établir. Ces recommandations doivent être adaptées à la situation de l'enfant, de ses parents et tenir compte du milieu scolaire. Le psychologue peut aussi recommander des moyens concrets pour que l'enfant qui présente une dyslexie reçoive tout le soutien et l'attention requis, comme des aides technologiques à l'apprentissage.

L'apport du neuropsychologue

La section 7 du document porte sur la démarche évaluative en neuropsychologie. En bref, on y présente une autre conceptualisation de la dyslexie, celle-ci impliquant une façon différente de l'évaluer. Le diagnostic neuropsychologique y est expliqué et permet d'entrevoir la spécificité du travail du neuropsychologue et le contexte qui peut justifier de procéder à une évaluation neuropsychologique. De fait, il peut s'avérer important d'orienter un enfant en neuropsychologie dans certains cas complexes (p. ex. en présence d'un traumatisme craniocérébral, d'épilepsie) ou lorsqu'on suspecte la présence de certaines dysfonctions cognitives. Les recommandations issues d'une évaluation neuropsychologique permettent aussi d'établir le profil cognitif de l'enfant et d'identifier les problématiques pour lesquelles une rééducation serait profitable.

Les annexes

En ce qui a trait aux annexes, la première illustre de manière schématique les points saillants de la démarche évaluative. La seconde présente le processus de production des lignes directrices. Dans la troisième annexe, on aborde brièvement un modèle explicatif de la dyslexie, soit le modèle à double voie. Ce modèle identifie deux procédures impliquées dans la lecture et l'écriture, soit la procédure lexicale et la procédure phonologique. On y fait référence puisqu'il permet notamment d'élaborer un plan d'intervention pédagogique et orthopédagogique adapté aux besoins de l'enfant. La dernière annexe présente, à titre informatif, l'évolution des concepts et de la terminologie au fil du temps.

_EN BREF

Il faut retenir des lignes directrices que l'évaluation de la dyslexie doit reposer sur une démarche évaluative rigoureuse. La collecte d'information doit à la fois inclure une anamnèse détaillée et tenir compte du contexte d'apprentissage de l'enfant. L'évaluation du fonctionnement intellectuel, du rendement en lecture et en écriture doit être faite, tout comme l'évaluation des conditions ou troubles concomitants, ce qui nécessite une bonne connaissance des principaux troubles pouvant être associés à la dyslexie. Comme la dyslexie est un trouble spécifique des apprentissages, dont les manifestations et la sévérité varient d'un enfant à l'autre, le jugement et l'expérience cliniques du psychologue prennent ici toute leur importance.

Nous espérons que ces lignes directrices permettront le déploiement d'une démarche évaluative standardisée et qu'elles seront également utiles à tous ceux qui sont impliqués auprès des enfants (professionnels, intervenants, personnel-cadre et autres décideurs), dans les milieux où ces derniers se trouvent et où se prennent des décisions à leur égard.

Les lignes directrices se trouvent dans le site de l'Ordre et sont accessibles à l'adresse URL suivante : www.ordrepsy.qc.ca/dyslexie



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

PSYCHOLOGIE DE LA PERSONNALITÉ

Responsable de la formation : Monique Bessette, Ph. D.

► NOUVELLE FORMATION

- **Troubles de la personnalité : atelier d'intégration des outils d'intervention (9 heures)**

Montréal 260 \$ (taxes incluses)
Groupe A les 14 et 15 février 2014
Groupe B les 30 et 31 mai 2014

► FORMATIONS 2014

- **Troubles de la personnalité : introduction à l'intervention (nouveau format 2 jours)**

Montréal 335 \$ (taxes incluses)
Groupe B les 20 et 21 février 2014

- **Réadaptation physique et troubles de la personnalité : impacts sur les interventions**

Montréal 335 \$ (taxes incluses)
les 30 et 31 janvier 2014

- **La régulation émotionnelle du thérapeute avec la clientèle souffrant de troubles de la personnalité**

Montréal 335 \$ (taxes incluses)
les 1er et 2 mai 2014

Québec 380 \$ (taxes incluses)
les 23 et 24 octobre 2014

- **Troubles de la personnalité : intervention de crise et gestion du risque suicidaire**

Montréal 335 \$ (taxes incluses)
les 16 et 17 octobre 2014

Sherbrooke 380 \$ (taxes incluses)
les 22 et 23 mai 2014

Québec 380 \$ (taxes incluses)
les 12 et 13 juin 2014

- **Troubles alimentaires et troubles de la personnalité : traitement intégré**

Montréal 335 \$ (taxes incluses)
les 10 et 11 avril 2014

Nos formations sont reconnues par l'Ordre des Psychologues du Québec pour les crédits de formation continue en psychothérapie

80 PSYCHOLOGUES SE RENDENT À L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE ANNUELLE

C'est le 21 novembre dernier que s'est tenue l'assemblée générale annuelle de l'Ordre des psychologues du Québec au Château Frontenac, à Québec, attirant 80 membres. Un rapport des activités de l'Ordre et le bilan financier ont été présentés, de même que les suivis donnés par le conseil d'administration aux recommandations formulées par l'assemblée générale l'an dernier.

Le rapport annuel 2012-2013, incluant le rapport des activités de l'Ordre et le bilan financier, est maintenant disponible sur le site Web.

Sur la photo figurent M^{me} Suzanne Malette, directrice des services administratifs, M. Stéphane Beaulieu, secrétaire général, M^{me} Simone Landry, psychologue et animatrice de l'assemblée, M^{me} Rose-Marie Charest, psychologue et présidente de l'Ordre, et le D^r Nicolas Chevrier, psychologue et vice-président de l'Ordre.



AVIS DE CONSULTATION

Un avis de consultation est joint en insertion avec la présente édition du magazine *Psychologie Québec*. Cette consultation au sujet de modifications apportées au Règlement sur une activité de formation des psychologues pour l'évaluation des troubles neuropsychologiques est effectuée en conformité avec l'article 95.3 du Code des professions.

Si vous souhaitez formuler des commentaires au sujet de ces modifications, vous pouvez les transmettre par écrit à l'intention de M. Stéphane Beaulieu, secrétaire général, au plus tard le 13 février 2014 à 17 h, par courriel : secretariatgeneral@ordrepsy.qc.ca ou à l'adresse suivante :

Stéphane Beaulieu, secrétaire général
Ordre des psychologues du Québec
1100, avenue Beaumont, bureau 510
Mont-Royal (Québec) H3P 3H5

Le rôle du psychologue dans la gestion et la prévention de la chronicité

La chronicité peut se définir comme étant « le caractère d'un trouble de santé mentale qui évolue longtemps, voire toute la vie, avec ou sans phases aiguës ou rémissions, entraînant à la longue une altération plus ou moins accentuée des fonctions psychiques » (*Dictionnaire de psychiatrie*, 2011). Cette définition renvoie à des notions de durée, d'évolution (stabilité, fluctuation, récurrence) et de fardeau. La chronicité des troubles de santé mentale est préoccupante à l'échelle mondiale, car les troubles mentaux sont connus pour débiter beaucoup plus tôt que la plupart des troubles de santé physique (Kessler et coll., 2007). Or, la santé physique et la santé mentale sont fondamentalement liées. Les résultats d'une enquête de l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 2004) montrent que les troubles mentaux débutant tôt dans la vie sont des prédicteurs significatifs de la survenue ultérieure et de la persistance d'un large éventail de troubles physiques. Chez les personnes qui souffrent de troubles mentaux, le risque de souffrir d'un trouble physique est plus élevé, parce que leur système immunitaire fonctionne moins bien, leur comportement sanitaire laisse à désirer, ils négligent leur traitement médical et il leur est plus difficile d'obtenir un traitement pour les troubles physiques.

Les troubles mentaux chroniques, du fait de leur impact sur les liens sociaux, s'inscrivent dans la trajectoire de vie, des apprentissages, de la vie affective, de la famille, de l'emploi, du vieillissement, etc. De ce fait, les psychologues doivent prendre en compte tous ces aspects tant dans le soutien à l'adaptation que dans la diversité des soins et des accompagnements nécessaires afin de permettre aux personnes concernées de mieux vivre avec la maladie.

Les rôles que les psychologues peuvent jouer dans la prévention et la gestion de la chronicité sont, sans aucun doute, nombreux. Les quatre textes publiés dans le présent dossier suggèrent diverses avenues : l'accompagnement dans l'adaptation, l'aide à la responsabilisation dans le traitement et la régulation des émotions (Trahan), l'identification précoce des troubles de santé mentale débutant généralement à l'adolescence, tels les troubles anxieux, et le suivi de leur évolution afin de prévenir qu'ils deviennent chroniques (Turgeon), le dépistage d'événements traumatiques et la prévention des troubles de santé mentale chroniques (état de stress post-traumatique, dépression, troubles de la consommation) pouvant en découler (Marchand), et enfin l'encouragement de l'acceptation de la maladie chronique, tel un problème de douleur, afin d'enseigner à la personne à mieux vivre avec sa condition médicale (Dionne).

Une maladie chronique peut engendrer beaucoup de stress chez un individu et son entourage et la famille peut s'avérer un facteur clé dans l'aide et le soutien à apporter à un individu aux prises avec un trouble de santé mentale. Par contre, très peu de psychologues considèrent intégrer un proche significatif dans leur plan de traitement. L'intégration de stratégies visant à évaluer et à améliorer le soutien social des individus aux prises avec un problème de santé mentale chronique peut s'avérer bénéfique dans le cadre d'un traitement. Notamment, elle peut apporter au clinicien un éclairage sur le contexte conjugal, familial et social dans lequel l'individu évolue et identifier les composantes du soutien qui sont déficitaires et celles qui sont adéquates et soutenir le client dans les stratégies qui lui conviennent le mieux (Caron et Guay, 2005). De nombreux troubles de santé mentale (dépression, troubles anxieux, schizophrénie, etc.) et physiques (douleur chronique, arthrite rhumatoïde, cancer, etc.) ont fait l'objet de recherche et de développement d'interventions visant à améliorer la compréhension des proches. À cet effet, Hogan, Linden et Najarian (2002) ont effectué une recension des

écrits portant sur l'évaluation des interventions de soutien social auprès de personnes aux prises avec divers problèmes de santé mentale et physique chroniques. Les principales stratégies d'intervention recensées consistaient à augmenter la compréhension des proches vis-à-vis du problème, à modifier les attitudes dysfonctionnelles qui interfèrent avec le soutien social donné ou reçu, à renforcer les liens avec les membres positifs du réseau, etc. Les habiletés des proches à offrir un soutien adéquat à un patient peuvent être bonifiées par l'entremise de la psycho-éducation sur le trouble de santé mentale ou physique, de la modification des attentes irréalistes concernant l'évolution du ou des troubles, d'une meilleure connaissance des comportements d'aide pertinents et de l'encouragement à communiquer ouvertement au sujet des difficultés. Les études recensées semblent soutenir l'efficacité de ces interventions. En effet, des 100 projets de recherche à l'étude, 83 % rapportent que les interventions de soutien ont au moins certains effets bénéfiques par rapport au groupe contrôle ou à l'absence de traitement. Un article paru précédemment dans *Psychologie Québec* suggère d'autres effets associés à ce type d'interventions (Guay, 2005).

En conclusion, les troubles mentaux et les troubles physiques agissent les uns sur les autres dans une relation complexe et bidirectionnelle. Lorsque les troubles mentaux ne sont pas bien traités, l'issue des troubles physiques qui les accompagnent est très compromise. Le poids de la chronicité des troubles et la souffrance qu'ils entraînent pour l'individu et l'entourage demande au psychologue qu'il intervienne à plusieurs niveaux.



D^r Stéphane Guay / Psychologue, Ph. D.

Le D^r Guay est psychologue et professeur à l'École de criminologie de l'Université de Montréal. Il est également directeur du Centre d'étude sur le trauma au Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal. Le D^r Guay est le psychologue expert invité au comité de rédaction pour ce dossier sur la chronicité.

_Bibliographie

Caron, J., Guay, S. (2005). Soutien social et santé mentale : concept, mesures, recherches récentes et implications pour les cliniciens. *Revue Santé mentale au Québec*, XXX (2), 15-42.

Dictionnaire de psychiatrie (2011). *Dictionnaires de médecine*. Académie nationale de médecine, Paris, France.

Guay, S. (2005). Vivre avec un individu aux prises avec un trouble anxieux. *Psychologie Québec*, mai, p. 30-32.

Hogan, B. E., Linden, W., Najarian, B. (2002). Social support interventions: Do they work? *Clinical Psychology Review*, 22, 381-440.

Kessler RC, Amminger GP, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Lee S, Üstün TB. (2007). Age of onset of mental disorders: a review of recent literature. *Current Opinion in Psychiatry*, 20, 359-364.

Organisation mondiale de la santé (2004). *La situation de la santé mentale*. Genève, Suisse [www.who.int/mental_health/policy/Situation_de_sante_mentale_final.pdf] (consulté le 30 novembre 2013).



Dr André Marchand / Psychologue

Le Dr Marchand est professeur titulaire au Département de psychologie de l'Université du Québec à Montréal et codirecteur du Centre d'étude du trauma affilié au Centre de recherche de l'Institut universitaire de Montréal.

Peut-on prévenir et traiter l'ÉSPT chronique?

L'objectif principal de cet article est de faire le point sur les perspectives actuelles et futures des meilleures pratiques de prise en charge des personnes aux prises avec un état de stress post-traumatique (ÉSPT) dit chronique, c'est-à-dire d'une durée approximative de trois mois ou plus après l'événement traumatique (ÉT). Avant toute chose, il est important de bien définir ce qu'on entend par un événement potentiellement traumatique et d'indiquer les principales réactions immédiates, postimmédiates et chroniques qui peuvent survenir à la suite d'un tel incident. Pour qu'un événement soit considéré comme « traumatique », l'individu doit avoir été exposé à un ou plusieurs des événements suivants : mort ou menace de mort; blessure grave ou menace de blessure grave; délit sexuel ou menace de délit sexuel, et ce, de l'une ou plusieurs des façons suivantes : vivre l'ÉT soi-même; être témoin d'un tel événement lors de son apparition; apprendre que l'événement est arrivé à un membre de la famille, à un ami proche ou à un parent; vivre une exposition répétée ou extrême aux détails aversifs de l'événement (p. ex. un ambulancier qui récupère les parties d'un corps; un policier exposé de façon répétée à des détails de la maltraitance des enfants). Il est important de souligner que la réaction à un ÉT donné demeure très personnelle et subjective. Elle dépend en fait de facteurs de risque et de protection propres à chaque individu.

À titre indicatif, une proportion importante (70 à 80 %) des gens de la population générale vont vivre au moins un ÉT dans leur vie. De plus, la plupart des victimes ou témoins auront certaines réactions post-traumatiques à la suite d'un ÉT. Le nombre, la fréquence et l'intensité des manifestations peuvent varier beaucoup d'une personne à l'autre. Cela dit, seulement un faible pourcentage d'individus développera un ÉSPT (entre 1 et 14 %). Ces individus vont donc : **réexpérimenter l'ÉT** comme des impressions de revivre fréquemment l'événement, rêves, cauchemars, flash-backs, pensées ou images de l'événement qui reviennent, etc.; **manifester de l'évitement** persistant des stimuli associés au traumatisme comme le désir d'éviter les endroits, des choses, des personnes, etc.; **avoir des altérations cognitives et émotionnelles** comme des croyances négatives sur soi-même, les autres ou le monde, des états émotionnels négatifs et persistants, un sentiment de détachement, un blâme persistant

et exagéré, l'incapacité de ressentir des émotions positives, etc.; **et éprouver des symptômes persistants d'activation neurovégétative** comme des réactions fortes d'anxiété, des difficultés à se concentrer, une impression d'être en état d'alerte, des sursauts fréquents, etc. La présence d'un certain nombre de symptômes parmi ces quatre catégories nécessite une durée de plus d'un mois après l'ÉT afin que nous puissions poser un diagnostic d'ÉSPT. S'ils surviennent au moins six mois après l'ÉT, nous établissons un diagnostic d'ÉSPT avec survenue différée.

Bien que la plupart des individus exposés à un ÉT peuvent vivre de fortes réactions post-traumatiques dans les jours, les semaines, les mois qui suivent l'ÉT, la majorité de ceux-ci récupèrent relativement rapidement et s'adaptent assez bien après un certain laps de temps. Par contre, le taux de rémission ou de rétablissement diminue radicalement une fois que l'individu développe un ÉSPT dit chronique, d'où l'importance de mettre en place des mécanismes de prévention lorsque possible ainsi que de dépister et d'évaluer rapidement les individus à risque. Une fois que les réactions post-traumatiques sont devenues chroniques, l'évolution de la symptomatologie demeure variable avec des périodes d'exacerbation et de rémission partielles. Une évolution chronique est non seulement dommageable pour l'individu, mais souvent jumelée à diverses complications, à une dégradation durable dans la plupart des sphères de fonctionnement, à des répercussions considérables sur la qualité de vie de l'individu et son fonctionnement psychosocial, en plus d'entraîner des coûts sociaux exorbitants ainsi que l'apparition très fréquente (60 à 75 %) d'autres problèmes psychologiques concomitants comme la dépression, des troubles anxieux, des problèmes de santé physique, des troubles de la sexualité, l'abus de drogues, d'alcool ou de médicaments, des problèmes relationnels, etc.

Comment expliquer qu'il existe différentes trajectoires adaptatives des individus? En fait, le retour ou non à une vie normale après un ÉT est souvent fonction de la présence ou de l'absence de différents facteurs prévisionnels qui viendront moduler les réactions post-traumatiques. Il est donc important de pouvoir distinguer quels sont les facteurs qui contribuent à la probabilité que l'exposition à un ÉT ait des conséquences à long terme sur la santé mentale de l'individu. Ces facteurs sont communément appelés facteurs de risque ou de vulnérabilité. Ces derniers perturbent l'équilibre ainsi que l'évolution du développement de l'individu et sont associés avec le développement, le maintien ou l'exacerbation de la symptomatologie post-traumatique.

À l'opposé, les facteurs de protection ou de résilience contribuent à maintenir l'équilibre et le développement des individus et facilitent l'adaptation à la suite d'un ÉT. Il est primordial pour le milieu, pour les aidants, pour les intervenants, pour les proches de pouvoir distinguer les individus qui sont résilients et qui s'en sortent bien de ceux qui sont à risque de développer un ÉSPT chronique. En effet, notre équipe croit de plus en plus que les stratégies les plus efficaces dans la prévention et le traitement de l'ÉSPT chronique sont celles qui visent à diminuer la présence de facteurs de risque et à faciliter l'intégration de facteurs de protection au niveau de l'intervention. Les cliniciens ont avantage à évaluer, outre la symptomatologie post-traumatique, les facteurs de risque et de protection présents. Ils doivent demeurer vigilants, par exemple, à l'égard des individus ayant vécu de fortes réactions physiques d'anxiété ou émotionnelles ou encore de la dissociation au moment du trauma ou immédiatement après, puisqu'il s'agit de facteurs de risque saillants et bien documentés. D'autres facteurs avant et après l'ÉT peuvent aggraver ou maintenir les séquelles post-traumatiques comme le soutien social perçu inadéquat, les événements stressants ultérieurs, la sévérité de l'événement, la présence de traumatismes antérieurs, etc. Évaluer ces aspects peut permettre un dépistage rapide des individus plus à risque et incitera également les intervenants à agir à des fins préventives auprès de ces individus.

Lors de la mise en place d'un programme de gestion des ÉT, il faut envisager trois niveaux de prévention : la prévention primaire, qui consiste à diminuer le risque d'exposition à des ÉT et à préparer les individus à y faire face; la prévention secondaire, qui vise à réduire le risque de développer un ÉSPT chronique ou d'autres troubles psychologiques; et finalement la prévention tertiaire, qui cherche à diminuer les symptômes d'ÉSPT chronique. Généralement, ces trois niveaux de prévention ciblent différents types de victimes ou de survivants avec des besoins distincts. En effet, il y a ceux qui récupèrent rapidement et requièrent une intervention minimale, comme un dépistage et du soutien informationnel et tangible. Il y a aussi ceux qui vont nécessiter une intervention brève et précoce, donnée rapidement après l'ÉT pour retrouver leur état antérieur de confiance, de bien-être et de sécurité. Finalement, il y a ceux qui manifestent des problèmes psychologiques plus graves, par exemple des symptômes d'ÉSPT chronique, et qui auront besoin d'une psychothérapie ou de services cliniques de plus longue durée.

