

Psychologie

volume 30
numéro 02
mars 13

Le magazine de l'Ordre des psychologues du Québec

QUÉBEC

TROUBLES DU SPECTRE DE L'AUTISME Aider l'enfant et sa famille

PORTRAIT
Rachida Azdouz

AVIS D'ÉLECTION

FORMATION CLINIQUE

34^e PROMOTION, SEPTEMBRE 2013

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

Le programme de formation clinique du CIG est reconnu par l'Ordre des psychologues du Québec, en tant que formation continue à la psychothérapie : RP00122-12 ; RP00123-12

CIG
CENTRE
D'INTÉGRATION
GESTALTISTE



Programmes de
formation clinique



Ateliers de
perfectionnement



Groupe
NeuROgestalt



Les Éditions du CIG

SÉMINAIRE ÉROS ET PSYCHÉ

Aspects **neurodéveloppementaux**
et implications pour la **psychothérapie**

avec **Gilles Delisle, Ph.D.**

- Neurochimie de l'expérience amoureuse
- La triade désir-attachement-engagement
- Les corrélats neurologiques de l'attraction sexuelle
- Les trames neurodéveloppementales de l'Éros, au masculin et au féminin
- Les dysfonctionnements de l'Éros
- Un cadre pour le traitement des enjeux érotiques
- Les identifications projectives liées à Éros
- La régulation affective et la mentalisation de l'Éros
- Une éthique de l'Éros dans la salle de consultation

«...l'amour romantique est profondément inscrit dans l'architecture et la chimie du cerveau humain... »

Helen Fisher, neuroanthropologue



QUÉBEC

LES 16 ET 17 MAI 2013

MONTRÉAL

LES 23 ET 24 MAI 2013

325 \$ (plus taxes)

Les places sont limitées

RENSEIGNEMENTS ET INSCRIPTIONS

514 481-4134

administration@cigestalt.com

Ce séminaire de perfectionnement clinique est reconnu par l'Ordre des psychologues du Québec, en tant que formation continue à la psychothérapie: RA00127-12.

CIG 
CENTRE
D'INTÉGRATION
GESTALTISTE

dossier p. 24

LES TROUBLES DU SPECTRE DE L'AUTISME Aider l'enfant et sa famille

25_ L'intervention auprès des enfants atteints de TSA
Martine Beaurivage, psychologue

29_ Le double diagnostic et les troubles concomitants chez les jeunes enfants
ayant un trouble du spectre de l'autisme
D^{re} Mélina Rivard, psychologue

35_ Vivre avec un enfant présentant un trouble du spectre de l'autisme :
l'impact sur les familles
D^{re} Katherine Moxness, psychologue

39_ Le psychologue et le diagnostic des troubles du spectre
de l'autisme chez les enfants en bas âge
D^{re} Nathalie Garcin, psychologue

À surveiller, dans le prochain *Cahier recherche et pratique*

En mai prochain sera publié une nouvelle édition du *Cahier recherche et pratique* portant sur les neurosciences. Des psychologues et des chercheurs d'ici et d'ailleurs aborderont une multitude de thèmes y étant rattachés, tels que les nouvelles technologies en neurosciences, le vieillissement, la santé mentale, ainsi que les jeunes et l'éducation.

Le *Cahier recherche et pratique* vise à rapprocher la recherche de la pratique clinique. Tous les numéros sont disponibles, en français et en anglais, sur le site Web de l'Ordre au www.ordrepsy.qc.ca/cahierrecherche.



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.



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

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

_portrait p. 20

Rachida Azdouz

Rencontre avec une psychologue aux idées complexes
et à la parole lumineuse



_sommaire

07_ Éditorial

Loi 21 et protection du public : prévention et information sont nos meilleurs atouts

09_ Secrétariat général

Les tiers payants et la tarification des services psychologiques

11_ Déontologie

Intégrité, objectivité et modération

13_ Pratique professionnelle

La reconnaissance des activités de formation continue en psychothérapie : un état de la situation

16_ Avis d'élection 2013

19_ Hommage à M^{me} Gabrielle Clerk, psychologue et psychanalyste

23_ Le service de référence, un outil de visibilité efficace

46_ Activités régionales et des regroupements / Colloques et congrès

48_ Tableau des membres

49_ Registre des psychothérapeutes

50_ Petites annonces

54_ La recherche le dit

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

Rédactrice en chef :: Diane Côté

Comité de rédaction ::

Rose-Marie Charest, Nicolas Chevrier, Nathalie Girouard

Rédaction :: Krystelle Larouche

Photos pages 5 et 20 :: Alexa Tymocko

Publicité :: David St-Cyr

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

Télécopie :: 514 738-8838

Courriel :: psyquebec@ordrepsy.qc.ca

Conception graphique et production ::

MichauDesign

Abonnements ::

Membres OPQ :: gratuit

Non-membres :: 41,97 \$ / 6 numéros (taxes incluses)

Étudiants :: 26,44 \$ / 6 numéros (taxes incluses)

Dates de tombée des annonces publicitaires :

Mai 2013 : 22 mars 2013

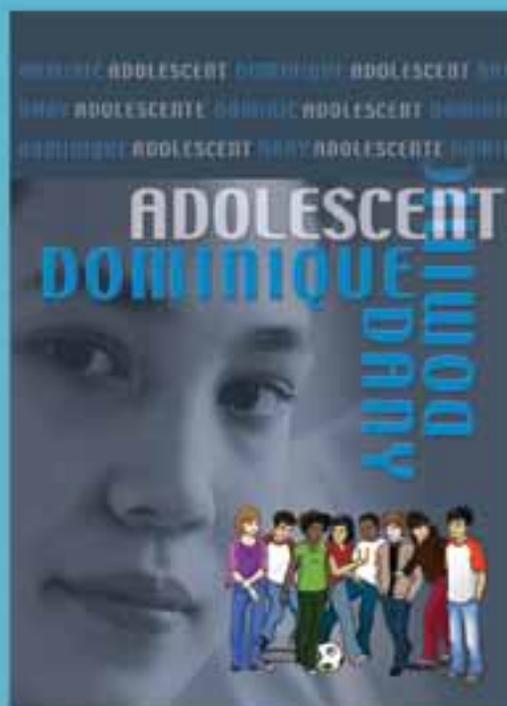
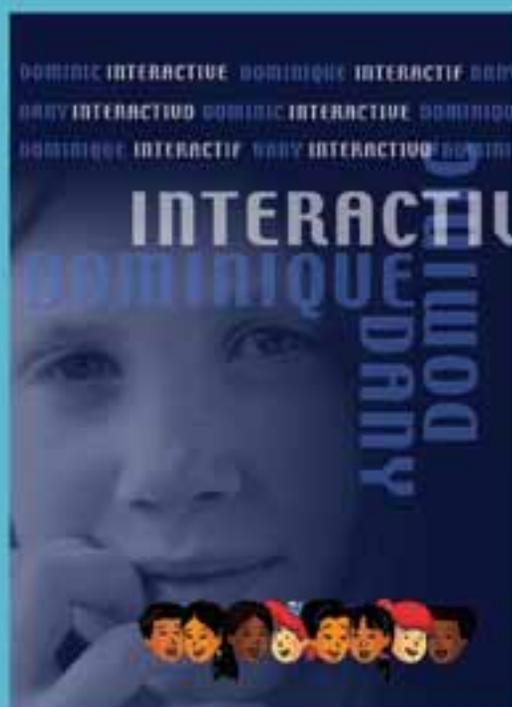
Juillet 2013 : 24 mai 2013



ORDRE DES
PSYCHOLOGUES
DU QUÉBEC

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



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

Éditorial

Loi 21 et protection du public : prévention et information sont nos meilleurs atouts

La réserve de l'activité de psychothérapie était attendue depuis longtemps. Nous y voyions tous une solution à de nombreux problèmes d'abus et d'incompétence. Tant les psychologues et les autres professionnels que le public ont des attentes envers l'Ordre afin que cessent immédiatement les pratiques inadéquates dans ce domaine. Ces attentes sont légitimes, mais sont-elles toutes réalistes?

Depuis l'entrée en vigueur de la loi, nous avons été à même de faire plusieurs constats. Le premier, et non le moindre, nous conforte dans l'importance de réserver l'activité de psychothérapie et non pas seulement le titre de psychothérapeute. En effet, le premier réflexe de plusieurs praticiens non qualifiés est de changer leur titre ou même les mots utilisés pour décrire leur activité. Avec la réserve de l'activité de psychothérapie, nous sommes en mesure de leur rappeler que ce n'est pas en se donnant un autre titre ou en nommant autrement la psychothérapie qu'ils peuvent continuer de la pratiquer s'ils ne possèdent pas le permis exigé. Cela nous mène à un autre constat, l'importance de bien faire connaître ce qu'est la psychothérapie. Rappelons que la loi en a bien défini les trois composantes, à savoir sa nature, son objet et ses objectifs :

« 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. »

Cette définition est fort bien articulée et permet, grâce à une application rigoureuse, de faire la différence entre la psychothérapie et les autres formes d'intervention dans le champ de la santé mentale. Or, celles-ci sont nombreuses. Il importe donc que les gestionnaires, les professionnels et les intervenants, tant dans le réseau public que privé, en soient bien informés.

Il y a aussi certains malentendus. Par exemple, la confusion entre la nature et la qualité de l'intervention. En langage courant, on dirait « ça, ce n'est pas de la psychothérapie », le sous-entendu étant « comme cela devrait se pratiquer ». Or, une intervention

peut très bien correspondre à la définition de la psychothérapie tout en étant de la mauvaise psychothérapie. Il serait en effet absurde que l'Ordre ne puisse intervenir que dans les cas où l'intervention correspond à de la bonne psychothérapie. Au contraire, nous sommes en droit d'exiger de la personne à la fois qu'elle obtienne un permis et qu'elle respecte son code de déontologie et, si elle ne se qualifie pas pour l'obtention d'un permis, qu'elle cesse d'exercer. Un autre malentendu consiste à croire que même ceux qui ne répondent pas aux critères minimaux de formation, notamment le diplôme universitaire, peuvent continuer à pratiquer jusqu'en juin 2014. Or, cette période de deux ans a été accordée pour l'étude des dossiers et non pour déroger à la loi.

Lorsque des situations nous sont signalées, nous leur accordons toute notre attention, tant pour ce qui est de procéder aux vérifications que pour informer les personnes concernées et leur demander de se conformer à la loi. La plupart le font et demandent un permis ou changent leur pratique. Comme dans toute chose, certaines situations nécessiteront une surveillance plus étroite et des actions plus énergiques.

La meilleure protection du public demeure la prévention. Dans ce domaine, à cause de l'énorme confusion qui règne depuis si longtemps, il nous faut miser sur une importante campagne d'information. C'est pour cette raison que nous multiplions les activités de communication. Nous faisons en sorte que le public soit avisé qu'il existe dorénavant un guichet unique, l'Ordre des psychologues, qui peut lui indiquer qui est autorisé à pratiquer la psychothérapie.

Je comprends et je fais mienne l'impatience qui nous pousse à espérer tout régler immédiatement. L'Ordre a de nouveaux pouvoirs et de nouveaux moyens. Il nous faut les utiliser avec rigueur et vigilance, tout en acceptant ce qu'exige cette période de transition. Plusieurs situations problématiques sont déjà résolues. D'autres demanderont du temps et probablement des moyens plus puissants. Je peux vous assurer que nous utilisons tous ceux dont nous disposons afin que l'application de la loi donne tous les résultats visés et pour que le public québécois soit de mieux en mieux protégé.

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



TRAITEMENT PSYCHODYNAMIQUE DE LA DÉPRESSION

No. de reconnaissance OPQ: RA00120-12

André Renaud, M.A., psychologue
Gatineau: 20 et 21 septembre 2013
St-Jérôme: 5 et 6 octobre 2013



FONDEMENTS THÉORIQUES DE LA PSYCHOLOGIE DYNAMIQUE

No. de reconnaissance OPQ: RA00296-13

Sébastien Larochelle, Ph.D., psychologue
Gatineau: 25 et 26 octobre 2013
St-Jérôme: 15 et 16 novembre 2013



PSYCHOTHÉRAPIE DYNAMIQUE DES TROUBLES NARCISSIQUES DE LA PERSONNALITÉ

No. de reconnaissance OPQ: RA00297-13

Frank E. Yeomans, M.D., Ph.D., psychiatre
Personality Disorders Institute, New York
St-Jérôme: 15 et 16 février 2014

Ces activités sont reconnues par l'Ordre des Psychologues du Québec aux fins de la formation continue en psychothérapie. Pour plus d'informations, consultez notre site WEB.

WWW.GEPPP.COM

Secrétariat général

Les tiers payants et la tarification des services psychologiques



Stéphane Beaulieu / Psychologue

Secrétaire général

sbeaulieu@ordrepsy.qc.ca

Les psychologues nous posent souvent des questions au sujet des honoraires qu'ils peuvent facturer aux tiers payants gouvernementaux. Voici les principaux éléments à retenir lorsqu'on transige avec des organismes gouvernementaux.

_CSST

Depuis juillet 2011, les honoraires versés au psychologue par la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) sont de 86,60 \$, alors qu'ils étaient de 65 \$ auparavant. En ce qui a trait à une tarification supplémentaire, c'est-à-dire le fait pour le psychologue de facturer la différence entre son tarif horaire habituel et celui couvert par un tiers payant, bien que le Code de déontologie n'interdise pas une telle pratique, l'article 194 de la Loi sur les accidents du travail et les maladies professionnelles l'interdit.

D'autre part, il est intéressant de savoir que la modification du Règlement sur l'assistance médicale qui a donné lieu à la hausse de la tarification a aussi donné lieu à de nouvelles exigences quant aux rapports à produire par les psychologues. Le psychologue doit désormais systématiquement fournir ses rapports à la CSST ainsi qu'au médecin qui traite le travailleur. Plusieurs le faisaient déjà pour bon nombre de leurs dossiers; c'est maintenant une règle. Ceci s'applique au rapport d'évaluation et, lorsqu'une intervention est requise, s'applique aussi aux rapports d'évolution et au rapport final. Le règlement précise également quelles informations doivent être incluses dans les rapports. Dans son site Web, la CSST propose d'ailleurs un formulaire pour chacun des trois types de rapports (évaluation, évolution et final) qui inclut chacune des rubriques que l'on trouve au règlement. Certains psychologues trouveront ces formulaires utiles. Ils peuvent être remplis en ligne directement dans le site de la CSST. Il en est de même pour la facturation (voir le www.csst.qc.ca/psy). La CSST indique que les agents d'indemnisation semblent insister de plus en plus pour recevoir les rapports du psychologue par le biais de ces formulaires. Les rapports d'évolution doivent être remplis pour chaque période de 10 heures d'intervention et ils doivent être transmis dans les 15 jours qui suivent la date de la dernière rencontre qui a donné lieu à un rapport.