La prévention primaire. De plus en plus d'études montrent qu'il est possible de mettre en œuvre diverses stratégies (formations, procédures spécifiques, changements dans l'environnement physique, etc.) afin de diminuer la probabilité d'apparition d'un ÉT ou encore d'en limiter les conséquences. Par exemple, les



Société
Québécoise
d'Hypnose inc.

FORMATION CONTINUE EN HYPNOSE

<p>Formation de base en hypnose clinique et médicale</p> <p>Avec Dr Claude Verreault, dentiste, et Michel Landry, psychologue</p> <p>8-9 ET 22-23 FÉVRIER 2014 À MONTRÉAL</p> <p>Cette formation initie les participants-es à la pratique de l'hypnose en tant que mode de communication et outil thérapeutique. La méthodologie privilégiée favorise un apprentissage progressif et intensif des habiletés, des techniques et stratégies de base en hypnose clinique.</p> <p>Cette formation respecte les standards reconnus par l'American Society of Clinical Hypnosis (ASCH) et de l'International Society of Hypnosis.</p> <p>No. de reconnaissance OPQ : RP00212-12 pour 30 heures</p>	<p>Intégration et utilisation de l'hypnose clinique et médicale en psychothérapie</p> <p>Avec Michel Landry, psychologue</p> <p>FORMATION INTERMÉDIAIRE</p> <p>15 ET 16 MARS 2014 À QUÉBEC</p> <p>Cette formation, de niveau intermédiaire, poursuit l'apprentissage de l'hypnose en tant que mode de communication et outil thérapeutique. Cette formation tente de répondre à deux questions : pourquoi et comment l'hypnose en psychothérapie.</p> <p>Elle propose un modèle intégratif, soulignant les nombreuses options d'utilisation et d'applications de l'hypnose clinique et médicale en psychothérapie.</p> <p>No. de reconnaissance OPQ : RA00317-13 pour 14 heures</p>
---	---

Visitez notre site : www.sqh.info Renseignements : **514 990-1205**

organisations qui emploient des populations à haut risque de vivre des ÉT (soldats, policiers, pompiers, ambulanciers, psychoéducateurs, infirmières, etc.) doivent faciliter l'intégration de facteurs de protection dans leurs programmes de formation du personnel. Il existe déjà quelques programmes de formation visant à augmenter la résilience des individus. Les stratégies employées sont diverses et incluent entre autres des interventions de gestion du stress, le recours à l'activité physique et à des exercices de simulations et la présence continue de soutien social. Ces programmes visent aussi à développer la cohésion entre les membres du groupe, les habiletés de communication des individus et à favoriser l'engagement des membres envers leur milieu de travail. Ces programmes sont prometteurs, mais nous devons attendre les résultats d'études empiriques avant de pouvoir conclure à leur efficacité.

La prévention secondaire est essentielle chez les victimes les plus à risque de vivre des séquelles post-traumatiques et de développer un ÉSPT chronique et même chez les personnes dites résilientes. En se basant sur les connaissances actuelles en matière d'intervention d'urgence et de crise, il faut, durant les premiers jours, avant tout secourir, aider les personnes en danger, sécuriser les individus, les lieux et combler leurs besoins pratiques. Il s'agit d'une période où l'intervention immédiate (médicale et psychosociale) vise à apporter une réponse rapide aux personnes ayant été blessées physiquement ou psychologiquement. Au cours de la phase immédiate, les ressources de la victime sont mises à contribution afin qu'elle puisse faire face à la situation, ce qui signifie qu'elle n'est pas apte à bénéficier d'interventions psychologiques qui impliquent une certaine capacité d'attention, d'apprentissage, d'introspection, de retour sur l'ÉT, etc. Le modèle d'intervention recommandé par plusieurs organismes officiels œuvrant en santé mentale est celui dit des « premiers soins psychologiques (PSP) ». Cette approche se base sur le fait reconnu qu'à la suite d'un trauma les personnes vont vivre plusieurs réactions physiques, cognitives, comportementales, émotionnelles, spirituelles qui, avec le temps, peuvent amener une adaptation saine ou dysfonctionnelle, d'où l'importance de bien orienter au départ les mécanismes d'adaptation des personnes pour promouvoir une intégration saine de l'ÉT. Les PSP suggèrent dans la phase immédiate :

- 1) établir avec les victimes un contact qui se veut non intrusif et soutenant,
- 2) procurer la sécurité physique et le confort émotionnel,
- 3) stabiliser et réduire les réactions de stress,
- 4) évaluer les besoins immédiats des victimes,
- 5) fournir l'assistance pratique afin de créer un environnement où les victimes peuvent répondre à leurs besoins de base et commencer à résoudre leurs problèmes,
- 6) assister les victimes dans l'établissement du contact avec leur réseau social,
- 7) fournir des informations facilitant les habiletés à faire face aux réactions de stress aiguës et
- 8) informer et faire le lien avec les ressources d'aide.

Une fois l'état de choc passé et la sécurité assurée, les individus sont plus disposés à recevoir des interventions dites postimmédiates plus structurées. La phase aiguë est donc le moment privilégié pour intervenir de façon brève et précoce dans le but de prévenir la chronicité des réactions post-traumatiques. L'intervention suggérée par les guides de pratique officiels privilégie les rencontres individuelles des personnes les plus directement touchées par l'ÉT plutôt que les rencontres de groupe, afin de réduire le risque d'accroître le choc post-traumatique des participants par l'ajout d'un traumatisme vicariant. Le début de l'intervention peut s'effectuer une ou deux semaines après l'ÉT afin de permettre aux victimes d'être émotionnellement plus disposées à recevoir une intervention. Il est de plus en plus conseillé de ne forcer en aucun cas l'ouverture émotionnelle des personnes touchées, car mettre l'accent sur les



**INSTITUT MONTRÉALAIS
de PSYCHOTHÉRAPIE
ANALYTIQUE**

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

- S'adresse aux psychothérapeutes qui veulent se perfectionner dans l'approche analytique; votre formation permet aussi d'obtenir le titre de TCF.
- Assure une formation pour travailler en réseau public ou en cabinet privé
- Vise l'acquisition de connaissances théoriques et cliniques selon l'approche analytique;
- Echelonne la formation sur trois 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 :
30 avril 2014

Pour information ou demande d'admission, contacter :
 Serge Arpin : 438-674-4477 serge.arpin.ayp@bell.net
 Camille Hamel : 514-645-3880 camillehamel@viducon.ca

www.impa.ca

processus émotionnels est, pour certains, contre-indiqué dans la phase postimmédiate. Les stratégies d'intervention proposées et basées sur des données probantes sont : la thérapie cognitivo-comportementale brève et précoce visant à atténuer les réactions de l'état de stress aigu, tels les reviviscences et l'évitement, ainsi que la promotion d'un soutien social adéquat de la part des collègues, des proches et de l'organisation et la verbalisation des émotions dans un contexte soutenant et sécurisant.

Sur le plan de la prévention tertiaire, l'intervenant doit orienter le traitement vers l'application de stratégies adaptées et efficaces en fonction du type de trauma, du genre ainsi que des forces et limites de l'individu. L'objectif est de diminuer l'effet négatif des facteurs de risque et de faciliter l'intégration des mécanismes de protection. À cet effet, les intervenants peuvent enseigner aux victimes des habiletés de gestion du stress saines, renforcer le sentiment d'efficacité personnelle et modifier les attributions négatives ou irréalistes que la personne entretient. Ils peuvent aussi encourager le développement d'une personnalité robuste en mettant l'accent sur les situations où l'individu a du contrôle, en l'aidant à percevoir les situations stressantes comme des défis et en encourageant l'engagement vers des buts importants. Les connaissances sur le traitement de l'ÉSPT chronique se sont substantiellement accrues récemment. D'une part, les études de traitement ont clairement démontré l'efficacité des thérapies cognitives et comportementales (TCC) à réduire les manifestations de l'ÉSPT chronique ainsi que le trouble de dépression majeure et les troubles anxieux qui y sont associés. Elles bénéficient de l'appui du plus grand nombre d'études et de celles qui sont les mieux contrôlées. Cette approche utilise une panoplie de stratégies d'intervention comme la psychoéducation des réactions post-traumatiques, la restructuration cognitive des pensées dysfonctionnelles favorisant le maintien des symptômes, l'entraînement à la gestion de l'anxiété, les stratégies d'exposition, la régulation des émotions, la prévention de la rechute, etc. Elle serait d'une efficacité supérieure à la pharmacothérapie et aux autres formes de psychothérapies. Les écrits scientifiques indiquent que l'intégration neuroémotionnelle par les mouvements oculaires (EMDR) permet également de réduire efficacement les symptômes de l'ÉSPT. Cependant, il existe de nombreuses polémiques concernant ce type d'intervention.

Il est important de signaler que la planification des interventions auprès des individus traumatisés doit être basée sur des résultats empiriques valides. Toutefois, cette planification n'est pas aussi simple qu'on peut le croire à première vue. En effet, il faut éviter le développement d'interventions universelles et rigides qui pourraient être appliquées à tous les individus ayant subi un trauma, peu importe les caractéristiques individuelles, contextuelles ou temporelles.

_Bibliographie

Foa, E.B., Keane, T.M., Freidman, M.J., Cohen, J.A. *Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*. Guilford Press, New York, Second Edition, 2009.

Guay, S., et Marchand, André (2006). Les troubles liés aux événements traumatiques, dépistage, évaluation et traitement, Les presses de l'Université de Montréal.

Guide pour les personnes qui ont vécu un événement traumatique [www.info-trauma.org/fr/accueil] (consulté le 25 novembre 2013).

King, D.W., Vogt, D.S., et King, L.A. (2004). Risk and resilience factors in the etiology of chronic posttraumatic stress disorder. Dans B.T. Litz (Ed.), *Early Intervention for Trauma and Traumatic Loss* (p. 34-64). New York, NY : Guilford Press.

Les premiers soins psychologiques http://ncptsd.va.gov/ncmain/ncdocs/manuals/nc_manual_psyfirstaid.html

Post-traumatic stress disorder, The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care du National Clinical Practice Guideline Number 26 commissioned by the National Institute for Clinical Excellence, The Royal College of Psychiatrists & The British Psychological Society, 2005, publié par Gaskell and the British Psychological Society (www.nice.org.uk).

Séguin, M., Brunet, A. et Leblanc, L. (2012). Intervention en situation de crise et en contexte traumatique (2^e édition). Montréal : Gaëtan Morin.

PSYCHOLOGUES

Souhaitez-vous jouer un rôle clé dans le cheminement des enfants ?

Laissez-vous séduire par les avantages offerts à la CSMB, tels que :

- Centre d'expertises professionnelles
- Programme de perfectionnement
- Horaire de jour seulement
- Soutien de l'équipe de professionnels
- Régime de retraite à prestation déterminée
- Banque de jours de maladie
- Banque de 20 jours de vacances après 1 an de travail
- Congés pour les nouveaux parents
- Rabais corporatifs pour l'entraînement (Body Shop, Énergie Cardis, Nautilus et YMCA)

Pour de plus amples renseignements sur la CSMB et pour la description complète de ce poste, visitez le www.csmb.qc.ca/emplois.

Faites parvenir votre curriculum vitae, en mentionnant le numéro de référence PQ-JAN14, par courriel à crpe@csmb.qc.ca.

Commission scolaire Marguerite-Bourgeoys, c'est bien plus qu'un emploi, C'EST VOTRE AVENIR !

Le CSMB recrute au présent l'équipe d'experts en santé.



La Vie fait partie du programme

Programme de doctorat en psychologie Cheminement pour psychologues en exercice

L'Université de Sherbrooke, à son **Campus de Longueuil**, offre un doctorat en psychologie avec cheminement spécialement formulé pour les psychologues en exercice, détenteurs d'une maîtrise et voulant se perfectionner.

- Horaires conçus pour favoriser la conciliation travail-études
- Programme adapté aux besoins précis des étudiants et de leur champ de pratique
- Formation pouvant être complétée en trois ans, sans cesser la pratique des activités professionnelles

USherbrooke.ca/vers/perfectionnement_psychologie

 Longueuil—
Université-de-Sherbrooke

 UNIVERSITÉ DE
SHERBROOKE



Dr Frédérick Dionne / Psychologue

Le Dr Dionne est professeur adjoint à l'Université du Québec à Trois-Rivières, chercheur associé au Groupe de recherche et d'intervention sur la présence attentive (GRIPA) et au Réseau québécois de recherche sur la douleur (RQRD). Il est aussi directeur de l'Institut de formation en thérapie comportementale et cognitive (IFTCC).
Frederick.Dionne@uqtr.ca

Accepter la douleur : la contribution de l'ACT et de la méditation en pleine conscience

Les personnes souffrant de douleur chronique explorent parfois de nombreux moyens, plus ou moins fructueux, afin de réduire ou d'enrayer leur douleur. Dans certains cas, une consultation chez un psychologue est l'aboutissement d'un long parcours caractérisé par de multiples traitements et essais thérapeutiques. Que faire quand la douleur persiste et que l'on a tout essayé? Au cours des dernières années, la médecine comportementale a vu naître un courant de thérapies qui sont particulièrement appropriées dans la prévention et le traitement de la douleur chronique, car elles enseignent essentiellement aux patients à mieux vivre avec leur condition médicale. Cet article présente quelques aspects théoriques, cliniques et empiriques de la Thérapie d'acceptation et d'engagement (ACT; Hayes, Strosahl et Wilson, 2012) et du Programme de réduction du stress fondé sur la pleine conscience (MBSR; Kabat-Zinn, 2009) appliqué à la douleur chronique.

AVANCER AVEC LA DOULEUR : LA THÉRAPIE D'ACCEPTATION ET D'ENGAGEMENT (L'ACT)

L'ACT soutient que le fait de vivre de la douleur (physique et émotionnelle) est inhérent à l'expérience humaine et donc inévitable; les efforts et les solutions tentés pour « se débarrasser » de la douleur deviennent la source principale de souffrance. L'objectif de l'ACT est de favoriser une meilleure flexibilité psychologique, c'est-à-dire la faculté d'être en contact avec le moment présent en toute conscience, pleinement ouvert aux pensées, aux sensations et aux émotions difficiles et d'agir en direction de ses valeurs personnelles (Hayes, Strosahl et Wilson, 2012). Parmi les processus thérapeutiques de l'ACT, le concept d'acceptation est le plus étudié dans le domaine de la douleur chronique. Il constitue la pierre angulaire de la thérapie.

QUAND LA DOULEUR PREND TOUTE LA PLACE

L'acceptation de la douleur devient pertinente dans au moins trois contextes. D'abord, lorsque le contrôle ou la réduction de la douleur ne fonctionnent pas, malgré de multiples interventions.

Ensuite, lorsque les tentatives de contrôle, comme la prise d'un certain type de médicament, génèrent des effets indésirables ou des complications à long terme. Enfin, lorsque les tentatives de contrôle éloignent la personne de ses valeurs ou de ses objectifs de vie (McCracken, Carson, Eccleston, et Keefe, 2004). Un client qui demeure au lit une majeure partie de la journée ressent moins de douleur, mais il est beaucoup moins impliqué dans sa vie familiale et sociale. Dans ce cas, la douleur est maîtrisée, mais à quel prix?

QU'EST-CE QU'ACCEPTER LA DOULEUR?

Le concept d'acceptation peut être mal compris ou même perçu négativement par les personnes souffrant de douleur. Ils pourraient y percevoir de la résignation ou une sorte d'abandon vis-à-vis de leur condition. Il convient donc de définir ce concept. Pour Crombez et coll. (2008), accepter transige par un processus d'adaptation et implique l'habileté à se désengager des tentatives de résolution du problème de la douleur, tout en se réengageant dans des activités quotidiennes, malgré la douleur. Pour Rankin et Holttum (2003), il s'agit de la capacité à se sentir accepté et valable malgré les problèmes et les pertes occasionnées par la condition douloureuse. Enfin, accepter la douleur peut aussi signifier de vivre avec la douleur sans réaction excessive, désaccord et tentatives répétées pour la réduire et l'éviter (McCracken, 1998). Le tableau 1 (page suivante) décrit les éléments clés de l'acceptation de la douleur¹.

OPÉRATIONNALISER ET MESURER LE CONCEPT D'ACCEPTATION DE LA DOULEUR

Le Questionnaire d'acceptation de la douleur chronique (CPAQ; McCracken, Vowles, et Eccleston, 2004) permet de mesurer le niveau d'acceptation de la douleur en 20 items. Il s'avère l'outil le mieux validé à cette fin. Une version francophone est en processus de validation (Whitney et coll., 2013). L'acceptation de la douleur y est définie par deux éléments essentiels :

- 1) continuer de faire des activités importantes pour soi et
- 2) accueillir les sensations douloureuses.

Tableau 1

DÉMYSTIFIER L'ACCEPTATION DE LA DOULEUR	
L'acceptation est	L'acceptation n'est pas
mener une vie active et engagée	se résigner ou abandonner
une attitude réaliste quant à la maladie	cesser d'espérer se rétablir
un équilibre entre les actions pour obtenir un soulagement des symptômes et celles orientées vers la qualité de vie	ne plus rechercher de traitement pour améliorer son sort
un processus, une action qui se déroule chaque jour	une fin en soi

Continuer de faire des activités importantes pour soi.

Plusieurs personnes souffrant de douleur chronique restreignent leurs activités par crainte que bouger accentue ou aggrave leur douleur. Demeurer actif au quotidien est un élément central de l'acceptation. L'acceptation n'est pas une démarche statique ou passive; elle implique un engagement dans des actions concrètes qui améliorent la qualité de vie. Les actions relatives aux valeurs du client (p. ex. la famille, les amis, le travail), lui procurant une source de renforcement positif, intrinsèque et durable (Hayes, Strosahl et Wilson, 2012), sont le moteur du changement. Les valeurs favorisent l'exposition aux situations et l'activation comportementale; elles changent littéralement la relation à la douleur. Une action posée en direction d'une valeur est une « bonne douleur » : « J'ai mal, mais au moins j'ai mal pour quelque chose », nous diront les clients.

Accueillir les sensations douloureuses. Le deuxième aspect de l'acceptation est l'accueil des sensations douloureuses. Dans la poursuite des valeurs et objectifs de vie, le client se doit de

consentir à ressentir un certain niveau de douleur afin de mener à bien ses activités. Est-il en lutte, en négation ou en colère contre sa douleur? Cherche-t-il à supprimer ses sensations physiques? Pour un client, accepter les sensations douloureuses signifie ceci :

« Lorsque je vis des sensations douloureuses, je tente de prendre du recul par rapport à mes pensées. J'essaie de ne pas ignorer ma douleur, je la vois et je sais qu'elle est là. Mais j'accepte généralement mes sensations et émotions douloureuses, sans leur permettre de prendre le dessus sur moi. Je tente aussi d'arrêter de contrôler ou de réduire ma douleur à tout prix. »

ACCEPTER OU CONTRÔLER LA DOULEUR?