_IVAC

En ce qui a trait aux services offerts aux victimes d'actes criminels (Indemnisation des victimes d'actes criminels [IVAC]), le tarif est aussi de 86,60 \$ et ces honoraires sont payables via la CSST. Rappelons que depuis quelques années la définition du « réclamant » dans la Loi sur l'indemnisation des victimes d'actes criminels inclut non seulement la victime d'un acte criminel elle-même, mais aussi

un proche de la victime. On entend par « proche », le conjoint, le père et la mère de la victime, l'enfant de la victime ou de son conjoint, le frère et la sœur de la victime, le grand-père et la grand-mère de la victime ainsi que l'enfant du conjoint de son père ou de sa mère. Les services peuvent être dispensés dans le but de contribuer à la réadaptation d'un proche d'une victime d'un crime, lorsqu'il est considéré qu'une telle réadaptation aide à la réadaptation de la victime. Ils peuvent aussi être dispensés pour contribuer à la réadaptation d'un proche d'une victime d'homicide qui subit un préjudice psychologique qui découle de ce crime. Le nombre maximal de séances que la Commission peut autoriser est de 30 dans le cas d'un proche d'une victime d'homicide et de 25 dans les autres cas.

_SAAQ

Le taux horaire remboursé pour un accidenté de la route via la Société d'assurance automobile du Québec (SAAQ) est de 65 \$. Le manuel de directives de la SAAQ spécifie que la référence médicale est un prérequis et que les services sont dispensés par tranches de 15 séances. Au-delà de ce nombre de séances, la poursuite du suivi peut être autorisée sur justification au moyen d'un rapport d'évolution, par tranches de 15 séances.

_MÉDIATION FAMILIALE

Le Règlement sur la médiation familiale a récemment été modifié de manière à faire en sorte que le psychologue-médiateur accrédité peut facturer 110 \$ pour une séance de médiation d'une durée d'une heure. Le Service de médiation familiale rembourse jusqu'à 5 heures de services professionnels dans le cas d'un processus de séparation et peut rembourser 2 heures et demie additionnelles dans le cas d'une demande de révision d'un jugement (ou d'une entente) ou pour des parents qui ont déjà bénéficié des services de médiation familiale ou qui ont déjà obtenu un jugement en séparation de corps. La modification réglementaire prévoit aussi que le psychologue peut facturer 110 \$ l'heure pour le travail effectué hors séance. On pense ici à la rédaction du rapport de médiation. Ces heures sont toutefois incluses dans l'enveloppe de 5 heures de services prévue au règlement. Des honoraires de 50 \$ peuvent aussi être facturés lorsqu'il n'y a pas eu de séance. Les honoraires sont par ailleurs établis à 225 \$ par médiateur pour une séance d'information de groupe sur la médiation d'une durée de plus ou moins 2 heures et demie.

_TARIFICATION SUPPLÉMENTAIRE

Comme cela a été mentionné plus haut, cette pratique n'est pas autorisée pour les services couverts par la CSST. Ceci est aussi interdit pour les services de médiation familiale. Par contre, la Loi n'interdit pas aux psychologues de facturer la différence entre leur tarif horaire habituel et celui couvert par la SAAQ et l'IVAC. Il faut, pour ce faire, avoir préalablement convenu d'une entente claire à cette fin avec le client.

Les psychologues profitent de la tournée de l'Ordre pour s'informer sur la loi 21

Les psychologues répondent avec enthousiasme à l'invitation qui leur est lancée dans chaque région du Québec de participer à une rencontre d'information sur la loi 21. La tournée s'est amorcée le 24 janvier à Trois-Rivières, où 75 psychologues se sont déplacés au centre-ville malgré un froid sibérien pour rencontrer les représentants de l'Ordre. Les psychologues ont été accueillis par l'administrateur de la région, le D^r André Pellerin, qui a animé la soirée. La présidente de l'Ordre a fait le point sur l'avancée des travaux d'implantation de la loi avant de céder la parole au directeur de la qualité et du développement de la pratique, M. Pierre Desjardins. Celui-ci a présenté le guide explicatif de la loi 21 en apportant des exemples et des précisions sur les aspects plus complexes du guide. La conseillère juridique de l'Ordre, M^e Édith Lorquet, qui a participé aux travaux de rédaction du guide, a apporté des précisions légales quant à la façon d'interpréter la loi et a pu répondre aux questions des psychologues. Cette conférence a aussi été présentée en webdiffusion et 70 psychologues de la région se sont branchés pour suivre la rencontre à distance et poser leurs questions en ligne.

Les régions Mauricie/Centre-du-Québec, Montréal (rencontre en anglais), Outaouais/Abitibi-Témiscamingue/Nord-du-Québec et l'Estrie auront été visitées à la fin du mois de mars. Les dates pour les autres rencontres sont : Laval le 3 avril, Montréal en français le 18 avril, Québec/Chaudière-Appalaches le 24 avril, Saguenay-Lac-Saint-Jean le 2 mai, Laurentides/Lanaudière le 9 mai, Montérégie le 30 mai et Bas-Saint-Laurent/Gaspésie/Côte-Nord le 6 juin.

Vous trouverez tous les détails sur les lieux des rencontres et sur la façon de participer via la webdiffusion sur le site de l'Ordre à l'adresse : ordrepsy.qc.ca/tourneeloi21



Le lancement de la tournée régionale sur la loi 21 s'est effectué le 24 janvier à Trois-Rivières.

LA COLLECTION DE GUIDES SANTÉ

Disponibles en format numérique

LE SOMMEIL ET VOUS

LA MALADIE D'ALZHEIMER LE GUIDE

LA DOULEUR DE LA SCIENCE AU QUÉBEC

Disponible en version ePUB 3 interactif pour iPad sur www.edtrekarre.com

Libre Expression | Trécart | Blaké | Logique | Publitat | GROUPE LIBREX
www.groupe-librex.com Une société de Québecor Média

Déontologie

Intégrité, objectivité et modération



Eugénelle Fortin / Psychologue
Syndique
efortin@ordrepsy.qc.ca

Plusieurs choses distinguent l'attitude du professionnel de celle d'un charlatan. Éviter la fausse représentation et agir avec intégrité, objectivité et modération en sont des exemples. Voilà pourquoi le code de déontologie met de l'avant ces indispensables qualités professionnelles à la place des devoirs généraux dans le code de déontologie.¹

La modération dans les affirmations du psychologue reflète l'aptitude à freiner tout excès d'enthousiasme quant à la démonstration de l'étendue de son savoir sur autrui. En complément, l'aptitude réfère à la capacité de moduler le poids de ses commentaires en fonction des faits objectifs dont on dispose et de sa zone de compétences. Il ne faudrait pas perdre de vue qu'avec l'élargissement des champs de compétence en psychologie, un psychologue ne peut prétendre être un expert de tous les sujets de sa discipline. Il doit donc veiller à faire les mises en garde qui s'imposent dès qu'il est appelé à s'exprimer en bordure des compétences de son curriculum vitae.

Les psychologues sont de plus en plus utilisés sur la place publique, à différentes tribunes, pour différentes causes. Leur apport à la diffusion de l'information en matière de santé mentale est une heureuse avancée pour la psychologie et le mieux-être de la population. Cependant, le professionnel porteur d'un savoir à grand déploiement est particulièrement à risque d'être auréolé au-delà du seuil d'objectivité. En contrepartie, il peut devenir à risque de se prendre aux pièges de la notoriété, de baisser la garde et de manquer de modération dans ses représentations publiques. À ce propos, il nous faut noter qu'un nombre croissant de plaintes déposées à l'attention du syndic interrogent les devoirs de modération des psychologues dans leurs déclarations publiques. De plus, les fautes professionnelles recensées dans la jurisprudence disciplinaire pour manque d'objectivité ont fréquemment pour auteurs des seniors assurés de leurs compétences.

Parmi les lacunes qui pourraient être reprochées au psychologue sous l'angle d'un manque de modération dans ses affirmations publiques, retenons celles de poser des diagnostics psychologiques ou d'aller au-delà de l'énoncé d'hypothèse pour qualifier les motivations d'inconnus; d'exprimer des généralités porteuses de préjugés et sans fondement scientifique; de promouvoir des thèses sur des comportements humains avec une logique qui évacue la contingence et les différences individuelles. Ceci étant dit, les précautions déontologiques à prendre ressemblent considérablement à celles que l'on doit soutenir dans toutes prises de position avec une clientèle. Que cette clientèle soit publique ou privée ne change rien aux devoirs de réserve et de modération du psychologue.

Savoir se représenter en public avec modération est un art professionnel en soi. Faire preuve de sociale sobriété pour un psychologue est une compétence à développer pour ceux qui aspirent à jouer un rôle sur la scène médiatique. Les situations publiques qui réclament la participation de psychologues varient en fonction de l'évolution de la profession, des préoccupations qui traversent la société et des besoins des médias. Il faut donc sélectionner avec intégrité les plates-formes qui conviennent véritablement à notre degré de connaissance. Un psychologue soucieux d'éviter toute fausse représentation doit développer sa capacité à se mouvoir avec flexibilité pour s'avancer et se retirer au bon moment. Pareil au clinicien qui évite d'intervenir auprès d'une clientèle en dehors de sa compétence, le psychologue évitera d'accepter de se prononcer en public sur des sujets en-dehors de son expertise.

Fort heureusement, la compétence à s'exprimer à la frontière du politique s'apprend et certains de nos collègues en donnent quotidiennement l'exemple dans les médias. Néanmoins, nul n'est à l'abri d'un excès d'enthousiasme sous les feux de la rampe. Par ailleurs, il est parfois bien difficile pour un psychologue d'éviter la fausse représentation qui, telle une mise en abîme, existe également dans le regard de l'autre. Interpellé par les uns pour exprimer un supposé savoir sur toutes problématiques, encouragé par les autres pour soulager tous les maux ou promouvoir d'apaisantes généralités, le psychologue associe involontairement son aptitude à la modération à des effets de frustration. Le difficile revient alors à supporter l'idée de décevoir les attentes et à se priver d'une certaine forme de reconnaissance.

Contrairement à d'autres exigences déontologiques, les attentes d'intégrité, d'objectivité et de modération sont difficiles à définir dans une séquence prescriptive. Elles réfèrent essentiellement au bon sens en touchant les cordes sensibles de la subjectivité du professionnel. Car au-delà des compétences objectives, savoir se représenter en public avec modération est une qualité qui exprime les aptitudes personnelles du psychologue. Des aptitudes éthiques qui encouragent le développement et le maintien d'un savoir-être sur la réserve qui peut correspondre à une forme d'humilité. En ce sens, la forme de cette conduite professionnelle est le produit de celui qui, malgré les années d'expériences, reconnaît les limites de son savoir sur autrui.

Nous devons donc demeurer vigilants et faire preuve de prudence dans nos représentations publiques comme dans l'expression de nos opinions auprès de toute clientèle. Lorsque nous acceptons de participer à un débat, nos prises de position doivent se différencier sans ambiguïté de la fausse représentation du charlatan. Conserver en tout temps une certaine réserve serait par ailleurs de bon ton, si l'on souhaite afficher une maîtrise à l'égard d'une quelconque problématique. Et, quoi qu'il en soit, il nous faut garder en mémoire que dans les champs de l'éthique et de la déontologie, les termes intégrité, objectivité et modération réfèrent parfois au silence.

_Note

¹ Voir le code de déontologie, chapitre II, article 7.



Programmation **Hiver** | **Printemps** 2013

Formations  Porte-Voix

Toutes nos formations sont accréditées par l'OPQ

Hiver 2013



La thérapie des schémas : théorie et pratique (Volets 1 et 2)

Mtl : 14-15 mars 2013

Par D^r Pierre Cousineau, psychologue



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

Qc : 21-22 mars 2013

Par D^{re} Amélie Seidah, psychologue



Printemps 2013



Violence dans la famille et troubles de santé mentale : évaluation du risque d'homicide, enjeux cliniques et psychothérapeutiques

Mtl : 23-24 mai 2013 • Qc : 6-7 juin 2013

Par D^{re} Suzanne Léveillé, psychologue



L'accompagnement des victimes souffrant de stress post-traumatique (Niveau 1 - Base)

Mtl : 13-14 juin 2013 • Qc : 9-10 mai 2013

Par D^{re} Pascale Brillon, psychologue



Initiation à l'intervention et au traitement des personnes présentant un trouble de la personnalité

Mtl : 2-3 mai 2013 • Qc : 30-31 mai 2013

Par D^r Sébastien Bouchard, psychologue



L'utilisation du contre-transfert en séance avec des patients et patientes sévèrement régressés

Mtl : 24 mai 2013 • Qc : 26 avril 2013

Par André Renaud, psychologue et psychanalyste



Informations et inscriptions
www.porte-voix.qc.ca

Tél. : 418 658-5396 | Téléc. : 418 658-5982 | Courriel : porte-voix@videotron.ca

Pratique professionnelle

La reconnaissance des activités de formation continue en psychothérapie : un état de la situation



Yves Martineau / Psychologue
Conseiller à la formation continue
ymartineau@ordrepsy.qc.ca

L'entrée en vigueur des dispositions de la loi 21 qui visent la psychothérapie a eu lieu, comme vous le savez très certainement, le 21 juin dernier, soit au premier jour de l'été 2012. Cette entrée en vigueur comporte son lot de défis, dont celui pour l'Ordre de constituer un programme d'activités de formation continue qui répondent aux critères du règlement de l'Office des professions sur le permis de psychothérapeute et à ceux de la résolution de l'Ordre sur les modalités relatives à la formation continue en psychothérapie. En un sens, tout était à créer, puisque jamais l'Ordre n'avait eu à répondre d'un tel mandat, et nous avons mis en place un système de reconnaissance cohérent avec les dispositions réglementaires et les orientations adoptées par le Conseil d'administration, un système qui, bien qu'opérationnel, nécessite des ajustements et des adaptations au gré des difficultés auxquelles nous confronte l'épreuve de la réalité.