Des recherches fondamentales ont comparé les méthodes d'acceptation de la douleur à des méthodes de contrôle (p. ex. suppression, distraction). Dans ce genre d'études, on induit une douleur expérimentalement à l'aide d'une stimulation nociceptive (p. ex. chocs électriques) chez des participants qui sont divisés en deux groupes : un premier groupe à qui l'on enseigne à accepter les sensations douloureuses et un second où les participants sont invités à supprimer ou à se distraire de ces sensations. La majorité des études démontre la supériorité de la stratégie d'acceptation, en comparaison à la distraction et à la suppression, sur la *tolérance* à la douleur (Kohl, Rief, et Glombiewski, 2012). L'acceptation ne se montre cependant pas supérieure au contrôle dans la réduction du **niveau de douleur**. Plusieurs études corrélationnelles ont également montré qu'une plus grande acceptation de la douleur est associée à une meilleure qualité de vie, à moins de douleur et d'incapacités physiques et à une humeur améliorée. L'acceptation de la douleur et les processus de la flexibilité psychologique expliquent une plus grande proportion de variance du fonctionnement général que ne le font les stratégies de gestion cognitives et comportementales (pour une revue, voir Thompson et McCracken, 2011).



Intégration du Cycle de la Vie, pour assimiler le passé

ICV : Un outil novateur dans le traitement de la souffrance issue des traumatismes et/ou de la négligence.

Formation de base (reconnue par l'OPQ):
À Québec, les 21 et 22 mars 2014

Frais d'inscription (livre inclus):
Avant le 14 février 2014: 540 \$ / personne
Après le 14 février 2014: 600 \$ / personne

Pour informations : www.integrationcyclevie.com | 438 390-0939 | icv@videotron.ca

Formatrice :



Élise Castonguay
psychologue

_L'ACT EST HAUTEMENT EFFICACE POUR LA DOULEUR CHRONIQUE SELON L'APA

Plus d'une douzaine d'études contrôlées et randomisées sont disponibles à ce jour sur l'ACT. Cette thérapie est considérée maintenant comme une approche hautement validée (*well-established treatment*) par l'Association américaine de psychologie pour la douleur chronique². Elle serait tout au moins équivalente à la thérapie cognitive comportementale (TCC) traditionnelle dans l'amélioration du fonctionnement général. Les deux formes de thérapies ne parviennent toutefois pas à diminuer le niveau de douleur après le traitement (Wetherell et coll., 2011).

_APPRIVOISER LA DOULEUR CHRONIQUE GRÂCE À LA MÉDITATION EN PLEINE CONSCIENCE

La pleine conscience (*mindfulness*) est un état de conscience qui émerge du fait de porter l'attention de manière intentionnelle sur l'expérience qui se déploie moment après moment, et ce, sans porter de jugement (c.-à-d., avec curiosité et bienveillance; Kabat-Zinn, 2009). Selon Kozak (2008), l'objectif de la pleine conscience est l'acceptation de la douleur. Pour lui, « accepter » signifie de ressentir les sensations douloureuses, sans y ajouter la souffrance (pensées et émotions « négatives ») qui les accompagne. Ainsi, la douleur demeure présente, mais elle peut être en quelque sorte déconstruite, c'est-à-dire que l'expérience de douleur est vécue dans ses composantes primaires, comme des sensations physiques dans leurs formes les plus pures.

_PROGRAMME DE MÉDITATION EN PLEINE CONSCIENCE POUR LA RÉDUCTION DU STRESS

Le Programme de méditation en pleine conscience pour la réduction du stress (*Mindfulness-based Stress Reduction Program*; MBSR), implanté dans plus de 400 milieux cliniques à travers le monde, s'inscrit dans le courant de la médecine comportementale et psychocorporelle (Kabat-Zinn, 2009). Il vise à cultiver la pleine conscience à l'intérieur de 8 à 10 séances hebdomadaires d'une durée de 2,5 heures et d'exercices à la maison six jours sur sept. Les groupes sont constitués de 12 à 40 participants, guidés par un ou deux instructeurs. Le programme inclut trois composantes : 1) des modules d'enseignement reliés à la pleine conscience, à la relaxation, à la méditation, au yoga et au lien entre le corps et l'esprit, 2) des exercices réalisés pendant les séances et à la maison (balayage corporel, hyperconscience de la respiration, yoga, méditation en mouvement et méditation informelle), et 3) des échanges en groupe. Tout comme l'ACT, le MBSR promeut l'acceptation de la douleur et la distanciation vis-à-vis des pensées. Cependant, elle est une approche plus structurée où la pleine conscience est développée d'une façon plus formelle.

_LE MBSR EST-IL EFFICACE DANS LA DOULEUR CHRONIQUE?

Bohlmeijer et coll. (2010) ont réalisé une méta-analyse des traitements MBSR. Ils ont retenu huit études avec groupe contrôle randomisé : deux sur le cancer, deux sur la fibromyalgie, une sur l'arthrite rhumatoïde, une sur la douleur lombaire, une sur la fatigue chronique et une sur les maladies cardiaques. La taille d'effet observée pour la dépression est de 0,26³ et celle pour l'anxiété est de 0,47. Dans la même veine, Chiesa et Serretti (2011) concluent dans leur revue systématique sur la douleur chronique qu'il est difficile d'évaluer les effets spécifiques de la pleine conscience en raison de l'absence de groupe contrôle crédible à titre comparatif. Bref, les tailles d'effet généralement trouvées dans les études sur la maladie et la douleur chroniques sont plus faibles que celles observées dans les traitements MBSR appliqués aux troubles psychologiques (p. ex. anxiété, dépression) ainsi que dans les TCC. Devant ceci, le MBSR peut être considéré comme un traitement adjuvant à la TCC ou à un traitement interdisciplinaire.

_EST-CE QUE LA PLEINE CONSCIENCE PEUT RÉDUIRE LA DOULEUR?

Bien que la réduction de la douleur ne soit pas l'objectif explicite de la méditation en pleine conscience, connaître ses propriétés analgésiques demeure une question essentielle pour les clients et la communauté scientifique. Reiner, Tibi, et Lipsitz (2013) ont analysé les recherches portant sur le MBSR et trouvent une réduction significative de l'intensité de la douleur dans 10 des 16 études après l'intervention et à la relance. Parallèlement, des études neurophysiologiques montrent que la pleine conscience augmenterait la tolérance à la douleur. Zeidan et coll. (2012) ont révisé neuf études fondamentales en ce domaine. Globalement, les résultats suggèrent que la pleine conscience, qu'elle soit pratiquée par un débutant ou un expert, a le potentiel de réduire l'intensité de la douleur et sa dimension désagréable (tonalité affective). Le nombre d'heures ou les années d'expérience ont un rôle à jouer dans l'effet analgésique de la pleine conscience, ce qui suggère qu'il s'agit d'une habileté qui s'acquiert avec de la pratique et qui n'est donc pas le résultat d'une prédisposition génétique (Grant et Rainville, 2009). En contrepartie, il n'est pas nécessaire d'être un expert pour bénéficier des bienfaits de la pleine conscience. Chez des participants en bonne santé, Zeidan et coll. (2011) montrent qu'un bref entraînement (quatre séances de 20 minutes) de centration sur la respiration permet de réduire de 40 % l'intensité de la douleur et de 57 % son caractère désagréable lors d'une tâche de stimulation thermique en phase méditative, un effet plus important que celui d'une médication analgésique. Bref, la pleine conscience améliore la tolérance à la douleur!

FORMATION

Thérapies brèves et psychologie positive

Toutes ces formations sont reconnues par l'Ordre des psychologues du Québec

Approche orientée vers les solutions : compétences de base (RA00160-12)

30-31 janvier 2014

Publié en 2012, le livre *Solution-focused brief therapy: A handbook of evidence-based practice* a permis d'établir l'efficacité des thérapies brèves auprès de différentes clientèles. Cette formation permet au clinicien d'acquérir les compétences nécessaires à l'utilisation immédiate des techniques les plus efficaces.

Approche orientée vers les solutions : applications auprès des couples (RA00589-13)

20-21 février 2014

Cette formation s'adresse à des professionnels qui voudraient accueillir les demandes d'aide de couples avec plus d'enthousiasme et d'espoir. Les intervenants apprendront à adapter les différentes techniques de l'approche orientée vers les solutions auprès des couples (qu'ils aient déjà reçu une formation de base ou non).

Approche orientée vers les solutions auprès des jeunes et de leurs familles (RA00687-13)

3-4 avril 2014

Le clinicien qui fonde son intervention sur les ressources des jeunes et de leurs familles peut favoriser une plus grande adhésion au traitement. Cette formation présente des pistes concrètes pour aider les intervenants à utiliser les compétences des jeunes dont les déficits sont souvent plus apparents que les forces.

Approche orientée vers les solutions : compétences avancées (RA00364-13)

1-2 mai 2014

Les 5 dernières années ont été particulièrement fructueuses en terme de publications et d'adaptations auprès d'une clientèle variée. Cette formation s'adresse aux intervenants qui ont déjà reçu une formation en thérapies brèves et qui souhaitent s'assurer que leur pratique demeure à la fine pointe des connaissances.

Pourquoi et comment adapter l'intervention auprès des hommes et des garçons (RA00230-12)

30 mai 2014

Les recherches sur les demandes d'aide des hommes indiquent qu'ils consultent moins et moins longtemps. Comment utiliser de façon optimale cette courte période et créer tout de même des changements durables? Peu importe le diagnostic ou l'approche privilégiée par le thérapeute, il est nécessaire et possible de tenir compte des différences de genre dans l'intervention.

Faire face aux drames de la vie : psychologie positive appliquée (RA00360-13)

13 juin 2014

La psychologie positive est l'étude scientifique de ce qui permet aux individus de rester heureux, et ce, malgré l'adversité. Ces nouvelles connaissances sont d'une valeur inestimable pour les intervenants qui veulent aider les clients à mieux traverser les épreuves. Cette formation permet d'apprendre, entre autres, à favoriser la résilience et la croissance post-traumatique chez les clients.



Inscriptions : www.lavoiesolutions.com

Brigitte Lavoie, M.Ps.

Formatrice et superviseure en thérapies brèves, spécialiste en intervention de crise et co-auteure de la *Grille d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire*. Elle a été conseillère en psychologie scolaire au Nouveau-Brunswick et conseillère auprès de plusieurs PAE.

_PAR LE BIAIS DE QUELS MÉCANISMES D'ACTION LA PLEINE CONSCIENCE AGIT-ELLE SUR LA DOULEUR?

Selon Ludwig et Kabat-Zinn (2008), la pleine conscience pourrait contribuer à la gestion de la douleur via différents mécanismes d'action : 1) la diminution de la perception de la sévérité de la douleur; 2) une meilleure capacité à tolérer la douleur, 3) la diminution du stress, de l'anxiété ou de la dépression; 4) un moins grand usage de médication comme les analgésiques (ce qui réduit les effets indésirables associés); 5) une meilleure capacité à prendre des décisions à l'égard des traitements médicaux; 6) une meilleure adhésion au traitement médical; 7) une plus grande motivation pour changer certaines habitudes de vie; 8) des relations interpersonnelles plus riches; 9) un changement positif au niveau des voies biologiques qui influencent la santé, comme le système nerveux autonome, le système neuroendocrinien et le système immunitaire. Plus d'études sont nécessaires afin de comprendre les mécanismes en jeu dans la pleine conscience.

_CONCLUSION

Lorsque le contrôle absolu de la douleur est impossible, la thérapie ACT et la médiation en pleine conscience peuvent représenter des solutions de rechange judicieuses. Elles ne cherchent pas à réduire la douleur, mais plutôt à favoriser son acceptation. Ceci apparaît tout indiqué dans le cas de la maladie chronique, qui, par définition, risque de perdurer dans le temps.

_Bibliographie

- Bohlmeijer, E., Prenger, R., Taal, E., et Cuijpers, P. (2010). Meta-analysis on the effectiveness of mindfulness-based stress reduction therapy on mental health of adults with a chronic disease: What should the reader not make of it? *Journal of Psychosomatic Research*, 69(6), 614-615.
- Chiesa, A., et Serretti, A. (2011). Mindfulness-based interventions for chronic pain: A systematic review of the evidence. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 17(1), 83-93.
- Crombez, G., Eccleston, C., Van Hamme, G., et De Vlieger, P. (2008). Attempting to solve the problem of pain: A questionnaire study in acute and chronic pain patients. *Pain*, 137(3), 556-563.
- Grant, J. A., et Rainville, P. (2009). Pain sensitivity and analgesic effects of mindful states in Zen meditators: A cross-sectional study. *Psychosomatic Medicine*, 71(1), 106-114.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., et Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change (2nd ed.)*. New York: Guilford Press.
- Kabat-Zinn, J. (2009). *Au cœur de la tourmente, la pleine conscience*. Bruxelles: Éditions De Boeck.
- Kohl, A., Rief, W., et Glombiewski, J. A. (2012). How effective are acceptance strategies? A meta-analytic review of experimental results. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 43(4), 988-1001.
- Kozak, A. (2008). Mindfulness in the management of chronic pain: conceptual and clinical considerations. *Techniques in Regional Anesthesia & Pain Management*, 12, 115-118.
- Ludwig, D. S., et Kabat-Zinn, J. (2008). Mindfulness in Medicine. *The Journal Of The American Medical Association*, 300(11), 1350-1352.
- McCracken, L., Carson, J. W., Eccleston, C., et Keefe, F. I. (2004). Acceptance and change in the context of chronic pain. *Pain*, 109, 4-7.
- McCracken, L. M. (1998). Learning to live with pain: Acceptance of pain predicts adjustment in persons with chronic pain. *Pain*, 74(1), 21-27.
- McCracken, L. M., Vowles, K. E., et Eccleston, C. (2004). Acceptance of chronic pain: Component analysis and a revised assessment method. *Pain*, 107(1-2), 159-166.
- Rankin, H., et Holttum, S. E. (2003). The relationship between acceptance and cognitive representations of pain in participants of a pain management program. *Psychology Health Medicine*, 8, 329-334.
- Reiner, K., Tibi, L., et Lipsitz, J. D. (2013). Do mindfulness-based interventions reduce pain intensity? A critical review of the literature. *Pain Medicine (Malden, Mass.)*, 14(2), 230-242.
- Thompson, M., et McCracken, L. (2011). Acceptance and related processes in adjustment to chronic pain. *Current Pain and Headache Reports*, 15, 144-151.
- Wetherell, J. L., Afari, N., Rutledge, T., Sorrell, J. T., Stoddard, J. A., Petkus, A. J., et coll. (2011). A randomized, controlled trial of acceptance and commitment therapy and cognitive-behavioral therapy for chronic pain. *Pain*, 152(9), 2098-2107.
- Whitney, S., Bernier, E., Garland, R., et Sullivan, M. J. L. (2013). *Preliminary validation of a french adaptation of the Chronic Pain Acceptance Questionnaire*. Communication présentée à la Annual Meeting of the Canadian Pain Society, Winnipeg (Canada).
- Zeidan, F., Grant, J. A., Brown, C. A., McHaffie, J. G., et Coghill, R. C. (2012). Mindfulness meditation-related pain relief: evidence for unique brain mechanisms in the regulation of pain. *Neuroscience Letters*, Jun 29, 520(2), pp. 165-73.
- Zeidan, F., Martucci, K. T., Kraft, R. A., Gordon, N. S., McHaffie, J. G., et Coghill, R. C. (2011). Brain mechanisms supporting the modulation of pain by mindfulness meditation. *The Journal of Neuroscience*, 31(14), 5540-5548.

_Notes

- 1 Ce tableau est adapté du dépliant « Apprendre à vivre avec la douleur de façon positive » produit par F. Dionne et l'équipe du programme ACCORD (www.programmeaccord.org).
- 2 Voir Society of Clinical Psychology, American Psychological Association, Division 12. « Acceptance and Commitment Therapy for Chronic Pain » [www.div12.org/PsychologicalTreatments/treatments/chronicpain_act.html] (consulté le 26 novembre 2013).
- 3 Les tailles d'effet de Cohen (1977) sont respectivement décrites comme étant faibles, modérées ou élevées : $d = 0,2$; $d = 0,5$; $d = 0,8$.



D^{re} Lyse Turgeon / Psychologue

La D^{re} Turgeon est professeure à l'École de psychoéducation de l'Université de Montréal et psychologue clinicienne. Elle enseigne l'évaluation et l'intervention auprès des enfants et des adolescents atteints de troubles anxieux, de même que les stratégies d'intervention cognitivo-comportementale liées à diverses problématiques. Ses travaux de recherche portent sur l'évaluation, le traitement et la prévention de l'anxiété chez les enfants.

Chronicité des troubles anxieux chez les enfants et les adultes

Compte tenu du format de ce magazine, cet article présente un court survol de la chronicité des troubles anxieux chez les enfants et chez les adultes. Avant d'aborder directement le sujet, nous présenterons une brève synthèse des troubles anxieux, redéfinis récemment dans le DSM-5 (APA, 2013). Rappelons que les troubles anxieux possèdent comme caractéristiques communes une peur excessive par rapport à un objet ou une situation, de même qu'une perturbation du fonctionnement. Les troubles anxieux font partie des problèmes de santé mentale les plus fréquents chez les enfants et les adolescents, avec des prévalences pouvant dépasser 20 % (Merikangas et coll., 2010). Les conséquences des troubles anxieux sont multiples et incluent, notamment, des difficultés sur les plans social, scolaire, familial et affectif (Dumas, 2007).

Les troubles anxieux sont maintenant présentés selon une séquence développementale dans le DSM-5 (APA, 2013). L'anxiété de séparation se manifeste par une peur excessive de l'enfant d'être séparé de ses parents. Le trouble apparaît typiquement à l'âge préscolaire ou durant l'enfance. Le mutisme sélectif se caractérise par un refus de l'enfant de parler dans certaines situations (p. ex. à l'école), alors qu'il parle normalement dans d'autres contextes. La phobie spécifique consiste en une peur prononcée et persistante d'un objet particulier ou d'une situation isolée qui ne représente objectivement aucun danger. Ce trouble apparaît le plus souvent de 7 à 11 ans selon l'APA. La phobie sociale se caractérise par une peur d'une ou de plusieurs situations sociales dans lesquelles l'individu pourrait faire l'objet d'une évaluation négative. L'âge typique d'apparition serait de 8 à 15 ans. Le trouble panique se caractérise par des attaques de panique soudaines, inattendues et récurrentes dans des situations diverses. L'APA situe l'âge d'apparition de 20 à 24 ans. L'agoraphobie est définie comme la peur de situations dans lesquelles l'individu pourrait ressentir un malaise et ne pas recevoir d'aide. Elle apparaît typiquement avant l'âge de 35 ans. Enfin, le trouble d'anxiété généralisée s'observe lorsque l'individu manifeste des inquiétudes exces-

sives. L'APA situe l'âge médian à 30 ans, en indiquant toutefois une grande variabilité. Rappelons que même si le trouble obsessionnel-compulsif et l'état de stress post-traumatique ont été retirés de la catégorie des troubles anxieux dans le DSM-5, ils en demeurent conceptuellement très proches. Dans le trouble obsessionnel-compulsif, l'individu manifeste des obsessions (pensées récurrentes dérangeantes) ou des compulsions (comportements qui visent à réduire l'anxiété liée aux obsessions). L'état de stress post-traumatique se caractérise par le développement de symptômes typiques à la suite d'un événement traumatique.

Les connaissances sur l'évolution et la chronicité des troubles anxieux se sont beaucoup développées au cours des dernières années, parallèlement à la littérature sur l'épidémiologie. Avant de présenter les résultats des études sur cette question, quelques éléments méthodologiques sur la façon d'évaluer la stabilité ou la chronicité des troubles doivent être mentionnés. Les études ont longtemps utilisé des devis rétrospectifs, en interrogeant les individus sur l'apparition de leurs symptômes afin d'en estimer la durée. Cette méthode pouvait contribuer à une surestimation quant à la chronicité des problèmes, étant donné que les intervalles sans symptôme n'étaient pas pris en considération. De plus, des biais de rappel faisaient en sorte qu'il était difficile d'évaluer avec précision des symptômes apparus plusieurs années auparavant. D'autres études ont par ailleurs employé des échantillons cliniques, en suivant pendant quelques mois ou quelques années des patients ayant reçu un traitement. Toutefois, ces études ne permettent pas d'évaluer les fluctuations naturelles des troubles dans une population générale. Pour pallier ces difficultés, les études longitudinales sont de plus en plus employées (Beesco, Knappe et Pine, 2009). Elles consistent à évaluer, auprès d'échantillons provenant de la communauté, les mêmes individus sur de longues périodes de temps afin de suivre la progression ou la rémission de leurs symptômes. Ces recherches utilisent le plus souvent des entrevues structurées qui tiennent compte des critères du DSM.