La reconnaissance des activités de formation continue en vue de constituer le programme a connu un lent démarrage en raison peut-être du fait de son début en période estivale. En août 2012, certains s'inquiétaient de constater que le programme ne présentait que très peu d'activités de formation continue. Mais, de la fin d'août à la mi-janvier, les choses se sont accélérées de sorte que, au moment d'écrire ces lignes, le programme offrait plus de 320 activités de formation reconnues aux fins de la formation continue en psychothérapie. Le programme, intégré au catalogue qui se trouve dans le site de l'Ordre, ne cesse donc de s'enrichir en nombre et en qualité et les activités qu'il présente maintenant sont très variées.

_SURVOL DES ACTIVITÉS OFFERTES AU PROGRAMME

Il faut rappeler d'abord que nous recevons des demandes de reconnaissance depuis six mois seulement et que nous en recevons encore. Au cours de l'automne dernier, plus de quarante nouvelles demandes de reconnaissance nous étaient adressées chaque mois. Le portrait que nous brossons ici est donc un instantané et il n'est pas assuré que ce portrait soit un aperçu juste de ce que deviendra le programme au fil du temps.

La variété des sujets et des approches

Un bon nombre d'activités porte sur l'évaluation de manière générale ou spécifique (évaluation initiale rigoureuse préalable à l'engagement en psychothérapie). En soutien au processus d'évaluation, ceux qui sont formés à l'utilisation des tests ont le choix parmi des activités portant entre autres sur l'utilisation du Rorschach, du MMPI-II, du Millon, du ERASOR, d'outils d'évaluation du risque de récidive en matière de délinquance sexuelle, pour ne nommer que ceux-là. Un certain nombre d'autres activités intègrent ou traitent systématiquement des facteurs communs et de l'efficacité de la psychothérapie. Par ailleurs, l'ensemble des activités du programme couvre les principales approches en psychothérapie. Parmi les activités dont le contenu est lié au courant psychodynamique, il y a, entre autres sujets, l'enseignement et les applications psychothérapeutiques de Françoise Dolto, la pensée de Jean Laplanche, la thérapie focalisée sur le transfert d'Otto F. Kernberg. Pour ce qui est du courant cognitif-comportemental, on propose principalement de la formation sur la troisième vague, les techniques de méditation pleine conscience et l'ACT, mais aussi de la formation sur l'analyse fonctionnelle et la thérapie des schémas, de même que sur de nouveaux développements par rapport à des problématiques comme l'anxiété, le trouble panique et le TOC. Le courant humaniste-existential est également bien représenté, alors que les écoles de formation offrent de nombreuses activités et des programmes de formation de longue durée. En ce qui a trait aux théories de la communication, elles apparaissent fréquemment par le biais de modalités d'intervention qui en découlent. Le courant systémique est le moins représenté, du moins en nombre d'activités, même s'il apparaît relativement fréquemment sous forme de modalités dans des modèles intégratifs. La thérapie brève, l'intervention en situation de crise, l'entretien motivationnel ainsi que des approches intégrées comme la psychothérapie corporelle intégrée ou encore l'approche orientée vers les solutions sont aussi présentes au programme.

Par ailleurs, on ne s'étonnera pas que la majorité des activités de formation traitent de psychopathologie, mais certaines activités traitent aussi d'intelligence émotionnelle et d'autres intègrent les principes de la psychologie positive et l'apport des neurosciences. Enfin, plusieurs activités s'intéressent aux liens existants entre corps et psyché et aux interventions dérivant de ce champ de connaissance avec les approches corporelles, la bioénergie et les études psychosomatiques. Plusieurs activités, qui portent par exemple sur l'hypnose clinique et ericksonienne, EMDR, IMO, EMT, contribuent également à outiller les psychologues et les psychothérapeutes. Bien sûr, la majorité des activités abordent et approfondissent le traitement spécifique des troubles mentaux

des axes I et II du DSM, y inclus les troubles sexuels, mais il y a aussi des activités qui portent sur des sujets spécialisés comme l'évaluation et la gestion du comportement violent et suicidaire, l'oncopsychologie, la douleur chronique et autres. On trouve aussi des activités présentant les processus, phénomènes humains ou états s'exprimant ou se manifestant durant la psychothérapie ou influençant son cours comme l'étude du courant transféro-contretransférentiel, la mentalisation, le silence et ses fonctions, les relations d'objet, le narcissisme, l'utilisation du rêve, les résistances et leur maniement, la communication non verbale, l'expérience de présence, le langage et la résonance du corps, la régulation émotionnelle du thérapeute et l'utilisation de soi.

Les clientèles

Sur le plan des clientèles, la majorité des activités recouvrent l'intervention auprès des adultes, alors qu'un bon nombre d'autres activités touchent aux interventions faites auprès des enfants, des adolescents et des couples. Quelques activités portent sur l'intervention auprès de clientèles spécifiques comme les personnes endeuillées et les hommes. C'est la clientèle des aînés qui paraît actuellement la moins représentée, ce qui peut porter à réflexion étant donné le contexte de vieillissement de la population.

Les formateurs

La vaste majorité des activités sont offertes par des psychologues, suivis par les travailleurs sociaux et les médecins. Les demandes de reconnaissance pour des activités pertinentes à l'exercice de la psychothérapie et qui pourraient être présentées par d'autres psychothérapeutes sont donc peu nombreuses, malgré les occasions de formation qui s'adressent à eux aussi.

Distribution géographique de l'offre en formation continue

Sur le plan géographique, l'offre des activités de formation continue en psychothérapie se distribuait à la fin de l'année 2012 de la manière suivante :

Montréal	43 %
Québec	16 %
Gatineau	7 %
Activités en ligne	10 %
Congrès OPQ	10 %
Congrès AQPS	3 %
Ailleurs au Québec	10 %

CFSMO - FORMATIONS EN LIGNE

CES ACTIVITÉS DE FORMATIONS 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 :

- Toutes nos formations en ligne sont accréditées par l'OPQ
- Vaste choix de formations en psychothérapie offertes par des formateurs chevronnés (déjà plus de 30 formations accessibles)
- Accès facile et convivial au portail
- Liberté de visionner les formations à votre rythme
- Possibilité d'achat par cours individuel ou par forfait (économie)
- 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

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

FORFAITS DISPONIBLES ACHETEZ DES FORMATIONS À MOINDRE COÛT

- **BRONZE** | 15 heures de formation | 479 \$
- **ARGENT** | 30 heures de formation | 899 \$
- **OR** | 45 heures de formation | 1229 \$
- **PLATINE** | 60 heures de formation | 1449 \$

chpj.ca/campus



On constate que la majorité des activités sont offertes à Montréal et que hors des grands centres l'offre est relativement pauvre, considérant que seulement 10 % des activités sont offertes ailleurs qu'à Montréal, Québec et Gatineau et que 10 % encore sont offertes en ligne. Par conséquent, les psychologues et les détenteurs du permis de psychothérapeute doivent se déplacer surtout vers Montréal et, dans une moindre mesure, vers Québec pour accéder à une plus grande variété d'activités de formation continue en psychothérapie. Cela a pour effet d'augmenter les coûts de formation pour les gens qui veulent y participer. Cette situation est particulièrement préoccupante notamment dans le contexte des compressions budgétaires affectant les réseaux publics. L'Ordre explorera diverses stratégies visant à rehausser l'offre de formation continue hors des grands centres.