Que savons-nous donc sur la chronicité des troubles anxieux? Les résultats des études longitudinales semblent indiquer que les troubles anxieux sont peu stables dans le temps, contrairement à ce que l'on pourrait croire. Par exemple, dans l'étude prospective longitudinale de Zurich, menée sur une période de 15 ans, un taux de stabilité de 4 % seulement a été rapporté pour le trouble d'anxiété généralisée et pour le trouble panique (Angst et Vollrath, 1991). Dans la même étude, aucun des individus ayant initialement reçu un diagnostic de phobie sociale ne présentait de symptômes de ce trouble lors des évaluations de suivi (Merikangas et coll., 2002). Dans une autre étude longitudinale (Wittchen et coll., 2000) menée auprès d'adolescents âgés de 14 à 17 ans, seulement 19,7 % des jeunes répondant à des seuils cliniques de troubles anxieux lors d'une première évaluation y répondaient toujours deux ans plus tard. Cependant, les résultats de cette étude indiquent une grande variabilité quant à la stabilité d'un trouble anxieux à l'autre. Le trouble panique et la phobie spécifique semblent être les troubles les plus stables, avec 44 % et 30 % respectivement d'adolescents présentant toujours le trouble après deux ans. Les troubles les moins stables dans cette étude étaient l'agoraphobie (13 %) et la phobie sociale (16 %).

Certains troubles anxieux pourraient donc être plus chroniques que d'autres. Ceci serait particulièrement vrai pour des troubles graves, comme le trouble obsessionnel-compulsif et l'état de stress post-traumatique. Par exemple, Mataix-Cols et coll. (2002) ont montré une grande stabilité des symptômes obsessionnels-compulsifs chez 117 patients. Pour l'état de stress post-traumatique, les résultats de Zlotnick et coll. (1999) indiquent que les chances de rémission complète après cinq ans étaient de 18 % seulement.

D'autres études épidémiologiques ou cliniques réalisées auprès d'enfants ont toutefois confirmé la faible stabilité des troubles anxieux. Par exemple, Last et coll. (1997) rapportent que chez des enfants et des adolescents âgés de 5 à 19 ans présentant des troubles anxieux, 80 % montrent une rémission de leurs symptômes initiaux sur une période de trois à quatre ans. Ces résultats pourraient laisser croire que les troubles anxieux sont beaucoup moins chroniques que ce qu'on a toujours pensé, du moins pour certains troubles. Mais est-ce vraiment le cas? Les enfants voient-ils leurs symptômes disparaître au cours de leur développement? Malheureusement, cela ne semble pas être le cas. Il semble plutôt que les symptômes évoluent dans le temps. On observerait une continuité *hétérotypique* plutôt qu'*homotypique* (voir Beesco, Knappe et Pine, 2009). Par exemple, un enfant de 7 ans qui présenterait des symptômes d'anxiété de séparation pourrait ne plus manifester ces symptômes lorsqu'interrogé quelques années plus tard, mais plutôt manifester des symptômes de trouble panique.

Les troubles anxieux semblent aussi évoluer à travers le temps, pour se transformer en troubles plus graves et plus chroniques. Ils sont également de plus en plus associés à des conditions comorbides au fil du temps. Dans l'étude de Wittchen et coll. (2000), seulement 10 % des enfants présentant une phobie spécifique lors de l'évaluation initiale ne présentaient aucun trouble de santé mentale 10 ans plus tard; 73 % d'entre eux présentaient alors un trouble anxieux ou de la dépression. Le nombre de symptômes d'anxiété « purs » a par ailleurs tendance à diminuer avec l'âge, au profit de troubles anxieux multiples à l'adolescence ou à l'âge adulte. Dans une étude longitudinale menée en Nouvelle-Zélande auprès de 1265 enfants sur une période de 21 ans, Woodward et Fergusson (2001) ont trouvé une forte association entre le nombre de troubles anxieux à l'adolescence et le risque ultérieur de troubles anxieux, de dépression, de comportement suicidaire et de dépendance à des substances.



NOUVEAUTÉ EN NEUROPSYCHOLOGIE
au Département de psychologie de l'Université de Montréal

L'Université de Montréal a conçu un plan passerelle pour permettre aux membres de l'DPQ, détenteurs d'un diplôme de maîtrise, de compléter une formation doctorale en neuropsychologie clinique.

Cette passerelle est rendue possible dans le cadre d'un **nouveau doctorat clinique en neuropsychologie** qui sera offert au Campus de l'UdeM à Laval, dès septembre 2014.

Date limite pour une demande d'admission : 1^{er} février 2014

Information :
Marie-Josée Beauchemin
514 343-6111, poste 44069
marie.josée.beauchemin@umontreal.ca

Faculté des arts et des sciences
Université de Montréal

psy.umontreal.ca



Par ailleurs, la chronicité des troubles anxieux dépend de nombreux facteurs, comme le sexe de l'enfant, l'âge du début des symptômes, la gravité des symptômes et l'accès à des services spécialisés. Les filles semblent voir leurs symptômes persister davantage comparativement aux garçons. On sait également que plus les troubles anxieux apparaissent en bas âge et sont graves, plus ils ont tendance à persister. Enfin, l'accès à des services spécialisés permet de réduire de façon substantielle les symptômes d'anxiété, comme on pourrait s'y attendre (Beesco, Knappe et Pine, 2009).

En conclusion à ce bref survol, les études sur la chronicité des troubles anxieux sont encore peu fréquentes, elles présentent des biais méthodologiques et il est difficile de tirer des conclusions claires. Toutefois, on peut dégager les éléments suivants : 1) on trouve beaucoup de variabilité entre les troubles anxieux quant à leur chronicité; le trouble obsessionnel-compulsif et l'état de stress post-traumatique semblent être les plus stables; 2) la chronicité des troubles anxieux semble plus hétérotypique qu'homotypique, c'est-à-dire que les symptômes de certains troubles peuvent évoluer dans le temps, laissant l'impression d'une rémission alors que ce n'est pas le cas; 3) de nombreux facteurs influencent la chronicité des troubles anxieux, comme le sexe, l'âge d'apparition des symptômes, la gravité des symptômes et bien sûr l'accès à des services.

Quelle est l'implication de ces données sur l'intervention auprès des enfants ou des adolescents qui présentent des symptômes anxieux? Ces données suggèrent de dépister les problèmes d'anxiété, cliniques ou sous-cliniques, le plus rapidement possible afin d'offrir une intervention efficace, étant donné que les troubles anxieux peuvent se transformer en troubles plus graves avec les années ou encore être associés à des problèmes secondaires comme la dépression. Malheureusement, trop peu d'enfants reçoivent des services spécialisés, comme la thérapie cognitivo-comportementale (TCC), et les interventions disponibles pour cette population sont en général moins efficaces que pour les adultes. Reynolds et coll. (2012) ont réalisé une méta-analyse de 55 études contrôlées sur le traitement de l'anxiété chez les enfants, pour un échantillon total de 2434 jeunes. L'âge des enfants variait de 3 à 16 ans. Les traitements évalués étaient principalement la TCC individuelle, la TCC de groupe et la TCC avec la participation des parents. Les résultats montrent que les tailles d'effet sont en général modérées, en moyenne de 0,65. Quant aux programmes de prévention de l'anxiété en milieu scolaire, qui ciblent des enfants à risque ou des enfants présentant des symptômes d'anxiété légers à modérés, ils donnent des résultats mitigés et certains aspects restent à vérifier, notamment la plus-value associée à la participation des parents (voir Lau et Rapee, 2009, pour une recension). Il faut donc développer des interventions qui répondent mieux aux besoins des jeunes. On gagnerait à explorer davantage un modèle de soins par

étapes (*step-care model*). On pourrait ainsi offrir des services de bibliothérapie aux familles d'enfants présentant des symptômes d'anxiété légers, puis un traitement de groupe, ensuite un traitement individualisé plus intensif. Il faudrait également mieux connaître les facteurs liés à la réussite ou à l'échec du traitement, par exemple l'âge du jeune, la psychopathologie des parents, la présence de marqueurs génétiques particuliers, afin d'offrir l'intervention la plus ciblée. Enfin, il faut aussi mieux sensibiliser tous les acteurs qui gravitent autour des enfants, tant les parents et les enseignants que les professionnels de la santé mentale, dont les psychologues, compte tenu de la prévalence élevée des problèmes d'anxiété chez les jeunes et de leur impact négatif.

Bibliographie

- American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (text revision). Washington, DC : APA.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA : APA.
- Angst, J. et Vollrath, M. (1991). The natural history of anxiety disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *84*, 446-452.
- Beesco, K., Knappe, S. et Pine, D. S. (2009). Anxiety and anxiety disorders in children and adolescents : Developmental issues and implications for DSM-V. *Psychiatric Clinics of North America*, *32*, 483-524.
- Dumas, J. E. (2007). *Psychopathologie de l'enfant* (3^e éd.). Bruxelles : de Boeck.
- Last, C. G., Hansen, C. et Franco, N. (1997). Anxious children in adulthood : a prospective study of adjustment. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *36*, 645-652.
- Lau, E. X. et Rapee, R. M. (2011). Prevention of anxiety disorders. *Current Psychiatric Reports*, *13*, 258-266.
- Mataix-Cols, D., Rauch, S. L., Baer, L. et coll. (2002). Symptom stability in adult obsessive-compulsive disorder : data from a naturalistic two-year follow-up study. *The American Journal of Psychiatry*, *159*, 263-268.
- Merikangas, K. R., Avenevoli, S., Acharyya, S. et coll. (2002). The spectrum of social phobia in the Zurich cohort study of young adults. *Biological Psychiatry*, *51*, 81-91.
- Merikangas, K. R., He, J.-P., Burnstein, M., Swanson, S.A., Avenevoli, S., Cui, L. et coll. (2010). Lifetime prevalence of mental disorders in U.S. adolescents: Results from the National Comorbidity Survey Replication-Adolescent Supplement (NCS-A). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *49*, 980-989.
- Reynolds, S., Wilson, C., Austin, J. et coll. (2012). Effects of psychotherapy for anxiety in children and adolescents : a meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, *32*, 251-262.
- Wittchen, H.-U., Lieb, R., Pfister, H. et coll. (2000). The waxing and waning of mental disorders : evaluating the stability of syndromes of mental disorders in the population. *Comprehensive Psychiatry*, *41*, 122-132.
- Woodward, L. J. et Fergusson, D. M. (2001). Life course outcomes of young people with anxiety disorders in adolescence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *40*, 1086-1093.
- Zlotnick, C., Warshaw, M., Shea, M.T., Allsworth, J., Pearlstein, T. et Keller, M.B. (1999). Chronicity in posttraumatic stress disorder (PTSD) and predictors of course of comorbid PTSD in patients with anxiety disorders. *Journal of Traumatic Stress*, *12*(1), 89-100.

CAMPAGNE « ORDRE DE PROTÉGER »

ORDRE DE

PROTÉGER

Réponses
à vos questions
sur les ordres
professionnels

www.ordredeproteger.com

Les 45 ordres professionnels et le Conseil interprofessionnel du Québec (CIQ) s'associent dans une campagne d'information menée sous le thème « Ordre de protéger ». Diffusée essentiellement dans les médias sociaux, la campagne est destinée au grand public et aux influenceurs.

La campagne « Ordre de protéger » a pour premier objectif d'informer la population sur la mission des ordres professionnels et les moyens dont ils disposent pour s'en acquitter.

De plus, afin de contribuer à rebâtir la confiance du public à l'égard des ordres et des professionnels, la campagne met également en lumière la contribution sociale et économique de ces acteurs importants de la société.

Dans les médias sociaux

Le microsite de la campagne, sous la forme d'un blogue, présente la mission des ordres, les mécanismes de protection du public et la contribution sociale des ordres et des professionnels.

La campagne privilégie l'utilisation des médias sociaux pour véhiculer ses différents messages. La page LinkedIn du CIQ s'adresse aux professionnels qui y ont établi leurs réseaux. Le compte Twitter cible davantage les influenceurs qui sont susceptibles de contribuer à mieux faire connaître le rôle et l'apport des ordres dans notre société. La page Facebook, pour sa part, vise à faire connaître les professions et les mécanismes de protection du public au grand public.

Bâtisseurs de confiance

Un sondage CROP réalisé en 2012 et répété en 2013 démontre que seulement 12 % de la population croit que la mission des ordres professionnels est de protéger le public. Dans un tel contexte, il est important que les ordres et les professionnels contribuent à bâtir la relation de confiance qui les unit à la population du Québec. C'est le défi que la campagne « Ordre de protéger » se propose de relever.

ORDRE DE PROTÉGER :
un clic, plusieurs réponses

Pour suivre la campagne :

Visitez le microsite : www.ordredeproteger.com

Suivez-la sur Twitter : https://twitter.com/Professions_QC

Abonnez-vous à la page LinkedIn : <http://linkd.in/187R3pM>

Aimez la page Facebook : <https://www.facebook.com/ciq.ordres>



Dr^e Evelyne Trahan / Psychologue

La Dr^e Trahan travaille au site Hôtel-Dieu de Lévis du CSSS Alphonse-Desjardins et à la Clinique Psychologie Santé de Québec.



Dr^e Séverine Hervouet
Psychologue

La Dr^e Hervouet travaille au site Hôtel-Dieu de Lévis du CSSS Alphonse-Desjardins et à la Clinique Psychologie Santé de Québec.

Les conditions physiques chroniques : les enjeux psychologiques en toile de fond

Il est évident qu'avec le vieillissement de la population les maladies chroniques prennent de l'ampleur dans notre société. Pensons simplement aux maladies cardiovasculaires, à l'hypertension, au diabète, aux maladies respiratoires chroniques ou au cancer, qui représentent les conditions physiques chroniques les plus prévalentes au pays, tous sexes confondus. Au Canada, trois personnes sur cinq âgées de plus de 20 ans vivent avec une de ces conditions et quatre sur cinq sont à risque d'en être atteintes. Ce sont donc un grand nombre d'adultes canadiens en âge de travailler (de 34 à 64 ans) qui vivent avec une maladie chronique ayant des effets sur leur santé et leur bien-être¹. La chronicité d'une condition médicale renvoie à la persistance dans le temps de ses répercussions non seulement sur le plan physique, mais aussi sur le plan sociopsychologique. La personne qui en est affectée aura plusieurs défis à relever de l'annonce du diagnostic, au parcours de soins qui s'étirent souvent sur des années jusqu'au retour à une vie différente... C'est dans ce contexte que s'inscrit la pertinence des interventions offertes par des psychologues d'une manière qui dépasse la santé mentale et intègre aussi la santé physique afin de favoriser l'adaptation de la personne à toutes les étapes de la trajectoire de la maladie.

LA VIE PEUT BASCULER À L'ANNONCE D'UN DIAGNOSTIC DE MALADIE CHRONIQUE

L'annonce d'un diagnostic de maladie chronique s'accompagne d'une multitude de réactions émotionnelles chez la personne qui en reçoit la nouvelle. L'intensité de la réaction dépendra de plusieurs facteurs, comme le caractère attendu ou non de la survenue de la maladie, l'interprétation du diagnostic (p. ex. « mon cœur ne tient plus qu'à un fil »), le pronostic, la perception d'efficacité personnelle vis-à-vis de la maladie, les croyances concernant son étiologie (p. ex. « mon cancer est causé par mes conflits relationnels », « mon diabète est purement génétique ») et, bien sûr, de caractéristiques personnelles (p. ex. la tendance au catastrophisme,

un tempérament optimiste). À ce stade-ci, il importe que le psychologue prenne le temps de vérifier la compréhension que la personne a de sa condition. Cette étape est cruciale, car elle permettra de rectifier des croyances erronées, d'ajuster les attentes ou de clarifier des informations mal comprises ou simplement non fournies par l'équipe traitante.

SAVOIR COMPOSER AVEC LES SYMPTÔMES DE LA MALADIE, LES EFFETS DES TRAITEMENTS ET LA MÉDICATION

Faire ses premiers pas dans un milieu de soins de santé, côtoyer différents professionnels, apprendre à composer avec les symptômes reliés à la maladie ou encore apprivoiser une trajectoire de traitement recommandée et les effets secondaires associés sont tous des éléments qui demandent à la personne aux prises avec une condition médicale chronique d'aller puiser dans ses ressources internes afin de s'adapter à la situation. La nouveauté, la peur de l'inconnu et l'impression de perdre le contrôle sont souvent nommées à cette étape. Le psychologue peut utiliser différentes stratégies pour aider la personne à faire face à ces bouleversements (voir le tableau 1, page 37, points 1 à 8).

La personne aux prises avec une condition médicale chronique sera rapidement confrontée à l'obligation de prendre une part active dans ses traitements, c'est-à-dire de devenir autonome dans la gestion de sa maladie et, la plupart du temps, devoir s'administrer elle-même ses traitements à long terme. Lorsqu'on parle de condition chronique dans le monde médical, cela signifie que la guérison n'est pas une option retenue, mais c'est plutôt le contrôle des symptômes qui est visé (p. ex. VIH/sida, asthme, hypertension, épilepsie). Donc, rapidement, la personne est appelée à se responsabiliser, à connaître les manifestations de sa maladie, les signes de dérèglement et les actions à poser pour assurer une saine gestion de ses symptômes. Par conséquent, la personne doit assurer sa propre qualité de vie malgré sa maladie. Cette autogestion demande nécessairement de la discipline. Elle implique l'adoption de nouvelles habitudes et elle peut ainsi représenter tout un défi pour certaines personnes. Par exemple, la prise régulière d'une médication, l'adoption d'une diète stricte, l'évaluation rigoureuse de sa glycémie, l'application plusieurs fois par jour d'une crème topique ou l'introduction d'un programme

de marche quotidien peuvent effectivement être très exigeantes, voire difficiles à maintenir à long terme. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) a publié un rapport en 2003 qui révèle que, dans les pays industrialisés, le taux moyen d'observance au traitement de maladies chroniques est de moins de 50 %². Ce rapport avance même qu'augmenter l'observance aux traitements aurait un impact beaucoup plus grand sur la santé de la population que l'avancement des traitements médicaux spécifiques en soi³. Il est donc important de souligner qu'à titre de psychologue nous avons un rôle primordial à jouer dans l'équipe de soins afin de maximiser l'observance au traitement en plus de favoriser l'adoption de saines habitudes de vie (voir le tableau 1, page 37, points 9 à 16).

Les maladies chroniques peuvent évidemment entraîner de nombreux bouleversements dans la vie de la personne atteinte, sur les plans tant physique que cognitif, affectif, sexuel, fonctionnel et social. Ces changements, perçus comme imposés, vont souvent affecter la personne dans son intégrité de façon directe ou indirecte. Prendre soin de soi et simplement vaquer à ses activités de la vie quotidienne peut représenter une lourde tâche. Certains vivront difficilement les pertes et les projets de vie mis en suspens, tandis que d'autres s'adapteront plus facilement à leur nouvelle vie avec la maladie. Les incapacités physiques ou cognitives associées à certaines maladies chroniques peuvent hautement solliciter les capacités d'adaptation d'un individu. Le psychologue se doit d'accompagner et de soutenir la personne dans sa prise de conscience de ces changements importants et de la faire cheminer vers une meilleure adaptation psychologique. Toute réaction émotionnelle à l'égard de la maladie et de sa chronicité (anxiété, découragement, colère, culpabilité, honte...), la combinaison ou l'absence même de celle-ci fera l'objet d'une attention particulière du thérapeute. Des efforts seront déployés afin d'amener la personne à considérer la maladie comme faisant dorénavant partie d'elle tout en misant sur le développement de ses capacités résiduelles. Son identité peut être ébranlée, son estime de soi affectée. Ses rôles de travailleur, de conjoint ou de parent peuvent être remis en question. Aussi, la modification de l'image de soi (p. ex. à la suite d'une prise de poids ou de la perte de cheveux post-chimiothérapie) peut également représenter un enjeu thérapeutique d'importance et faire l'objet d'interventions psychologiques spécifiques. D'autres souffrent du fait que leur condition chronique ne s'observe pas directement par autrui (p. ex. douleur persistante) ou du fait qu'elle fasse ressortir des préjugés (p. ex. VIH/sida). Peu importe l'enjeu en cause, la maladie chronique ébranle, exige des changements et nécessite une adaptation au long cours (parfois aisée, parfois plus ardue à atteindre).