L'ÉLARGISSEMENT DE LA RECONNAISSANCE À DE NOUVELLES ACTIVITÉS

L'Ordre est à explorer la possibilité d'élargir la reconnaissance à d'autres types d'activités qu'il n'avait pas initialement prévu de reconnaître. Chaque psychologue pourrait ainsi avoir l'opportunité de faire reconnaître individuellement certaines activités autres que la participation à des cours, séminaires, colloques, conférences ou congrès. Autrement dit, des activités qui sont formatrices, mais qui sortent du cadre formel traditionnel où un formateur s'adresse à une classe ou à un auditoire, pourraient être reconnues. Actuellement, seules des activités réalisées hors Québec et les activités de formation initiale offertes à l'université sont acceptées en reconnaissance individuelle. Divers scénarios sont à l'étude, mais au moment d'écrire ces lignes, il est trop tôt pour se prononcer sur les types d'activités qui seraient à reconnaître et sur les critères à retenir pour ce faire.

PORTFOLIO DE FORMATION CONTINUE

Dans le but de faciliter la tâche des psychologues et des détenteurs du permis de psychothérapeute qui doivent rendre compte des activités de formation continue réalisées, l'Ordre mettra en ligne dans un proche avenir le portfolio de formation continue du membre. Cet outil permettra d'inscrire au fur et à mesure de leur réalisation toutes les activités de formation continue et au besoin de verser au dossier électronique ainsi constitué les pièces justificatives. L'application Web pourrait par exemple intégrer les critères de reconnaissance de chaque type d'activité ainsi qu'un tableau synthèse permettant de suivre les progrès dans la réalisation de l'obligation de formation continue en psychothérapie. Cette application serait développée pour tous, même pour ceux qui n'ont pas l'obligation de réaliser 90 heures de formation continue en psychothérapie sur cinq ans. En effet, tous les psychologues doivent maintenir leurs compétences et rendre compte de leurs efforts pour ce faire, peu importe la nature de leur engagement professionnel.

LE CATALOGUE

Nous vous invitons à consulter le catalogue de formation continue qui est disponible sur le site de l'Ordre à l'adresse URL suivante : www.ordrepsy.qc.ca/catalogue. Le catalogue répertorie les activités reconnues de même que d'autres activités offertes qui ne sont pas en lien avec l'exercice de la psychothérapie. L'utilisation du catalogue n'est pas encore aussi conviviale que nous le souhaiterions, mais nous travaillons à en améliorer l'expérience. Ainsi, nous introduirons bientôt de nouvelles fonctionnalités de recherche et d'indexation des activités afin d'en faciliter l'utilisation.

Quand faut-il recourir à la psychopharmacologie durant une psychothérapie?

Dr. Claude Blondeau, M.D., psychiatre, et psychologue de formation
Le 12 avril 2013, 9:00 - 16:00, au Sanctuaire à Montréal

Coût : 225,00 \$, avec stationnement,
repas et rafraîchissements inclus.



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

En ligne : <http://www.medipsy.ca/fr/inscription.html>

Par courriel : info@medipsy.ca

Aussi offerts

- **Dr. Marilyn Fitzpatrick - Helping you become a better helper: A critical review and implementation strategies for progress tracking, le 22 mars 2013 à Montréal**
- **Dr. Sue Johnson - Hold me tight: The practice of Emotionally Focused Couple Therapy, le 4 avril à Montréal.**

Ville Mont-Royal, le 1^{er} mars 2013

Par la présente, avis vous est donné que des élections auront lieu à sept (7) postes d'administrateurs du conseil d'administration de l'Ordre des psychologues du Québec au cours des mois d'avril et de mai 2013. Vous trouverez ci-dessous des renseignements sur les procédures d'élection et un bulletin de présentation aux postes mis en élection.

Stéphane Beaulieu, Secrétaire général

ÉLECTION 2013

Les postes mis en élection en 2013 sont les suivants :

RÉGION	ADMINISTRATEURS DONT LE MANDAT SE TERMINE EN 2013
--------	---

Saguenay– Lac-Saint-Jean (1 poste sur 1)	M. Réjean Simard
--	------------------

Québec/ Chaudière-Appalaches (1 poste sur 3)	D ^r Janel Gauthier
--	-------------------------------

Estrie (1 poste sur 1)	M ^{me} Marie-Rose Grenier
---------------------------	------------------------------------

Montréal (3 postes sur 10)	D ^{re} Marie-Claude Guay M ^{me} Marie-Josée Lemieux D ^{re} Alessandra Schiavetto
-------------------------------	---

Laurentides/Lanaudière (1 poste sur 1)	M ^{me} Hélène Vincent
---	--------------------------------

RENSEIGNEMENTS

Conformément aux articles 61 et 78 du Code des professions, le conseil d'administration de l'Ordre des psychologues du Québec est composé de la présidente et de vingt-quatre (24) administrateurs dont vingt (20) sont élus par les membres et quatre (4) sont nommés par l'Office des professions du Québec, pour un total de vingt-cinq (25) personnes.

Les administrateurs sont élus pour un mandat de trois ans. Ils se réunissent au moins une fois par trois mois, soit minimalement quatre fois par année. Les membres du conseil d'administration désignent, lors d'un vote annuel, trois des administrateurs élus et un des représentants nommés par l'Office pour siéger au comité exécutif de l'Ordre. La présidente de l'Ordre est membre d'office du comité exécutif. Ce comité tient, pour sa part, au moins une réunion toutes les six semaines.

CONDITIONS D'ÉLIGIBILITÉ DES CANDIDATS

Aux fins des présentes élections, les candidats :

- 1– doivent être membres en règle de l'Ordre des psychologues du Québec;
- 2– ne doivent pas s'être vu imposer une limitation ou une suspension du droit d'exercice au cours des 45 jours précédant la date fixée pour la clôture du scrutin;
- 3– doivent être domiciliés au Québec;
- 4– doivent avoir leur domicile professionnel dans la région qu'ils veulent représenter.

Extrait du Code des professions, article 60

Tout professionnel doit élire domicile en faisant connaître au secrétaire de l'ordre dont il est membre le lieu où il exerce principalement sa profession, dans les 30 jours où il commence à exercer celle-ci ou, s'il ne l'exerce pas, le lieu de sa résidence ou de son travail principal; le domicile ainsi élu constitue le domicile professionnel. Il doit aussi lui faire connaître tous les autres lieux où il exerce sa profession.

N.B. En cas de doute, relativement à leur région électorale, les candidats à l'élection sont invités à communiquer directement avec M^{me} Francine Pilon au numéro 514 738-1881 ou 1 800 363-2644, poste 224, avant de soumettre leur candidature.