_AVEC LA CHRONICITÉ D'UNE MALADIE, LA VIE SEMBLE PARFOIS NOUS DÉTOURNER DE LA DESTINATION CHOISIE

Étant donné la présence d'effets à long terme d'une maladie chronique, il arrive fréquemment que les valeurs profondes qui animaient une personne soient remises en question (p. ex. un patron d'entreprise dont la santé cardiovasculaire est sérieusement affectée par le stress se verra peut-être accorder moins d'importance au travail, peut-être même sera-t-il muté à un autre poste). De même, certains objectifs de vie ne seront plus accomplis de la même manière qu'ils avaient été planifiés (p. ex. faire un voyage de moto pour un accidenté de la route présentant des douleurs lombaires persistantes). Ces changements identitaires peuvent provoquer une perte de sens importante s'ils ne sont pas dirigés avec le psychologue vers une réflexion et une révision des priorités dans l'échelle des valeurs de vie qui changent souvent avec la maladie. Ainsi, les objectifs de vie sur les plans professionnel, personnel, familial et social peuvent être adaptés plutôt qu'annulés complètement afin d'amener la personne à continuer de diriger sa vie vers ses valeurs primordiales, ici revisitées.

Ces changements importants, qui touchent l'essence même de la vie, peuvent représenter une menace à l'intégrité, qui rappelle aussi à la personne, de façon inévitable, sa propre finitude. Craintes et questionnements existentiels peuvent accompagner cette phase. Prendre le temps avec la personne de « détoxifier » le sujet de la mort est essentiel, car aborder ce thème permettra l'ouverture au dialogue, à savoir ce qui revêt désormais de l'importance aux yeux de la personne afin de l'aider à cheminer vers ce but.

Il arrive également que les proches soient rencontrés dans le cadre de l'évaluation ou du traitement afin d'obtenir une vision plus globale des impacts que peut avoir la maladie chronique sur l'entourage. En effet, plusieurs réactions chez les proches sont susceptibles de survenir tout au long de la maladie, réactions parfois aidantes (p. ex. autonomiser, renforcer les bons coups), parfois non (p. ex. faire des reproches, encourager les comportements passifs). Ce bilan permet ainsi de mieux orienter le suivi en conseillant par exemple l'adoption de comportements et d'attitudes plus favorables qui aideront les proches à diminuer la perception du fardeau de l'accompagnement. Les aidants sont aussi à risque d'épuisement. Il importe donc d'évaluer les signes avant-coureurs comme l'insomnie, la perte d'appétit, les difficultés de concentration, la présence de fatigue importante et de les diriger au besoin vers des ressources (organisme communautaire, association, etc.) qui leur permettront de mieux s'adapter à la maladie de leur proche et également de s'outiller pour mieux lui venir en aide.



PROGRAMMATION 2013-2014



Le programme
ZAK et ZDÉ : une
intervention
novatrice visant le
TAG chez les
enfants de 8 à 12
ans

Dr Caroline Berthiaume, Ph.D., psychologue
Sherbrooke : 2 mai 2014
Coût : 180 \$ + tx — Nb d'heures : 6



Le piège du bonheur :
introduction à l'ACT

La thérapie des
schémas : modèle de
base

Dr Pierre Cousineau, Ph.D., psychologue
Le piège du bonheur
Trois-Rivières : 17 janvier 2014
Coût : 180 \$ + tx
Nb d'heures : 6
La thérapie des
schémas
Québec : 13-14 mars 2014
Montréal : 27-28 mars 2014
Coût : 330 \$ + tx
Nb d'heures : 12



DSM-5 : bien
l'utiliser tout en
limitant les
effets secondaires

Dr Jean Goulet, MD, M.Sc., psychiatre
Montréal : 9 mai 2014
Coût : 180 \$ + tx — Nb d'heures : 6



La supervision
clinique

Dr Conrad Lecomte, Ph.D., psychologue
Québec : 7 février 2014
Montréal : 28 février 2014
Coût : 180 \$ + tx — Nb d'heures : 6



CONFÉRENCE

Les thérapies
cognitive-
comportementales
de la troisième
vague : état actuel
des connaissances

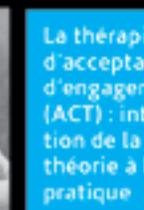
Dr Frédéric Dionne, Ph.D., psychologue
Québec : 21 février 2014
Montréal : 27 février 2014
Coût : 100 \$ + tx — Nb d'heures : 3,5



La thérapie
cognitive-
comportementale
dans le
traitement de la
fibromyalgie

Dr Evelyne Trahan, D.Psy., psychologue
Québec : 4 avril 2014
Montréal : 25 avril 2014
Coût : 180 \$ + tx — Nb d'heures : 6

INVITÉS INTERNATIONAUX



La thérapie
d'acceptation et
d'engagement
(ACT) : intégration
de la
théorie à la
pratique

Dr Matthieu Villatte, Ph.D., psychothérapeute
Trois-Rivières : 3-4 mars 2014
Montréal : 6-7 mars 2014
Québec : 10-11 mars 2014
Coût : 340 \$ + tx — Nb d'heures : 14



La compassion
pour soi et la
résilience
émotionnelle
(Self-compassion
and emotional
resilience)

Dr Kristin Neff, Ph.D., professeure
Montréal : 11 avril 2014 (Palais des Congrès)
Coût : 215 \$ + tx — Nb d'heures : 6
FORMATION EN ANGLAIS AVEC TRADUCTION
SIMULTANÉE



Pleine conscience :
chez l'enfant et
l'adolescent
(niveau 1)

Montréal : 8 avril 2014
Québec : 22 avril 2014

Pleine conscience :
chez l'enfant et
l'adolescent
(niveau 2)

Montréal : 9 avril 2014
Québec : 23 avril 2014

Les interventions
psychologiques
basées sur la
pleine conscience
avec les parents

Montréal : 10 avril 2014
Québec : 24 avril 2014

Coût :

1 journée : 180 \$ + tx — Nb d'heures : 6
2 journées : 335 \$ + tx
3 journées : 475 \$ + tx

Ces formations peuvent être suivies individuellement ou une à la suite de l'autre.

Heureusement, le psychologue n'agit pas seul. Puisque la personne atteinte d'une maladie chronique peut obtenir de l'aide de plusieurs professionnels compte tenu de l'aspect biopsychosocial de sa condition, nous nous devons de créer des liens et de faire le pont avec ceux-ci, particulièrement le médecin de famille. De fait, ce dernier peut se sentir parfois dépassé par la lourdeur de la chronicité de plusieurs conditions médicales. Une communication bidirectionnelle avec les autres intervenants est dans ce contexte fortement recommandée. Elle facilite l'élaboration d'objectifs communs, le partage des enjeux à prioriser et des obstacles et, enfin, des interventions combinées susceptibles de potentialiser les résultats attendus.

La prévention demeure toutefois une priorité cruciale étant donné les impacts non seulement psychologiques, mais également socioéconomiques associés aux maladies chroniques. Selon la déclaration politique des Nations Unies de 2011⁴, cette dernière engage les pays comme le Canada à collaborer pour prévenir les maladies chroniques de même que pour axer les efforts sur la diminution des risques connus à la survenue de ces maladies, via par exemple l'atteinte d'un poids santé, la diminution du tabagisme, l'adoption de saines habitudes de vie et la réduction des obstacles aux choix plus sains. Ces recommandations peuvent déjà commencer par nous-mêmes, psychologues appelés à faire la promotion de saines habitudes de vie auprès de notre clientèle.

TABLEAU 1

EXEMPLES D'INTERVENTIONS PERMETTANT DE FAVORISER L'ADAPTATION PSYCHOLOGIQUE À UN PARCOURS DE SOINS EN LIEN AVEC UNE CONDITION CHRONIQUE	
1.	Psychoéducation sur la maladie et ses manifestations
2.	Suggérer à la personne d'être accompagnée lors de rendez-vous importants afin d'être au moins deux à recevoir l'information
3.	Lui proposer de prendre en note ses questions avant de rencontrer le professionnel de la santé
4.	S'assurer de sa compréhension, de l'objectif du traitement et des avantages/inconvénients
5.	Impliquer la personne dès le choix de traitement
6.	Aborder les fausses croyances et les craintes à l'égard du traitement
7.	Apprendre à reconnaître les effets secondaires attendus en lien avec les traitements
8.	Établir des moyens pour mieux gérer les effets secondaires
9.	Aborder le sujet directement et normaliser la difficulté à maintenir l'observance
10.	Encourager l'utilisation d'une dosette
11.	Recourir à un agenda, une alarme ou tout autre moyen de rappel
12.	Surtout soutenir la personne et non la blâmer pour sa non-observance
13.	Informer des risques associés à l'abus/irrégularité/omission de la médication
14.	Impliquer les proches, la famille et le réseau social de la personne
15.	Travailler de concert avec les autres professionnels de la santé (p. ex. pharmacien, physiothérapeute, nutritionniste, médecin)
16.	Viser l'appropriation du processus plutôt que son acceptation d'emblée

Références

- 1 Agence de la santé publique du Canada. 2013. *Prévention des maladies chroniques : Plan stratégique 2013-2016*.
- 2 World Health Organization (2003). *Adherence to long-term therapies, evidence for action*. 110 pages [E]. ISBN 92 4 154599 2.
- 3 Haynes RB (2001). *Interventions for helping patients to follow prescriptions for medications*. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 1.
- 4 Document officiel en ligne des Nations Unies. *Déclaration politique de la réunion de haut niveau sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles* [www.un.org/fr/documents/view_doc.asp?symbol=A/66/L.1].

_Saviez-vous que?

Le bilinguisme pourrait retarder certains types de démence

Par D^{re} Nathalie Girouard, psychologue, conseillère à la qualité et au développement de la pratique

Une étude publiée en novembre 2013 dans la revue *Neurology*¹ révèle que le bilinguisme permettrait de retarder certains types de démence. Selon Suvarna Alladi, neurologue à l'Institut Nizam des Sciences médicales à Hyderabad en Inde, « parler plus d'une langue paraît induire un meilleur développement de la zone du cerveau responsable du raisonnement et de l'attention, qui pourraient contribuer à protéger [les individus] de la démence² ». L'équipe de recherche a suivi 648 personnes (âge moyen : 66 ans), lesquelles présentaient différents types de démence. De ce nombre, 14 % étaient analphabètes et 391 participants parlaient au moins deux langues. Les résultats démontrent qu'en moyenne la maladie d'Alzheimer et les démences fronto-temporales ou vasculaires sont apparues quatre ans et demi plus tard chez les participants bilingues que chez ceux qui ne parlaient qu'une seule langue. Fait intéressant, les mêmes bénéfices ont aussi été observés à l'intérieur du groupe des analphabètes. Notons également que les effets du bilinguisme ont été confirmés indépendamment de certaines variables telles que le sexe des participants, leur profession ou le fait d'habiter une zone rurale ou urbaine. Cette étude est la première qui documente les effets positifs du bilinguisme auprès d'une population analphabète.

_Notes

- 1 S. Alladi et coll. (2013). « Bilingualism delays age at onset of dementia, independent of education and immigration status », *Neurology*, Nov. 6, 2013, doi:10.1212/01.wnl.0000436620.33155.a4
- 2 Agence France Presse (2013). « Être bilingue retarderait certaines formes de démence », *La Presse*, Montréal, 7 novembre 2013 [www.lapresse.ca/vivre/sante/201311/07/01-4708218-etre-bilingue-retarderait-certaines-formes-de-dementia.php] (consulté le 26 novembre 2013).

CFSMO - FORMATIONS EN LIGNE

CES ACTIVITÉS DE FORMATION SONT RECONNUES AUX FINS DE LA FORMATION CONTINUE EN PSYCHOTHÉRAPIE

VOICI UN APERÇU DES AVANTAGES DONT VOUS BÉNÉFICIEZ EN ACHETANT UNE FORMATION EN LIGNE VIA NOTRE PORTAIL CHPJ.CA/CAMPUS :

- Vaste choix de formations en psychothérapie offertes par des formateurs chevronnés (présentement **34 formations** accessibles)
- Liberté de visionner les formations à votre rythme
- Accès à la documentation déposée par le formateur dans la bibliothèque de votre formation
- Accès sur votre compte à votre certificat d'attestation de réussite pour la reconnaissance de vos heures de formation continue

NOUVEAUTÉS - FORMATIONS EN NEUROPSYCHOLOGIE

Deux formateurs anglophones de renom provenant de l'Université Johns Hopkins

Dr E. Mark Mahone

Developmental Neuropsychology of ADHD : Brain and behavior from Preschool to High School

Dr David J. Schretlen

Novel Methods of Inference in Clinical Neuropsychology

Pour information supplémentaire : suzanne_dorais@ssss.gouv.qc.ca



UN NOUVEAU DIRECTEUR DES OPÉRATIONS ET DES RESSOURCES HUMAINES À L'ORDRE

C'est l'été dernier que le conseil d'administration de l'Ordre a créé le poste de directeur des opérations et des ressources humaines pour assurer une utilisation optimale des ressources investies et pour contribuer à la révision des processus et des méthodes de travail ainsi qu'au développement de projets d'envergure, notamment la formation à distance.

M. Stéphane Dubé, M. Sc., Adm. A., s'est donc joint à la permanence de l'Ordre en octobre dernier. Comptant près d'une quinzaine d'années d'expérience en gestion et en développement stratégique, M. Dubé a fait ses preuves auprès de la fonction publique et parapublique, de firmes de conseil en management et informatique, de même qu'auprès d'organisations à vocation sociale telles que la Fondation ONE DROP et l'Institut du Nouveau Monde. Membre de l'Ordre des administrateurs agréés du Québec, M. Dubé connaît bien l'univers des ordres professionnels pour s'être déjà impliqué auprès de son ordre. Reconnu comme un meneur d'équipe capable de mettre en place les moyens et les ressources nécessaires pour parvenir aux objectifs d'une organisation, M. Dubé travaillera en étroite collaboration avec toutes les directions de l'Ordre pour assurer la planification annuelle des activités ainsi que le suivi de la performance globale de l'Ordre.



Cours de déontologie et professionnalisme



Totalisant 45 heures de travail, ce cours s'adresse aux candidats à l'admission et aux psychologues souhaitant rafraîchir leurs connaissances sur le plan déontologique. Plusieurs situations susceptibles de se présenter au cours d'une pratique professionnelle y seront exposées, telles que le conflit d'intérêts, la dangerosité, le témoignage devant les tribunaux, et celles qui sollicitent des compétences entre autres en matière de confidentialité et de consentement libre et éclairé.

M^{me} Élyse Michon, formatrice



M^{me} Élyse Michon, psychologue, a été inspectrice de l'Ordre pendant trois ans avant de collaborer à la conception du cours de déontologie qu'elle donne maintenant

depuis plus de 15 ans. M^{me} Michon est également la formatrice du cours sur la tenue de dossiers offert par l'Ordre et enseigne le cours en éthique et déontologie à l'Université de Sherbrooke.

Les participants doivent obligatoirement suivre une série de deux journées complètes.

Horaire de chaque journée : de 9 h à 16 h 30

Tarif pour l'ensemble du cours : 287,44 \$ (taxes incluses)

Inscription en ligne : www.ordrepsy.qc.ca/coursdeontologie

PROCHAINES FORMATIONS : À MONTRÉAL

- 31 janvier et 28 février 2014
- 7 mars et 4 avril 2014

Portrait : Voir l'école autrement : une rencontre avec la psychologue

Le 17 octobre, lors de la remise de prix du 25^e congrès de l'Association québécoise des psychologues scolaires (AQPS), Danielle Roy ne se doutait pas une seconde qu'on la nommerait au micro. Le prix Richard-Gagné¹ lui a été décerné pour sa contribution au développement d'une vision différente des problèmes de santé mentale dans les écoles. Rencontre avec une psychologue qui, depuis une trentaine d'années, s'active dans les coulisses du milieu scolaire québécois.

Par Éveline Marcil-Denault, psychologue et journaliste pigiste

« Je n'étais pas au courant du tout », dit Danielle Roy, encore touchée par le geste des collègues ayant proposé sa candidature. Mais les honneurs – y compris ce portrait et la session photo qui l'accompagne – la rendent plutôt mal à l'aise. Elle refuse de prendre tout le mérite. « J'ai eu la chance de travailler avec des gens formidables », insistera-t-elle jusqu'à la fin de notre entretien.

Cela dit, même mue par une motivation intrinsèque qu'elle qualifie de « très vivante », Danielle Roy n'est pas insensible au fait de voir ses efforts reconnus par ses pairs : « Ça me permet de mesurer le chemin parcouru et de donner un sens différent à mon travail. » Et l'entrevue pour ce portrait? Par respect pour ceux qui ont consacré de leur temps pour que sa carrière soit mise en lumière, elle accepte volontiers de se prêter au jeu des questions!

_LE TRAVAIL, PUIS LES ÉTUDES

« J'ai un parcours un peu hétéroclite », analyse Danielle Roy. Après l'adolescence, elle s'est spontanément dirigée vers le marché du travail. Les études, dans sa famille, étaient peu valorisées : « Mes parents ont fait des études plus avancées que les gens de leur milieu, mais ça n'a pas été un parcours heureux pour eux. Ça les a un peu marginalisés par rapport à leur monde. »

Mais le désir de retourner sur les bancs d'école l'a vite rattrapée. Elle qui se réclame de l'approche développementale estime avoir bénéficié de formidables guides. « J'ai été inspirée par de très très bons professeurs », dit la psychologue en évoquant l'UQAM, l'*alma mater* qu'elle a choisie délibérément : « J'avais l'impression que ce milieu moins formel et plus communautaire me conviendrait mieux, explique-t-elle. C'est là que je voulais être. »

_MIEUX COMPRENDRE POUR MIEUX AIDER

Portée naturellement vers les enfants les plus vulnérables, Danielle Roy a d'abord touché à la pratique clinique en bureau privé, à la pédopsychiatrie en milieu hospitalier, puis à l'intervention auprès d'enfants de quartiers défavorisés de la Commission des écoles catholiques de Montréal. Dès le début de sa carrière, elle a voulu chercher au-delà de l'observable : « J'avais une approche

plutôt psychodynamique et je me suis intéressée à cette façon de comprendre plus en profondeur ce qui se passe et à tenir compte de l'idée qu'il y a un inconscient qui peut venir jouer dans nos attitudes et nos comportements. »

Cette curiosité – pour les travaux de Melanie Klein, notamment –, elle l'a nourrie lors d'un séjour en Angleterre. Accompagnant son mari post-doctorant, Danielle Roy a profité de son passage à Londres pour se perfectionner à la clinique Tavistock. De retour au Canada, elle a été embauchée comme clinicienne dans une école regroupant plusieurs classes pour les enfants en difficultés de l'ancienne Commission scolaire Baldwin-Cartier. « C'était un laboratoire extraordinaire », se souvient la clinicienne qui dit être *devenue* psychologue scolaire par amour pour ce milieu de vie des enfants qu'est l'école. Exposée pendant neuf années aux problématiques infantiles les plus diverses, Danielle Roy ne pouvait être mieux préparée pour le mandat qui l'attendait.

_ENTRER DANS LA ZONE GRISE

En 1997, le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport a créé un nouveau mandat régional de soutien et d'expertise en santé mentale et psychopathologie pour les commissions scolaires francophones de Montréal. Ce service – qui, selon les décideurs, ne concernerait que peu de cas – se voulait complémentaire à ce qui s'offrait déjà pour les clientèles ayant des troubles de comportement ou une déficience intellectuelle.

« C'était complètement novateur », estime Danielle Roy. Elle devint la première personne ressource du service, un rôle-conseil qu'elle occupa durant 15 ans et qui lui révéla sa passion pour la santé mentale en milieu scolaire. Elle souligne l'audace de ceux qui ont pris le pari qu'il y avait quelque chose à découvrir du côté de la psychopathologie, ouvrant une brèche dans un système d'éducation qui, jusque-là, avait laissé les enjeux de santé mentale sous la gouverne du milieu hospitalier. « Ce qu'on m'avait demandé à mon entrée en poste, c'était de clarifier la zone grise entre les problèmes de santé mentale et les troubles de comportement. »

Un état de situation qu'elle a produit en rencontrant plusieurs acteurs du milieu mettait en évidence de possibles lacunes dans la façon dont on envisageait le travail auprès des enfants en difficultés. Surtout, Danielle Roy a pu constater que de nombreux



Danielle Roy, psychologue

Intervenants partageaient cette idée qu'il était possible de travailler autrement. Lentement, une communauté d'agents de changement s'est formée dans le réseau scolaire. Grâce à des colloques, à des formations et à de la recherche-action, un virage s'est opéré : on s'est mis à parler de « santé mentale » au lieu de « maladie mentale » et, progressivement, le milieu scolaire s'est ouvert à une appréhension plus clinique, développementale et écosystémique de la santé mentale².

_SAISIR UNE RÉALITÉ COMPLEXE

Loin de la rebuter, la complexité de certaines problématiques fascine Danielle Roy : « Il y a non seulement l'enfant, avec sa vie psychique, mais aussi son rapport avec sa famille et avec les membres de sa communauté, dont l'école. Dans toutes ces dimensions peuvent résider des aspects à travailler, des leviers à activer³. »

La complexité, c'est aussi chercher à comprendre ce qui peut se cacher derrière les comportements difficiles. Elle donne l'exemple d'un enfant dont l'anxiété se manifeste par de l'opposition. Là où certains voient des « conduites à modifier », Danielle Roy, elle, voit parfois un développement entravé et un groupe de gens à mobiliser pour renverser la vapeur. « La santé mentale peut expliquer beaucoup de comportements observés. Il importe de bien discriminer les difficultés et de travailler le plus possible en amont, avant que les problèmes ne se structurent. »

_UN BRIN REBELLE

Depuis deux ans, Danielle Roy a terminé son mandat régional et agit comme psychologue-conseil à la Commission scolaire Marguerite-Bourgeoys. Elle parle avec admiration des gens sur le terrain, ceux qu'elle cherche à aider et qui ont eux aussi besoin d'empathie : « Ce n'est pas facile, ce qu'ils vivent. Moi, j'ai du recul. Eux sont avec les enfants tous les jours. »

Celle qui se consacre aussi à une démarche artistique – elle adore dessiner – s'avoue un peu rebelle dans l'âme. « Dans tous mes emplois, j'étais incapable de m'en tenir à la *job* que j'avais à faire : j'étais un peu le grain de sable dans la mécanique... »

À demi-mot, c'est un peu ce qu'elle souhaite aux psychologues scolaires, une petite révolution professionnelle : « Je trouve qu'ils ont des ressources extraordinaires, mais pas encore assez utilisées. Trop souvent, leur expertise sert à effectuer des validations administratives qui prennent énormément de temps. On aurait intérêt à s'assurer qu'il y ait plus de "vivant" et de relations dans ce travail. » Mais Danielle Roy voit des signes de changement encourageants et, forte de son expérience, elle garde espoir dans la capacité du système à se modifier.

« Plus jeune, confie-t-elle, ce qui m'interpellait était le travail de missionnaire : voyager, aider des gens. » Avec le recul, Danielle Roy considère que ce qu'elle aura vécu, avec ce flambeau de la santé mentale à l'école, n'est pas si loin de ce rêve d'enfant. Ses collègues, en présentant sa candidature pour le prix, ont choisi l'image du phare pour décrire la personnalité de Danielle Roy : « Elle sait nous éclairer et nous guider vers une compréhension plus approfondie des difficultés affectives éprouvées par les enfants [...] En toute discrétion, elle incarne un idéal d'accomplissement personnel et professionnel. »

_Notes

- 1 Le prix Richard-Gagné est remis depuis six ans à un psychologue qui, de l'avis de ses pairs, s'est distingué, a agi comme modèle et mentor pour ses collègues dans l'avancement de la psychologie scolaire. Psychologue scolaire retraité reconnu, M. Gagné a joué un rôle dans les débuts de l'AQPS et continue de s'impliquer pour promouvoir la psychologie scolaire et la prévention de l'intimidation (source : AQPS).
- 2 Danielle Roy a notamment participé à l'organisation de nombreux colloques portant sur la santé mentale en milieu scolaire, dont un intitulé *La santé mentale à l'école : ça nous concerne*. Ces événements permettaient de réunir des intervenants du milieu scolaire et du milieu de la santé et des services sociaux.
- 3 Formatrice et conférencière auprès de nombreux intervenants du milieu scolaire, M^{me} Roy est en outre l'auteure de guides et de textes de référence spécialisés, dont *La santé mentale à l'école : Apprivoiser la complexité* (février 2006).

_DU 2 AU 8 FÉVRIER PROCHAIN, C'EST LA SEMAINE NATIONALE DE PRÉVENTION DU SUICIDE



Sous le thème « T'es important pour nous. Le suicide n'est pas une option », la 24^e Semaine nationale de prévention du suicide aura lieu du 2 au 8 février prochain. Le visuel de la campagne misera sur l'épingle « T'es important pour moi » et les relations publiques mettront en vedette quelques personnalités publiques, dont des comédiens de la série *Yamaska*. Les psychologues qui désirent se procurer le matériel de sensibilisation peuvent le faire via le www.aqps.info. Des affiches, affichettes et signets (qui comprennent une portion détachable de format carte professionnelle et présenteront les ressources d'aide) sont proposés en français et en anglais.

Formation continue Gestion de la douleur chronique

RA00330-13 / 7 crédits reconnus par l'OPQ

Formatrice : Marie-Josée Rivard, Ph.D. Psychologue, spécialiste en gestion de la douleur

- Directrice des services psychologiques, Unité de gestion de la douleur Alan-Edwards (McGill)
- Présidente de la Société Québécoise de la douleur
- Auteure du livre *La douleur de la souffrance au mieux-être*

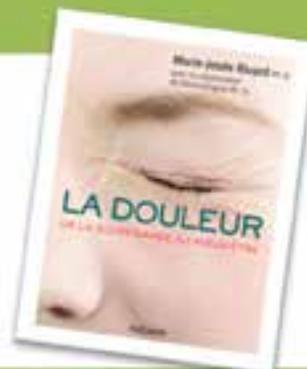


Formations 2014

24 janvier : Montréal
31 janvier : St-Jérôme
21 février : Terrebonne
28 mars : Sherbrooke
9 mai : Gatineau
30 mai Chicoutimi

Objectifs de la formation

- Décrire le portrait global de la douleur chronique, ses impacts physiques, fonctionnels et psychologiques.
- Évaluer de façon rigoureuse pour établir un plan de traitement précis et adapté.
- Outiller le client afin qu'il puisse reprendre le contrôle de sa vie.



Information et inscription : www.mariejoseerivard.com
514-918-2451 / marie-josée.rivard@videotron.ca

Frais d'inscription
200\$ + tx = 229,95\$

Le retrait des lignes directrices portant sur le TDAH

Les lignes directrices rédigées par le Collège des médecins du Québec et l'Ordre des psychologues du Québec qui portent sur le trouble déficit de l'attention/hyperactivité (ci-après lignes directrices TDAH) avaient été publiées en 2001, soit il y a maintenant 12 ans. Or, l'entrée en vigueur de la loi 21, qui réserve entre autres aux psychologues l'évaluation des troubles mentaux et l'évaluation des troubles neuropsychologiques, de même que la publication du DSM-5, font que ces lignes directrices ne sont plus d'actualité et ne rendent pas compte des nouvelles réalités professionnelles. Le conseil d'administration de l'Ordre a décidé lors de sa réunion du 22 novembre 2013 de les retirer, et ce, notamment en raison de ce qui suit.

Les lignes directrices TDAH faisaient référence à plusieurs reprises au *diagnostic du médecin* et à *l'impression clinique du psychologue*, l'un et l'autre étant la conclusion que chaque professionnel pouvait alors tirer. On affirmait donc clairement à plus d'un endroit que seul le médecin pouvait confirmer ou infirmer la présence de TDAH. Or, l'entrée en vigueur en septembre 2012 des dispositions de la loi 21 sur l'évaluation des troubles mentaux confirme l'habilitation du psychologue à conclure notamment à la présence d'un TDAH.

La loi 21 réserve également l'évaluation des troubles neuropsychologiques aux psychologues détenant une attestation de formation à cet effet. Les lignes directrices TDAH faisaient état de la contribution des neuropsychologues, mais ce qui était présenté ne correspond pas à ce qui est maintenant réservé, notamment en ce qui a trait à la distinction entre l'évaluation des troubles mentaux et l'évaluation des troubles neuropsychologiques et à l'apport spécifique du neuropsychologue. À cet égard, il y a lieu de se référer au guide explicatif de la loi 21 (section 3.6.3, voir www.ordrepsy.qc.ca/guideexplicatif) et au document intitulé *L'évaluation des troubles mentaux et l'évaluation des troubles neuropsychologiques : précisions sur le sens et la portée de chacune de ces activités* (voir www.ordrepsy.qc.ca/distinctionevaluationdestroubles). Il faut, entre autres :

- savoir que l'évaluation du TDAH est une activité qui relève de l'évaluation des troubles mentaux, non pas des troubles neuropsychologiques;
- connaître les limites de l'évaluation du trouble mental/TDAH;
- dégager l'apport spécifique du neuropsychologue qui est habilité à l'évaluation des fonctions cognitives (fonctions mentales supérieures) d'une personne qui présente un TDAH.

Il faut également considérer le fait que les lignes directrices TDAH renvoyaient au DSM-IV-TR alors que le DSM-5 vient d'être publié et qu'il s'y trouve des modifications qui ont trait à la nature du trouble, aux critères diagnostiques et aux possibles conclusions diagnostiques à tirer.

Il y a donc lieu maintenant d'adopter nos pratiques évaluatives en matière de TDAH en fonction des nouvelles réalités cliniques et professionnelles.



AVIS DE RADIATION PROVISOIRE IMMÉDIATE

AVIS est par la présente donné que **Madame Constance Lalinec**, permis numéro 07472-95, exerçant sa profession à Montréal, a fait l'objet d'une décision du conseil de discipline en date du 20 août 2013 la radiant de façon provisoire et immédiate, jusqu'à la décision finale sur la plainte disciplinaire portée contre elle.

Les actes reprochés à M^{me} Lalinec sont les suivants :

1. Le ou vers le 13 février 2012, l'intimée n'aurait pas eu une conduite irréprochable et aurait exercé sa profession dans un état susceptible de compromettre la qualité de ses services.
2. Dans le cadre du suivi psychothérapeutique d'un enfant mineur, l'intimée aurait contrevenu à ses obligations en matière de tenue de dossier pour la consultation du 13 février 2012.
3. Dans le cadre du suivi psychothérapeutique d'un autre enfant mineur, l'intimée n'aurait pas eu une conduite irréprochable et n'aurait pas sauvegardé son indépendance professionnelle.
4. Au cours de l'hiver 2012, l'intimée aurait exercé sa profession dans un état susceptible de compromettre la qualité de ses services auprès d'enfants mineurs.
5. Au cours de la période allant du mois de décembre 2012 jusqu'au mois de mai 2013, l'intimée n'aurait pas eu une conduite irréprochable et aurait exercé sa profession dans un état susceptible de compromettre la qualité de ses services.

L'ordonnance de radiation provisoire immédiate est effective à compter de la date de signification de la décision à Madame Constance Lalinec, soit le 22 août 2013, et demeurera en vigueur conformément à la manière prévue à l'article 133 du *Code des professions*.

Le présent avis est donné en vertu de l'article 180 du *Code des professions*.

Mont-Royal, ce 20 novembre 2013
M^e Édith Lorquet
Secrétaire du conseil de discipline

Activités régionales et des regroupements

ACTIVITÉS DE FORMATION DES RÉGIONS DE LA MAURICIE ET DU CENTRE-DU-QUÉBEC

Le D^r Frédéric Langlois, administrateur de la région de la Mauricie/ Centre-du-Québec, invite les psychologues de ces deux régions à une journée de formation continue.

Cette activité aura lieu le vendredi 28 février 2014 et portera sur *L'Écoute émotionnelle*. La formation sera animée par la D^{re} Monique Brillon et M. André Renaud, psychologues, et aura lieu au pavillon Michel-Sarrazin de l'Université du Québec à Trois-Rivières (UQTR). Enfin, notez que cette activité est reconnue par le programme de formation continue en psychothérapie pour 6 heures.

Pour de plus amples renseignements sur les activités régionales en Mauricie ou dans le Centre-du-Québec, communiquez avec le D^r Frédéric Langlois, psychologue, à l'adresse frederic.langlois@uqtr.ca ou par téléphone au 819 376-5011, poste 3557.

ACTIVITÉS DE FORMATION DE LA RÉGION LAURENTIDES/LANAUDIÈRE

Le Comité d'organisation des activités régionales Laurentides/Lanaudière vous invite à vous inscrire à une formation de deux journées consécutives offerte par la D^{re} Pascale Brillon, psychologue. Ces deux journées porteront sur la compréhension clinique, sur l'évaluation, sur le traitement thérapeutique précoce et à moyen terme du deuil traumatique ainsi que sur les impasses susceptibles de se présenter. Prenez note que cette formation est reconnue par le programme de formation continue en psychothérapie pour 12 heures. Elle est ouverte à tous les psychologues du Québec, mais seuls les membres des Laurentides et de Lanaudière recevront un formulaire d'inscription par la poste.

La formation aura lieu les 13 et 14 mars 2014 de 8 h 30 à 16 h 30 à la salle *La Distinction*, située au 1505, boulevard de la Base-de-Roc, à Joliette. Les frais d'inscription incluent deux petits déjeuners et deux dîners. La date limite pour s'y inscrire est le 19 février 2014.

Pour plus d'information, communiquez avec M^{me} Hélène Côté au 450 227-0210.

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 différentes activités dans deux régions.

D'abord, dans la région de Québec, le 24 janvier, une conférence est organisée ayant comme thème *La gestion virtuelle des équipes ou la gestion des équipes virtuelles*. Cet événement aura lieu de 13 h à 16 h, à l'Université Laval.

Ensuite, dans la région de l'Estrie, trois conférences sont organisées. La première aura lieu le 30 janvier 2014 à 17 h et s'intitule *Et si on utilisait nos ressources?* La deuxième aura lieu le 26 février 2014 à 17 h 30 et aura comme thème *Et si les employés contribuaient à la santé psychologique de leur gestionnaire?* La troisième activité aura lieu le 26 avril 2014 à 17 h 30 et aura comme thème *Et si l'évaluation de potentiel vous menait plus loin...*

Enfin, dans la région de l'Outaouais, le 24 février 2014, une conférence ayant pour thème *Favoriser la santé psychologique et la performance au sein des équipes de travail – Avancées théoriques et pratiques novatrices d'intervention auprès des équipes de travail* aura lieu de 13 h 30 à 16 h 30 à Gatineau.

Pour de plus amples renseignements sur ces activités ou pour vous y inscrire, consultez le site Web de la SQPTO au www.sqpto.ca.

ACTIVITÉS DU REGROUPEMENT DES PSYCHOLOGUES CLINIENS ET CLINIENNES DE QUÉBEC

Le Regroupement des psychologues cliniciens et cliniciennes de Québec (RPCCQ) propose différentes activités de formation qui auront lieu prochainement.

D'abord, le 24 janvier 2014, une formation ayant pour thème *Deuil : entre perte et investissement* sera animée par M^{me} Suzanne Bouchard, psychologue. Cette activité est reconnue pour 6 heures de formation continue en psychothérapie.

Ensuite, le vendredi 21 février 2014, une formation ayant pour thème *L'image mentale dans sa fonction réparatrice : introduction à la psychothérapie eidétique* sera présentée par la D^{re} Louise Caouette, psychologue. Cette activité est aussi reconnue pour 6 heures de formation continue en psychothérapie.

Enfin, le vendredi 14 mars 2014, le D^r Conrad Lecomte, psychologue, animera une formation ayant comme titre *Perturbations, ruptures et impasses relationnelles : expériences déterminantes du processus et des résultats thérapeutiques*. Cette activité est également reconnue pour 6 heures de formation continue en psychothérapie.

Notez que ces trois formations auront lieu de 9 h à 16 h 15 à l'Hôtel Classique, au 2815, boulevard Laurier, à Québec.

Pour de plus amples renseignements sur ces activités ou pour vous inscrire, consultez le site Web du RPCCQ au www.rpccq.net.

Psychothérapie Corporelle Intégrée

www.institutpci.com

Montreal (514) 383-8615
Extérieur de Montreal 1-877-383-8615

2503 Avenue-Bourassa Est,
Bureau 101, Montreal (Qc)
H3B 1V3

Reconnu par l'OPQ pour la formation continue
Des concepts et des outils pour inclure activement le corps dans le processus de psychothérapie
Introduction aux habiletés de base d'intégration psychocorporelle
Concepts de base de la PCI
La conscience corporelle
Les indices corporels de la présence à soi
Les indices corporels des enjeux de frontières en lien

Formation de 13 heures
Montreal
8 - 9 mars 2014

Formation de 90 heures
Montreal
automne 2014

Développée depuis 1985
Une synthèse de plusieurs approches psychologiques (Gestalt, recherche, 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 tant où le décrivent les neurosciences actuelles.
Programme offert au Québec et en Belgique.
André Duchesne, psychologue, directeur de l'IPC

Tableau des membres

En date du 3 décembre 2013

_NOUVEAUX MEMBRES

Beaulieu, Satia
Bertrand-Gauvin, Caroline
Blais-Bergeron, Marie-Hélène
Boucher-Mercier, Sabrina
Chambellant, Eric
Corbeil-Serre, Laurence
Debas, Karen
Donahue, Eric
Dubois, Marie-Ève
Fauteux, Marie-Hélène
Gagné, Julie

Gaudet-Boulay, Jasmine
Gaudreault, Rémi
Gelfand, Laurie
Giasson, Véronique
Havé, Didier
Irannejad, Shahrzad
Laliberté, Sylvie
Laroche-Provencher, Josianne
Lauzier, Martin
Laverdure, Anick
Lavoie, Marjorie

Lever, Marie-Josée
Linardatos, Pantelitsa
Martel, Julie
Morin, Audrey
Paquin, Andrée-Anne
Paquin, Sarah
Piechnicki Pizzani, Luciana
Rinfret, Stéfanie
Ross, Amélie
Rossignol, Annie
Roux, Catherine

Sacy, Michel
Savaria, Michèle
Simard, Claude
Sioui, Nibisha
Viau-Quesnel, Charles
Vintiloïu, Anda Julia

_DÉCÈS

Madore, Monique

Registre des psychothérapeutes

En date du 3 décembre 2013

_NOUVEAUX DÉTENTEURS DE PERMIS

Arsenault, Isabelle
Assaly, Joanne
Bellefleur, Karine
Belle-Isle, Louis-Pierre
Benedetti, Christina
Berthelot, Hélène
Blain-Clotteau, Paule
Bond, Barbara
Bouchard, Guylaine
Caplan, Thomas
Cardyn, Ingrid
Carignan, Sylvie
Caron, Mario
Carrier, Denise
Claveau, Yves
Contreras, Ana Maria
Côté, Sylvain
Coulombe, Michou
Cyr, Marguerite
Dallaire, Guy
De Coster-Picard, Dominique
De Jong, Alet
Desfossés, Ginette
Drolet, Anne-Marie
Durst, Adrienne
Duval, Éliane
Fortin, Stefany
Freiwald, Shiri
Gagné, Joanne
Gontovnick, Howard
Grenier, Stéphanie
Guillaumes, Véronique
Ivan, Patricia
Keefler, Joan
Klein, Mona E.
Kline, Katherine
Kneller Gold, Dina
Krukin, Cheryl
Labelle, Henri
Laferrrière, Madeleine
Laviguer, Jocelyne

Lavoie, Mélanie
Le Goff, Isabelle
Lebeau, Thomas M.
Lemieux, Johanne
Lipadatova, Olga
Luce, Moira
Marceau, Denise
Marchetti, Valérie
Martineau, Michelle
Massé, Jacinthe
McCabe, Kathy
Ménard, Robert
Merovitz, Paula
Mestel Liverman, Elaine
Mew, Alyssa
Morin, Philippe
Nadeau, Johanne
Nadeau, Sylvain
Nolet, Caroline
Phaneuf, Ginette
Picard, Mona
Préseault, Valérie
Puterman, Rebecca
Quiros Carranza, Jonathan
Rabow, Rhonda
Ross, Linda Lee
Rovito, Adelina
Roy, Line
Rubin, Stacey
Salvas, Sylvie
Savary, Jean-François
Simard, Louise
Tessier, Hélène
Thériault, Geneviève
Trachimovsky-Kirstein, Sylvia
Trudeau, Yves
Van Herck, Gaél
Venne, Kathia
Venne, Kathy
Yansen, Leticia

PSYCHOLOGUES
à la recherche
d'un milieu **DE VIE**
PROFESSIONNEL, dynamique « agréable? »

Cette offre s'adresse à vous!