ÉCHÉANCIER DES ÉLECTIONS 2013

Les élections 2013 de l'Ordre se dérouleront selon l'échéancier suivant :

- > **Période de mise en candidature :** du 21 mars au 16 avril 2013 à 17 h
- > **Période de vote :** du 1^{er} mai au 16 mai 2013 à 17 h
- > **Clôture du scrutin :** 16 mai 2013 à 17 h
- > **Dépouillement du vote :** 17 mai 2013

NOTE : Seules les personnes qui seront membres de l'Ordre le 1^{er} avril 2013 à 17 h pourront voter.

BULLETIN DE MISE EN CANDIDATURE

Toute mise en candidature à un poste d'administrateur ou d'administratrice doit être effectuée sur le bulletin de présentation ci-joint. Veuillez noter que compte tenu du fait qu'il y a plus d'un poste d'administrateur à pourvoir dans la région de Montréal, le bulletin de mise en candidature au poste d'administrateur ou d'administratrice peut être photocopié.

Selon l'article 18 du Règlement sur les élections au conseil d'administration de l'Ordre des psychologues du Québec, un membre ne peut signer plus de bulletins qu'il n'y a de postes d'administrateurs à pourvoir dans sa région. Toute signature apparaissant sur un nombre de bulletins plus élevé que le nombre de postes d'administrateurs à pourvoir sera donc rayée de tous les bulletins sur lesquels elle apparaît.

Le bulletin d'un candidat à un poste d'administrateur-administratrice doit être signé par la personne mise en candidature. Le bulletin de présentation au poste d'administrateur dans une région donnée doit être signé par au moins cinq (5) psychologues ayant leur domicile professionnel dans cette région. En effet, en vertu de l'article 68 du Code des professions, seuls peuvent signer un bulletin de présentation d'un candidat à un poste d'administrateur dans une région donnée les psychologues ayant leur domicile professionnel dans cette région.

2013_BULLETIN DE PRÉSENTATION POUR L'ÉLECTION D'UN ADMINISTRATEUR OU D'UNE ADMINISTRATRICE

Tous les candidats ou candidates doivent, conformément aux dispositions de l'article 17 du Règlement sur les élections au conseil d'administration de l'Ordre des psychologues du Québec, faire parvenir au secrétariat de l'Ordre, en même temps que leur bulletin de présentation, un bref curriculum vitæ contenant les renseignements suivants :

- > Nom
- > Prénom
- > Date de naissance
- > Date d'admission à l'Ordre
- > Candidat(e) au poste d'administrateur ou administratrice pour la région de (indiquer le nom de la région électorale) au conseil d'administration de l'Ordre des psychologues du Québec.
- > Expérience antérieure dans la profession
- > Description des principales activités au sein de l'Ordre
- > Buts poursuivis

Pour s'exprimer sur les 3 derniers sujets, chaque candidat peut utiliser un maximum total de 60 lignes.

Lors de la mise en branle de la procédure de vote, le curriculum vitæ de chaque candidat sera transmis aux membres en même temps que les bulletins de vote.

En vertu de l'article 24 du Règlement sur les élections au conseil d'administration de l'Ordre des psychologues du Québec, si un groupe de candidats fait équipe dans une ou plusieurs régions, ou pour l'ensemble des postes, chacun de ces candidats doit en aviser le secrétaire au plus tard le **16 avril 2013 à 17 h**. Lorsqu'une équipe est formée selon l'article 24, le secrétaire joint à l'envoi postal contenant les bulletins de vote et les curriculum vitæ des candidats une lettre circulaire informant les membres à cet effet.

Tous les documents pertinents à la mise en candidature, soit le bulletin de présentation, le curriculum vitæ des candidats et, éventuellement, l'avis de composition d'une équipe doivent parvenir au **secrétariat général de l'Ordre des psychologues du Québec, 1100, avenue Beaumont, bureau 510, Mont-Royal (Québec) H3P 3H5** au plus tard le **16 avril 2013 avant 17 h**.

Note : Il est à noter que les bulletins de présentation expédiés par télécopieur ne seront pas acceptés.

Proposition

Nous, soussignés, membres en règle de l'Ordre des psychologues du Québec qui avons élu notre domicile professionnel dans la région cochée ci-dessous, proposons comme candidat ou candidate au poste d'administrateur-administratrice de cette région :

- Saguenay-Lac-Saint-Jean
- Québec/Chaudière-Appalaches
- Estrie
- Montréal
- Laurentides/Lanaudière

Nom du candidat (lettres moulées)

Adresse du domicile professionnel du candidat

Note : Les noms, signatures et adresses de cinq (5) psychologues dont le domicile professionnel se situe dans la même région électorale que celle du candidat doivent apparaître ci-après.

1. _____
Nom du proposeur (lettres moulées)

Signature

Adresse du domicile professionnel du proposeur n° 1

2. _____
Nom du proposeur (lettres moulées)

Signature

Adresse du domicile professionnel du proposeur n° 2

3. _____
Nom du proposeur (lettres moulées)

Signature

Adresse du domicile professionnel du proposeur n° 3

4. _____
Nom du proposeur (lettres moulées)

Signature

Adresse du domicile professionnel du proposeur n° 4

5. _____
Nom du proposeur (lettres moulées)

Signature

Adresse du domicile professionnel du proposeur n° 5

Acceptation

Je, soussigné(e), domicilié(e) au Québec et membre en règle de l'Ordre des psychologues du Québec, ayant élu domicile professionnel dans la région _____, accepte de me porter candidat ou candidate au poste d'administrateur ou d'administratrice de cette région.

Signature du(de la) candidat(e)



Association des psychologues du Québec

L'Ordre protège le public

**L'ASSOCIATION PROTÈGE
CELLES ET CEUX QUI EN
PRENNENT SOIN**

Assurance frais disciplinaires

Dormez sur vos deux oreilles!

- ▶ Nous travaillons dans un contexte clinique complexe et avec des clientèles présentant des fragilités de la personnalité.

N'oubliez pas que votre assurance professionnelle obligatoire fournie par l'Ordre **NE COUVRE PAS** les frais d'enquête ou de poursuite disciplinaires!

Formations à tarifs préférentiels pour les membres de l'Association

L'Association des psychologues du Québec vise à soutenir ses membres dans l'exercice de leur profession.



www.apqc.ca

ASSOCIATION DES PSYCHOLOGUES DU QUÉBEC

Écrivez à l'adresse courriel : apq@spg.qc.ca

Communiquez avec notre secrétariat au

514.353.7555 ou 1.877.353.7555

7400, boul. Les Galeries d'Anjou, bureau 410

Montréal (Québec) H1M 3M2

M^{me} Gabrielle Clerk, 1923-2013

Hommage à une femme, psychologue et psychanalyste

L'Institut de psychologie de l'Université de Montréal vient d'être fondé, quelques années auparavant, sous la direction du père Noël Mailloux. Au milieu des années 1940, M^{me} Clerk s'inscrit en psychologie. Elle fera partie d'une des premières cohortes d'étudiants avec André Lussier et Thérèse Gouin-Décarie. Ils sont six étudiants cette année-là à suivre l'Introduction à la psychologie du père Mailloux, qui s'arrange assez bien, dans son enseignement, de la coexistence de saint Thomas d'Aquin et de Freud. À cette époque, l'étudiante Gaby Clerk s'initie à la psychanalyse à travers tout : les cours, les lectures, les rencontres sociales, les réunions scientifiques et, surtout, dans le cadre de sa formation en psychologie clinique avec Noël Mailloux.