Vous avez envie d'œuvrer dans un milieu dynamique, offrant de nombreuses possibilités d'emploi au sein d'une équipe d'une vingtaine de psychologues soutenue par une coordonnatrice qui croit au service et en valorise l'expertise? La Commission scolaire des Grandes-Seigneuries (CSGS) a un emploi pour vous!

Découvrez les nombreux avantages professionnels dont vous bénéficiez à la CSGS en visitant le www.csdgs.qc.ca sous la rubrique « Offres d'emploi ».

Au plaisir de vous accueillir!

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.

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

Vieux-Terrebonne – Bureaux à louer. Services complets inclus, meublés, climatisation. Possibilités de références de clients et d'échanges avec plusieurs collègues. René M. Forget : 450 964-1794 ou forget17@videotron.ca.

Blainville – Bureaux à louer. À l'heure ou par blocs, avec ou sans bail, à l'aide d'un système de réservation en ligne sur le Web! Facilité d'utilisation et flexibilité de location pouvant être modifiée à la dernière minute. Environnement contemporain; insonorisation supérieure. Équipe de plusieurs professionnels. www.centreprofessionnelfamilia.com; 514 962-3311.

Valleyfield – Recherchons psychologues pour la pratique privée, clientèles variées. TCC un atout, références possibles. Blocs d'heures, à la journée ou temps plein june.dube@bellnet.ca.

À louer – Rue Cherrier, métro Sherbrooke. Bureaux rénovés, meublés, au rez-de-chaussé d'une maison victorienne. Journées et modalités de location. 514 598-5423 ou 514 523-9483.

Québec – Bureau disponible à l'heure, au mois ou à l'année situé sur la Grande Allée, près de Cartier. Plancher bois franc, plafond de 9 pieds. 418 809-7544.

Blainville – À louer/sous-louer. Beaux bureaux rénovés dans édifice médical. Bien situé. Salle d'attente, cuisinette et toilette privée. Boiseries, fenêtres, foyer. Possibilité de références. 450 508-4778.

Centre de psychologie René-Laënnec – Bureau à louer dans polyclinique médicale René-Laënnec. Édifice de prestige situé à ville Mont-Royal, tout près de la station de métro Acadie. Accès routier facile pour toute la clientèle du Grand Montréal. Stationnement gratuit. Équipe de psychologues. Communiquez avec Jean-Louis Beaulé. Bureau : 514 735-9900. Cellulaire : 514 992-6972.

Laval – Bureaux insonorisés, meublés et climatisés. Près des autoroutes, Internet, cuisinette, salle d'attente, stationnement gratuit, plusieurs modalités de location. 514 502-4381, info@cliniquelaval.com, www.cliniquelaval.com (onglet Bureaux).

Québec – Bureaux à louer sur la Grande Allée. Rénovés, meublés, accueillants. Salle d'attente. Location à l'heure, demi-journée ou journée. Conditions souples, possibilités de références. 418 682-2109.

Bureaux à louer – Laval. Édifice médical centralisé et sécuritaire. Meublés, spacieux, bien fenestrés. Salle d'attente et cuisinette équipée. Insonorisation supérieure et climatisation. Clientèle adulte. Au bloc, à la journée ou à forfait. Visitez notre site Web au <http://allardcadieux.ca> ou appelez au 450 663-7222.

Westmount – Bureaux à louer. Sainte-Catherine Ouest (coin Greene), métro Atwater. Suite nouvellement aménagée, partagée par psychologues. Salle d'attente, cuisine. Temps plein/partiel. Mélanie : 514 622-2068.

Clinique de psychologie regroupant psychologues et professionnels connexes (sexologue, conseillère d'orientation, avocat-médiateur et nutritionniste); travailleurs autonomes. Édifice professionnel calme, facile d'accès et au cœur d'un secteur commercial/professionnel névralgique de l'Est de Montréal. Plusieurs modalités locatives. Climatisé, insonorisé, meublé/décoré, Internet, stationnement, frigo/micro-onde, etc. 514 903-4420.

Québec, Lebourgneuf – Bureaux à louer : www.pierredassise.wordpress.com. Maison ancestrale dédiée à l'intervention psychologique. Équipe multidisciplinaire stimulante. Climatisés, insonorisés. Prix compétitifs. thieryleblond@hotmail.com ou Lucien Knobel : 418 271-1807.

Plusieurs bureaux à louer dans un petit centre professionnel situé en face du Palais de justice de Saint-Jean-sur-Richelieu. Salle d'attente. Accès à la salle de conférence. Tout inclus : taxes d'affaires, entretien ménage, chauffage et électricité. De 380 \$ à 525 \$/mois. D. Bonin – 438 390-4187 ou 514 277-7233.

Centre professionnel du Plateau Mont-Royal. Une équipe d'expérience : psychologues, experts, conseillers d'orientation, avocats, médiateurs et autres. www.cppm.ca ou 514 848-1724.

Chaleureux bureau à sous-louer. Salle d'attente, plusieurs disponibilités, grande fenêtre, à deux pas du métro Sherbrooke. 514 217-9222 ou 514 577-7070.

Saint-Lambert – Bureau à sous-louer. Meublé, stationnement. 10 \$ l'heure. Téléphone : 450 923-5906 ou 450 671-4427.

Bureau à partager face au métro Laurier. Spacieux, bien aménagé, clair et insonorisé. Environnement professionnel. Location à la journée. Disponible 1^{er} avril. Christiane : 514 303-0961.

Cherrier – Bureaux rénovés à sous-louer au rez-de-chaussée d'une maison victorienne. Une minute du métro Sherbrooke. Plusieurs modalités de sous-location. Accès Internet, imprimante, cuisine, etc. 514 581-2405 ou 514 814-4515.

Bureaux à louer – Saint-Hubert. Édifice professionnel, bureaux aménagés et insonorisés avec salle d'attente. Téléphone, chauffage, climatisation et stationnement inclus. Possibilité de vous afficher. Prix raisonnable et diverses modalités de location. Situé sur boulevard Cousineau, près de la 116. Merci de laisser un message : 514 377-3082, 438 391-2422 ou airlibre@videotron.ca.

LaSalle, près de Verdun – Bureaux à louer. Immeuble lumineux et chaleureux. Stationnements, transport en commun, salle d'attente, salle de réunion. Diverses modalités de location. 514 893-9894.

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

Bureaux rénovés à louer à côté du métro Henri-Bourassa. Édifice sécuritaire très bien entretenu. Idéal pour thérapeute ou psychologue. 514 381-0003.

Québec – Maison de psychologie Salaberry. Bureaux à louer, tarif heures/blocs de demi-journées ou journées complètes, localisation exceptionnelle dans édifice de cachet climatisé et nombreux services inclus. Recherchons psychologues avec ou sans expérience pour aider à répondre aux besoins de la clientèle en évaluation et psychothérapie. Renseignements : 418 523-5643.

À Trois-Rivières – Bureau à partager sur le boul. Jean-XXIII. Facile d'accès, stationnement, salle d'attente, meublé, climatisé, insonorisé. 819 373-0555.

Québec, Montcalm – Bureau à louer. Coin René-Lévesque et rue des Érables. Environnement contemporain. Nouvellement aménagé, plancher de bois franc, fenestration moderne. Internet, télécopieur, climatisation, insonorisation, entretien ménage. Temps complet/partiel. Possibilité de stationnement intérieur. Prix avantageux. 418 997-4124, remlabbe@hotmail.com.

Bureau 9 pi X 12 pi à louer à Laval. Meublé ou non. Stationnement, salle d'attente, salle de bain disponibles. Loyer autour de 350 \$/mois. Annick : 514 996-7633.

Bureau à louer – Adjacent à Outremont. Meublé, décor agréable, insonorisé, climatisé, avec salle d'attente et cuisinette. Libre le lundi et mardi. 514 274-0012.

Bureau – Saint-Lambert. Prix raisonnable, Meubles neufs, vue sur un parc, cuisinette. Lundi et vendredi, journée et soirée, mercredi à partir de 14 h. 514 998-6703.

Très beaux bureaux récemment rénovés à moins d'une minute du métro Laurier. Espace calme, moderne, climatisation, insonorisé, cuisinette, Wi-Fi. Possibilité de références. 514 703-6191.

Ahuntsic – Rue calme et facile de stationner. Cinq minutes du métro Henri-Bourassa. Petite clinique familiale (5 psys) au décor zen et chaleureux. Bureaux à louer et partager. Très grande luminosité, inclus climatisation, électricité, numéro de téléphone central. À la journée ou au mois. Une visite vous convaincra! 514 384-2553.

Saint-Jérôme – Bureau à partager sur la rue Lavolette. Localisation stratégique. Chaleureux et meublé. Grande flexibilité pour la location. Prix très avantageux. manona@hotmail.com.

Bureaux à louer ou partager à Blainville avec psychologues enfance-famille. Places disponibles à temps partiel. Salle d'attente commune et bureau bien insonorisé. André : 514 994-3973.

Ahuntsic – Centre professionnel, location stratégique. Beaux bureaux à louer, temps partiel, temps plein, insonorisés, climatisation, Internet, stationnement privé, références possibles, excellent rapport qualité/prix. 514 387-5005.

Longueuil – Beau bureau ensoleillé à partager, à deux pas du métro Longueuil. Prix compétitif. Plusieurs modalités. Kim D'Amours : 514 817-3645.

Bureaux luxueux de professionnel à partager à temps partiel à notre bâtisse de Rosemère. Références possibles. Équipe multiprofessionnelle sur place (psychologues, orthophonistes...). Stéphanie : 450 434-2862, poste 322.

Métro Laurier – À louer ou partager. Chaleureux, insonorisé, salle d'attente, cuisinette, climatisation. Diverses modalités de location. Possibilité de références. Renseignements : 514 286-2349.

Bureau à louer à Laval. Deux premières semaines gratuites. Disponible à partir de la mi-janvier 2014. Disponibilités : lundi et mardi après-midi et soir, jeudi avant-midi et après-midi, vendredi avant-midi. Bureau lumineux, meublé, cuisinette et salle d'attente. Disponible au bloc horaire, journée ou forfait. Marylène : 514 290-0877.

Bureaux spacieux, modernes à louer. Prix abordable. Belle salle d'attente. Métro Snowdon. Temps partiel ou temps plein. Disponible immédiatement. Internet inclus. D^{re} Rachel Toledano : 514 969-7379.

Trois-Rivières – Centre professionnel de Normanville. Bureaux à louer, majoritairement psychologues. Édifice professionnel calme, facile d'accès. Plusieurs modalités locatives. Climatisation, insonorisé, Internet, cuisine, stationnement. 819 373 5890.

Vieux Boucherville – Bureau à sous-louer, dans un édifice professionnel, adapté pour clientèle enfant/adulte et couple. Très éclairé, salle d'attente, cuisinette. Tarifs avantageux avec possibilité de location à l'heure, à la journée ou au mois. Bienvenue aux jeunes professionnels. Possibilité de références. Communiquer avec Nathalie : 514 806-0547.

Québec – Duberger. Magnifique bureau moderne avec cachet, climatisation, salle d'attente, coin enfant non visible en entrant. Clientèle enfants ados et/ou adultes. 581 982-1209.

Westmount – Bureau meublé ensoleillé, adapté pour clientèle enfants/adultes. Salle d'attente, cuisinette, stationnement. À sous-louer au bloc, à la journée, ou à forfait. 514 931-4848.

Repentigny – Bureau à louer par blocs ou à la journée. Édifice professionnel. Bien aménagé, meublé, grand, éclairé, chauffé et climatisation. Disponible maintenant. Sylvie : 514 953-7110.

Outremont – Bureaux à sous-louer. Nouvelle clinique de psychologie située au cœur de l'avenue Bernard (métro Outremont). Bureaux bien aménagés, éclairés, insonorisés. Équipe dynamique cherchant à créer un climat de travail stimulant et convivial. Sous-location au bloc ou à la journée. Barbara Chalifoux 514 961-2943 ou Nadine Lussier 514 550-1737.

Grands bureaux professionnels à louer meublés, tout équipés avec salle d'attente, cuisinette, salle d'eau. Situés 4375, Saint-Denis (métro Mont-Royal), entre Marie-Anne et Mont-Royal. Disponible vendredi, samedi, dimanche, lundi. Location : 125 \$/1 jour, 250 \$/2 jours, 300 \$/3 jours (comprend électricité, taxes, chauffage/climatisation, alarme, entretien). 514 267-0454.

Outremont – Bureau à sous-louer. Chaleureux, insonorisé, salle d'attente. Dans un bel édifice, à deux minutes du métro Outremont. Disponible les mardis, jeudis, samedis au bloc ou à la journée. Office to share. Cosy, soundproofed, waiting room. Available: Tuesdays, Thursdays, Saturdays. Marianne : 514 490-0496, 514 817-1544.

Bureau 10 pi X 13 pi dans centre beauté santé, Sainte-Rose, Laval. Chauffé, éclairé, climatisé, insonorisé avec un garde-robe et une grande fenêtre. Commun : salle d'attente, toilette, cuisinette. 514 895-1585.

Plateau – Bureaux de professionnels à louer, insonorisés, chauffés/climatisation, meublés, Internet. Location par blocs, équipe clinique éclectique, possibilités de références, supervision et réunions cliniques. 514 678-5747, www.cepsychologie.com.

Rosemère – Bureaux à louer, 132, boulevard Labelle. Fenêtres, insonorisés, meublés, accueillants. Salle d'attente. Location à l'heure, demi-journée ou journée. Renseignements : 450 435-1092 ou gilles.savoie@groupecdl.ca.

Trois-Rivières – Bureau à louer au centre-ville, rue Bonaventure. Bois franc, climatisation, stationnement, possibilité d'ameublement, édifice avec cachet. 819 690-2702.

Verdun – Bureaux à louer. Édifice médical, salle d'attente, toilette privée. Excellente localisation : boulevard LaSalle. 1^{er} bureau : 2 pièces, grande luminosité, 300 pi². Téléphone : 514 362-8945. 2^e bureau : cession de bail, grande fenêtre, 150 pi², 525 \$ + taxes. Téléphone : 514 935-6584. Proximité : hôpital, métro, autoroute, stationnement.

Vieux-Terrebonne – Magnifique et spacieux bureau meublé à louer vue sur étang et parc. Centre professionnel de santé. Différentes options de location. Sylvia : 514 802-2470.

Vieux-Longueuil – Bureaux à louer, heure/journée/année. Maison patrimoniale chaleureuse et bien tenue, cuisine équipée avec possibilité de sous-location. Manon Dupuis : 450 646-4443. Aussi à Saint-Hyacinthe.

Aide psychologique RS – Bureau meublé à louer, quelques jours disponibles. Équipe multidisciplinaire. Services de références disponibles. Location journée/mois. Prix compétitif. Ginette : 514 571-8871.

Bureau pour psychologue au 218, boulevard des Laurentides, Laval, dans un centre professionnel. 450 \$/mois. Près station métro Cartier. Raymond A. Cyr : 514 755-2024.

À sous-louer – Joli bureau éclairé, situé avantagusement à la frontière de Sainte-Thérèse et Blainville. Ascenseur, cuisinette. Réservation de votre place sur Google Agenda. Marc : 514 999-8027.

Bureaux à louer – Saint-Lambert. Temps plein ou partiel. Au cœur du village de Saint-Lambert. Chaleureux, décor soigné, insonorisé, climatisation, cuisinette, salle d'attente, accès Internet. Possibilité de références. Disponible à partir du 1^{er} juillet. Bail d'un an ou plus. Merci de laisser un message au 450 671-6457, poste 3.

Québec, Limoilou – Bureaux à louer, tarifs heures/blocs de demi-journées ou journées complètes (lundi, mardi et vendredi). 418 649-0568.

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

_PSYCHOLOGUES RECHERCHÉ(E)S

Recherchons psychologues adhérant à des valeurs communautaires. Clinique de psychothérapie à Sainte-Thérèse. 25 \$/entrevue, supervision offerte gratuitement. Visitez www.rssoleillevant.org. Renseignements ou CV : infoccp@bellnet.ca.

Rive-Sud de Montréal – Recherchons un psychologue pour enfants (thérapie d'enfants) ayant ou désirant développer une pratique autonome pour se joindre à notre équipe. 450 670-5905.

Psychologue demandé(e) – Pratique privée temps partiel à Boucherville. Références fournies : enfants, adolescents, adultes, couples, familles. Consultez notre site Web : www.psychologues-rivesud.ca. SVP, communiquez au 450 449-3963.

Pratique privée à Boucherville – Recherchons psychologue d'approche cognitive-comportementale pour évaluation et intervention auprès d'une clientèle adulte présentant des problèmes variés. Minimum 4 heures par semaine, statut de travailleur autonome, clientèle fournie. Bienvenu aux jeunes diplômés. Possibilité de supervision. Communiquer avec Mélanie Archambault au 514 774-3792 ou melanie.archambault@hotmail.com.

Recherche psychologue clinicien à temps partiel, possibilité temps plein, avec un intérêt pour la formation en entreprise. Travail stimulant et varié. Joignez-vous à une équipe dynamique, collaborative, respectueuse et axée sur le développement continu. Bureaux neufs, clientèle fournie, beaucoup d'autonomie et rémunération intéressante. Clinique de Psychologie de Québec : 418 454-3573, www.cliniquepsychologiequebec.com.

Petites annonces

Besoin de références de clients? Clinique de psychologues recherche psychologues et psychothérapeutes (région du Grand Montréal) désirant élargir leur clientèle de psychothérapie à leur bureau privé et/ou dans nos locaux. Disponibilités jours et soirées requises et approche adaptée au client. Aussi bureaux à louer disponibles. Renseignements : joseleeduc@hotmail.com.

Recherchons psychologues et doctorants pour se joindre à notre nouvelle clinique de Sainte-Julie (Centre de Psychologie de Sainte-Julie) ou à celle de Longueuil (Centre de Psychologie du Vieux-Longueuil). Atout : spécialisation auprès des enfants, adolescents, couples. Clientèle fournie et possibilité de supervision. Communiquez avec Chantal Forget au 514 887-9673 ou à info@centrepsy.ca.

La Clinique des troubles de l'alimentation de la Rive-Nord est à la recherche de psychologues désirant se joindre à son équipe. Nous sommes une équipe composée de psychologues, nutritionnistes, médecins et infirmières. Pour de plus amples renseignements, vous pouvez communiquer avec nous au 514 433-5727 ou à info@cliniquealimentation.com.

Clinique PsychoFamiliale Solution-Santé (Rive-Sud de Montréal et Vaudreuil-Soulanges) recherche professionnels dynamiques désirant faire partie d'une équipe multidisciplinaire (psychologue, orthophoniste, orthopédagogue, psychoéducateur, sexologue) comme travailleurs autonomes. Clientèle enfants/adolescents, adultes/couples, familles. Entente de services incluant locaux neufs, modernes, réception, papeterie, clientèle, publicité, visibilité, flexibilité horaire selon convenance. 450 633-9222, info@cpsolutionsante.com.

Psychologues recherchés – Service populaire de psychothérapie. Supervision offerte. Plusieurs autres avantages (24 \$ à 25 \$ l'entrevue). Envoyez votre CV au spp@cooptel.qc.ca. Consultez l'offre complète au www.spp-laval.qc.ca.

La Clinique d'Évaluation en Neuropsychologie et des Troubles d'Apprentissage de Montréal (CENTAM) est à la recherche de neuropsychologues à temps plein ou partiel (horaire flexible). Nous proposons un traitement bonifié de l'échelle salariale en vigueur au MELS. Pour plus d'information : info@centam.ca ou 514 528-9993.

Clinique TDAH de Montréal : nous cherchons un(e) psychologue et une conseillère en orientation intéressé(e)s à louer un bureau à temps partiel et faire partie d'une équipe multidisciplinaire dynamique. Les locaux sont neufs, modernes et bien insonorisés. Options de location par blocs ou par jour. Loyer inclus : téléphone, télécopieur, photocopieur, salle d'attente, cuisine, Wi-Fi, climatisation, possibilité de références, etc. Nous sommes spécialisés dans le TDAH et les problématiques associées (troubles anxieux, troubles de personnalité, troubles de l'humeur...). Pour en savoir plus sur nous, visitez notre site internet : cliniquetdah.com. Renseignements : Isabelle Lajoie : 514 800-8324, poste 301. Au plaisir!

La clinique pédiatrique de dysphagie est à la recherche d'une psychologue afin de venir compléter une équipe multidisciplinaire ayant pour mandat de travailler auprès des enfants ayant un trouble d'alimentation (autre que boulimie et anorexie) et leur famille. La clinique offre déjà des services en ergothérapie, nutrition et conseillère en allaitement. La nouvelle clinique ouvrira ses portes sur la Rive-Sud de Montréal en mars 2014. Pour nous joindre, veuillez nous faire parvenir une lettre d'intention à l'adresse suivante : Clinique pédiatrique de dysphagie, 1083, rue du Faubourg à Longueuil, J4N 1S7. Vous pouvez visiter notre site Web au www.cliniquepde.ca.

FORMATIONS

L'EMT : un outil stratégique en thérapie brève. L'EMT (Eye Movement Technique) de Fred Friedberg, Ph. D., est une technique qui permet, avec l'aide de stimulations bilatérales rapides, de réduire rapidement l'intensité d'émotions négatives (anxiété, colère, culpabilité, inquiétude) associées à des situations présentes ou futures non traumatiques : arrêt de travail, examen, chirurgie, exposé oral, perte d'emploi, accouchement, problème de santé, etc. L'EMT favorise une vision rationnelle du problème et la découverte de solutions. Par situation, une ou deux séances d'EMT suffisent généralement. Formation reconnue par l'OPQ (7 heures). Séminaires printemps 2014 : Montréal, Sherbrooke, Gatineau, Lévis, Alma, Saint-Sauveur (Laurentides). www.stephanemigneault.com.

Séminaire mensuel : Comment poser un diagnostic et l'utiliser en psychothérapie. Rive-Sud de Montréal. Formation reconnue par l'OPQ. Début : janvier 2014. Hélène Besner : 514 240-4883.

SERVICES OFFERTS

Supervision en thérapie cognitivo-comportementale offerte par Isabelle Boivin, Ph. D., psychologue. Bureau à Montréal. Approche intégrative, problématiques et modalités de supervision diverses. 514 609-0206, isabelle.boivin71@gmail.com.

Supervision clinique. Enfants, adolescents. Évaluation, thérapie. Approche intégrative. Michèle Houde, M.A., psychologue clinicienne, neuropsychologue. 23 ans d'expérience (école, pédopsychiatrie, CRDP, clinique de développement). Laval. 514 813-2117.

Supervision clinique – Approche psychodynamique. 25 ans d'expérience en bureau privé. Brigitte Soucy, psychologue-psychothérapeute : 514 963-9501.

Supervision de psychothérapie cognitivo-comportementale. Spécialisation pour le traitement de l'ÉSPT. Certification du Center for the treatment and study of anxiety. Sonya Jacques, D. Psy. 581 999-4332. sonya.jacques@mail.chuq.qc.ca.

Groupe de supervision jungienne de cas cliniques. Aux deux semaines. www.jung-montreal.com. / **Jungian Psychology: Group supervision**, meets every two weeks. http://jung-montreal.com/en/supervision.html.

À VENDRE

Test WAIS-IV français neuf (jamais servi) laissé à 1450 \$, valeur de 2075 \$ (taxes incluses). Cause : clientèle jeune seulement. Téléphone : 819 960-8285.

Logiciel pour psychologue. Élaboré en collaboration avec des psychologues. Conçu pour répondre aux exigences déontologiques en matière de tenue de dossiers. www.lepsy.ca.

Pour trouver un emploi de psychologue



Vous voulez être informé dès qu'une nouvelle offre est affichée?
Faites comme près de 800 psychologues et abonnez-vous aux **Alertes emploi**
pour recevoir par courriel toutes les nouvelles offres affichées dans le site de l'Ordre.

Pour voir toutes les offres présentement affichées : www.ordrepsy.qc.ca/emplois
Pour vous abonner aux Alertes emploi : www.ordrepsy.qc.ca/alertesemploi

_PSYCHOLOGUES RECHERCHÉS PAR L'ASSOCIATION QUÉBÉCOISE DU SYNDROME DE LA TOURETTE

L'Association québécoise du syndrome de la Tourette est présentement à la recherche de psychologues qui ont des connaissances du SGT. Nous souhaitons élaborer une banque de références qui sera partagée avec nos membres à travers le Québec. Nous avons un besoin important de ressources, vu que le nombre de demandes augmente sans cesse. La clientèle à desservir est variée : adulte, enfant, adolescent, parent, chacun nécessitant un soutien approprié. Contactez Chantale Beaudoin, directrice générale, par courriel à chantale.beaudoin@aqst.com ou en composant le 514 323-7260, poste 2876.

Logiciel d'écriture de notes
de psychothérapie: simple,
peu coûteux et développé
par des psychologues:

Nos dossiers
www.nosdossiers.net



Psychotherapy note writing software:
Simple, inexpensive, and developed
by psychologists:

Note Designer
www.notedesigner.com

_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.

Centre de santé et de services sociaux
de La Haute-Gaspésie

Venez vivre l'aventure Haute-Gaspésie

PSYCHOLOGUES

Un poste jeunesse et un poste adulte

Sommaire général de la fonction
Personne qui, selon les règles particulières de la profession, conçoit et exerce des activités d'évaluation, d'orientation, de consultation et de traitements psychologiques adaptés aux besoins individuels et collectifs de la clientèle.

Exigences
Détenir un diplôme universitaire terminal de deuxième ou troisième cycle en psychologie et être membre en règle de l'Ordre des psychologues du Québec.

Compétences recherchées

- Bonne capacité d'analyse et de jugement clinique;
- Démontrer un bon sens de l'organisation;
- Capacité à travailler en équipe multidisciplinaire;
- Faire preuve de leadership.

Conditions de travail
Postes à temps complet. Rémunération selon les dispositions de la convention collective en vigueur dans le réseau de la santé et des services sociaux (le taux horaire varie entre 23,62 \$ et 44,78 \$ selon l'expérience).

Direction des ressources humaines et du développement organisationnel
Centre de santé et de services sociaux de La Haute-Gaspésie
50, rue du Belvédère, Sainte-Anne-des-Monts (Québec) G4V 1X4
Té debate : 418 763-2261, poste 2511 | Télécopieur : 418 763-7460
rh.cssshg@sssh.asso.qc.ca

Centre de santé et de services sociaux
de La Haute-Gaspésie

La dépression et la maladie de Parkinson

Bruno Fortin, psychologue à l'Unité de médecine familiale Charles-Lemoyne

Le cas clinique

La patiente est désespérée. Son neurologue vient de lui apprendre qu'elle a la maladie de Parkinson et elle insiste pour souligner que cela ne peut pas bien se terminer. Renseignée par ses explorations sur le Web, elle anticipe déjà les tremblements qui vont l'empêcher d'écrire et de faire ce qu'elle aime. Elle surveille déjà l'apparition d'une détérioration cognitive. Elle s' imagine marchant courbée, à petits pas, le visage inexpressif, rigide, bougeant tellement lentement qu'elle en perd l'équilibre. Puis immobile, incapable de bouger, au milieu de la rue, dans un escalier, au volant! Elle ne pourra plus conduire. Elle imagine aussi le regard d'incompréhension des gens. Elle ne pourra plus sortir. Elle ne dort plus. Elle ne mange plus. Elle songe à mourir pour éviter cette humiliation.

La recherche le dit

La maladie de Parkinson est un des troubles neurologiques dégénératifs les plus fréquents. Elle a une incidence après 65 ans d'environ 160 personnes par 100 000 habitants (A'Campo, Spliethoff-Kamminga et Roos, 2011). Elle se présente sous la forme d'une triade de difficultés motrices comprenant des tremblements, de la rigidité et du ralentissement moteur. Près de 50 % des patients atteints de la maladie de Parkinson souffrent de dépression (Dobkin et coll., 2011). Cette comorbidité est associée à un déclin plus rapide des aspects physiques et cognitifs, à une plus pauvre qualité de vie et à une augmentation du fardeau des proches aidants.

Dans une étude divisant au hasard 80 patients atteints de la maladie de Parkinson en deux groupes, Dobkin et coll. (2011a) ont comparé le traitement cognitivo-comportemental de la dépression au suivi habituel. Le programme comprenait 10 sessions hebdomadaires de 60 à 75 minutes. Le traitement comprenait de l'exercice, de l'activation comportementale, l'auto-observation des pensées, la restructuration cognitive, l'entraînement à la relaxation, le contrôle des inquiétudes et l'hygiène du sommeil. S'ajoutaient quatre sessions individuelles pour les proches aidants (30 à 45 minutes) visant à leur fournir les habiletés nécessaires pour faciliter la pratique des techniques cognitivo-comportementales par les patients. Le groupe cognitivo-comportemental a démontré une réduction significative du niveau de la dépression. Des effets positifs notables ont aussi été obtenus sur le plan de l'anxiété, du fonctionnement social, du recadrage positif et de l'ampleur des symptômes de la maladie rapportés.

Un programme éducatif pour les patients souffrant de la maladie de Parkinson et leurs proches aidant (PEPP) a été évalué dans sept pays européens (A'Campo et coll., 2010; A'Campo, Spliethoff-Kamminga et Roos, 2011). Comprenant lui aussi des techniques cognitivo-comportementales, il aborde les conséquences psychosociales de la maladie. Les patients y apprennent à être proactifs dans leur traitement, à rechercher de l'information sur la maladie, à observer leur corps, leurs comportements, leurs pensées et leur humeur, à entreprendre des activités plaisantes, à pratiquer la relaxation, à remplacer

les pensées inutiles ou irréalistes par des pensées utiles et réalistes et à gérer ou prévenir la dépression et l'anxiété. Ils apprennent également des compétences sociales telles que la communication et l'affirmation de soi. Ils apprennent à susciter et à demander du soutien social. Dans une étude portant sur 42 patients et 40 proches aidants, on note une amélioration de la qualité de vie chez les patients. Les proches aidants rapportent ressentir un moins lourd fardeau et avoir moins besoin d'aide. L'amélioration de la qualité de vie des patients ne s'est toutefois pas maintenue lors d'une évaluation six mois après la fin du traitement. Les auteurs évoquent le besoin d'une session de rappel. Ils soulignent toutefois qu'il s'agit d'une maladie dégénérative et que les défis à relever peuvent devenir de plus en plus difficiles à affronter sereinement. Les interventions devront être ajustées aux capacités physiques et cognitives du patient.

L'accès aux soins et l'utilisation de sessions de rappel seraient facilités par l'utilisation d'interventions téléphoniques. Dobkin et coll. (2011b) rapportent l'effet positif considérable des interventions téléphoniques pour le traitement de la dépression chez 21 patients déprimés vivant avec la maladie de Parkinson.

Après avoir partagé le film d'horreur qui régnait dans sa tête, la patiente dont nous avons parlé au début de cet article a progressivement réussi à nuancer ses pensées. Elle a constaté qu'elle risquait de gâcher inutilement les plaisirs qui lui sont accessibles. Décidée à profiter de l'instant présent, elle continue de satisfaire ses besoins. Une évaluation neuropsychologique l'a rassurée sur ses capacités actuelles. Elle évite les deuils prématurés tout en s'assurant d'avoir de l'information de qualité en collaborant avec les membres de son équipe de soin. Ceux-ci lui ont suggéré de participer à un groupe de soutien, d'exercice et de chant.

Vous pourrez trouver ces articles complets ou leurs résumés à partir de la base de données EBSCO.

Bibliographie

- A'Campo, L. E. I., Spliethoff-Kamminga, N. G. A. et Roos, R. A. C. (2011). An evaluation of the patient education programme for Parkinson's disease in clinical practice. *The International Journal of Clinical Practice*, November 2011, 65, 11, 1173-1179.
- A'Campo, L. E. I., Spliethoff-Kamminga, N. G. A., Macht, M. et Roos, R. A. C. (2010). Caregiver education in Parkinson's disease : formative evaluation of a standardized program in seven European countries. *Quality of Life Research*, 2010, 19, 55-64.
- Dobkin, R. D., Menza, M., Allen, L. A., Gara, M. A., Mark, M. H., Tiu, J., Bienfait, K. L. et Frideman, J. (2011a). Cognitive Behavior Therapy for Depression in Parkinson's Disease : A Randomized Controlled Trial. *The American Journal of Psychiatry*, 2011 October, 168, 10, 1066-1074.
- Dobkin, R. D., Menza, M., Allen, L. A., Tiu, J., Friedman, J., Bienfait, K. L., Gara, M. A. et Mark, M. H. (2011b). Telephone-based cognitive-behavioral therapy for depression in Parkinson disease. *Journal of Geriatric Psychiatry And Neurology*, 2011 december, 24, 4, 206-214.



CIG

CENTRE
D'INTÉGRATION
GESTALTISTE



Programmes de
formation clinique



Ateliers de
perfectionnement



Groupe
NeuROgestalt



Les Éditions du CIG

FORMATION CLINIQUE

34^e PROMOTION, SEPTEMBRE 2014

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

- Une formation clinique de pointe, en phase avec les exigences de la Loi 21
- Une théorisation rigoureuse, soutenue par les connaissances actuelles et intégrant:
 - Les connaissances des neurosciences, en particulier les travaux d'Allan Schore sur la régulation affective
 - Les théories contemporaines du développement de la mentalisation
 - La neurodynamique de l'expérience psychothérapeutique
- Une formation expérientielle, permettant au participant d'éprouver personnellement les outils d'intervention et d'amorcer une réflexion sur sa propre trajectoire développementale
- Des practicum supervisés en direct, permettant la mise en application sous contrôle
- 4 regroupements annuels de 4 jours pendant 3 ans

DOCUMENTATION COMPLÈTE ET DOSSIER DE CANDIDATURE :

www.cigestalt.com | administration@cigestalt.com

514 481-4134



Intégration
par les mouvements
oculaires

IMO

Une solution globale et efficace aux souffrances
des personnes traumatisées.
Un traitement dont la rapidité honore le plein potentiel
d'autoguérisson de l'être humain.

Maintenant disponible
chez Quebecor



Contenu

Niveau 1

Origine de l'IMO. Différences entre traumas et souvenirs intégrés. Types de problématiques pouvant être aidés par l'IMO. Évaluation du client spécifique à l'IMO. Sur quelle mémoire débiter. Comment procéder à l'IMO. Suivi des rencontres. IMO avec les enfants. IMO pour des douleurs ou maladies psychosomatiques. IMO pour prévenir l'inscription de traumatismes.

Niveau 2

Révision des notions importantes du volet 1. Approfondissement du fonctionnement de la mémoire. IMO pour développer des ressources chez le client. IMO avec les clientèles psychiatriques. Protocole avancé pour accélérer l'IMO. Le lemnicus, questions-réponses.

« Merci Danie pour tout et pour ton dynamisme contagieux et énergique! Très intéressant comme technique et impressionnant. »

Mireille Bourdeau, psychologue

« Très stimulant. Ça a vraiment répondu à mes attentes! Merci beaucoup! »

Lucie Legault, psychologue

« Expérience extraordinaire qui m'a permis de connecter avec une toute autre méthode d'intervention. »

Katrine Schuessler, psychologue

IMO-1 Montréal: 26-27 mars 2014

IMO-2 Québec: 12-13 juin 2014
Montréal: 25-26 sept. 2014

Formation continue IMO

Montréal: 28 mars 2014
24 sept. 2014

8h30 à 17h30, les deux jours

Régulier: 650\$ + tx = 747,33\$ / pers.

Réservation: 600\$ + tx = 689,65\$ / pers.

Communautaire: 400\$ + tx = 459,90\$ / pers.

* Paiement trois semaines
avant la tenue de la
formation.

N.B.: 10 heures de formation continue sont nécessaires
pour obtenir la certification praticien IMO 1

Formatrice: Danie Beaulieu, Ph. D., psychologue

Superviseurs accrédités:

Stéphane Migneault, psychologue

Stéphanie Desautels, psychologue

Annie Perrault, psychologue



Thérapie
d'IMPACT

UNE APPROCHE
VIVANTE,
DYNAMIQUE
ET IMPACTANTE

THÉRAPIE D'IMPACT
Montréal: 28-29-30 mai 2014

BYE BYE ANXIÉTÉ
Montréal: 7 octobre 2014

TECHNIQUES D'IMPACT
Approche individuelle
Montréal: 24 mars 2014

L'ART DE SEMER
Montréal: 10 avril 2014

Approche groupe, couple, famille
Montréal: 25 mars 2014

RELATIONS INTERPERSONNELLES
Montréal: 11 avril 2014

DÉVELOPPER L'INTELLIGENCE
ÉMOTIONNELLE DES PETITS
ET DES GRANDS
Montréal: 9 avril 2014

LE DEUIL ET SES ISSUES
Montréal: 9 octobre 2014

BURNOUT ET DÉPRESSION
Montréal: 8 octobre 2014

Nouvelle
formation:

Êtes-vous Primate,
Automate ou Diplomate?

Montréal:
10 octobre 2014
8 avril 2014

Tarifs par jour
9h à 16h

Réservation: 225\$ + tx = 255,69\$
Régulier: 250\$ + tx = 267,44\$
Groupe (3 et plus): 200\$ + tx = 229,95\$
Étudiant temps plein/
communautaire (avec preuve): 125\$ + tx = 143,72\$

Réservation: Paiement trois semaines avant la
tenue de l'atelier.

Tarif régulier: Paiement trois semaines avant la tenue de l'atelier.

Tarif groupe: 3 personnes inscrites en même
temps sous une même facture.

Les prix sont sujets à changement sans préavis.

Bonne nouvelle!

Toutes les formations dans les
programmes IMO et Thérapeute d'Impact
sont maintenant reconnues par l'OPQ.

C.P. 1051, Lac-Beauport (Québec), Canada, G3B 2J8
T: 1 888 848-3747 • F: 1 855 888-3747
www.academieimpact.com • info@academieimpact.com



Académie
IMPACT
PSYCHOLOGIE & PÉDAGOGIE