Dans des propos recueillis en 1987 par la revue *Frayages*¹, elle confie combien son expérience de femme étudiante en psychologie, puis en psychanalyse, l'a fait réfléchir à partir de la différence de statut qu'on lui accordait en comparaison avec celui consenti à ses collègues masculins. Deux exemples : « À l'occasion d'une session d'étude de deux semaines organisée sous le parrainage de Gregory Zilboorg sur le thème de la psychosexualité de la femme, seuls les étudiants masculins étaient invités à participer. Les trois femmes de sa classe étaient tenues de s'abstenir. »

À un autre moment, alors qu'elle s'informe des possibilités de formation psychanalytique en France auprès de Théo Chantrier, psychanalyste français collègue du père Mailloux, elle entend : « Madame, le bonheur d'une femme, c'est au sein de sa famille. »

Mais, selon elle, ce qu'on tenait ainsi à distance, et que l'on veut toujours tenir à distance en psychologie et en psychanalyse, ce n'est pas tant la femme, le sexe biologique, mais le « féminin et ses mystérieuses et angoissantes relations avec l'inconscient ». Le féminin chez la femme, et chez l'homme tout autant.

Comme professeure, elle partage son intérêt pour les techniques projectives, sa pratique clinique et théorique auprès des enfants et adolescents (12 ans au département de psychiatrie et psychologie du Montréal Children's Hospital) et elle participe à créer les premiers stages et internats offerts aux étudiants. Elle sera ainsi à l'origine de « vocations » cliniques pour plusieurs générations de futurs psychologues.

Par ailleurs, elle s'engage activement dans les mouvements d'éducation populaire, pour faire valoir les découvertes de la psychologie et de la psychanalyse, notamment dans « l'école des parents », un organisme voué à la transmission des nouvelles approches concernant l'éducation des enfants et adolescents, avec des conférenciers comme André Laurendeau, Alec et Gérard Pelletier et d'autres.

Elle devient la première femme d'origine québécoise et canadienne à être reconnue comme psychanalyste par l'Institut canadien de psychanalyse. Pendant de nombreuses années, elle cumule ainsi une double expérience institutionnelle, à l'université et à la Société psychanalytique. De celle-ci, M^{me} Clerk tire une profonde réflexion sur la question du pouvoir et du contrôle exercés différemment par ses collègues masculins et féminins, se demandant toujours, après plusieurs décennies d'expérience, dans quelle mesure la lutte entre dominant et dominé, entre celui qui croit savoir et l'autre supposé ignorant, n'a-t-elle pas d'abord un caractère masculin, sans que les hommes en soient les seuls dépositaires. « Mais si le pouvoir était plus souvent tributaire du féminin, je crois que les règles seraient différentes. »

J'ai eu le privilège de connaître M^{me} Clerk comme professeure, comme directrice de mémoire et de thèse, puis comme collègue. C'est elle qui m'a orientée vers une recherche doctorale portant sur les différences



entre le masculin et le féminin dans l'adaptation à la grossesse et au post-partum, expérience féminine s'il en est. Qu'à cela ne tienne, ses intuitions étaient fondées : les femmes qui assument pleinement certaines caractéristiques dites « masculines » autant que celles dites « féminines » vivent mieux l'expérience d'une première grossesse que les femmes plus typées, masculines ou féminines. M^{me} Clerk m'a révélé, grâce aux recherches dans lesquelles elle m'a guidée, tout un monde de réflexions, de questionnements, voire d'engagement. Pour cela, je lui serai toujours reconnaissante.

Gabrielle Clerk affichait une discrétion engagée et volontaire. Elle a vécu et elle est morte en ne reniant jamais son identité.

Par Héléne David, Ph. D., vice-rectrice, relations internationales, francophonie et partenariats institutionnels, Université de Montréal

Note

- 1 Clerk, Gabrielle. « Souvenances, La naissance de la psychanalyse à Montréal », *Frayages*, Montréal, 1987.



L'Institut de Psychologie Projective

vous offre ses services

Formation - Supervision - Consultation

Odile Husain, Ph.D.
Mariette Lepage, M.Ps.
Claudine Lepage, M.Ps.
Silvia Lipari, M.A.

En partenariat avec le Centre de Psychologie Gouin, la première année de formation « *Évaluation de la personnalité* » débutera le 15 janvier 2014.

Activité reconnue par l'OPQ.

Inscription avant le 30 novembre 2013

www.psychologieprojective.org
info@psychologieprojective.org

Portrait

La lumière de Rachida Azdouz

À la radio, c'est son débit et son discours aussi vif que précis qui captent l'attention. À la télé – dont à *Tout le monde en parle* en septembre dernier¹ – on est fasciné par son ample chevelure de jais et par son regard perçant. La rencontrer provoque autre chose. De la curiosité, peut-être? Car dans cette femme menue réside un esprit vaste, ouvert, où cohabitent des identités multiples et des idées complexes qui, en paroles, s'ordonnent avec brio et jettent sur le monde un éclairage apaisant. Portrait d'une psychologue rayonnante.

Par Éveline Marcil-Denault, psychologue et journaliste pigiste

C'est un fait, Rachida Azdouz peut parler aussi vite que Louis-José Houde. Mais ce jour-là, c'est une femme posée qui nous accueille dans son bureau de l'Université de Montréal. Depuis 2010, après sept ans comme vice-doyenne à l'éducation permanente, elle dirige les Services de soutien à l'enseignement où sont traitées les modifications et les évaluations des programmes, de l'enseignement et de la formation à distance.

Passionnée de philosophie et d'histoire, cette spécialiste des relations interculturelles œuvre à faire des chercheurs de meilleurs enseignants et, à ses heures, elle combat l'obscurantisme et les raccourcis intellectuels. D'ailleurs, son parcours ne se résume pas en deux mots. Marocaine d'origine, Rachida Azdouz est berbère – une minorité linguistique et culturelle de son pays. Elle a fréquenté une école française catholique au primaire dans un pays musulman, puis un lycée laïque public républicain en France. Québécoise d'adoption depuis 1989, elle partage sa vie avec un homme originaire de... Sainte-Anne-de-la-Pérade! Identités multiples, vous dites?

_RENCONTRER SÉNÈQUE

Ce n'est pas avec ses parents, mais avec la conseillère d'orientation de son lycée que Rachida Azdouz a dû négocier son identité professionnelle. Elle était déterminée à étudier la philosophie, mais on la jugeait trop jeune et trop idéaliste. « Vous allez voir, mon enfant, ça va vous passer », la prévient-on. C'est avec les *Lettres de Sénèque à Lucilius* que l'adolescente Azdouz s'est initiée à la pensée du philosophe stoïcien. « Le pouvoir, l'argent, l'amitié, le groupe, la bêtise, la liberté... Sénèque a tout dit sur la comédie humaine », résume-t-elle.

La psychologie, « petite fille de la philo », s'est imposée comme le meilleur compromis. À l'Université Louis-Pasteur, à Strasbourg, Rachida Azdouz a amorcé ses études puis, réalisant que la clinique ne l'intéressait pas, elle s'est engagée dans un double parcours en psychologie et sciences de l'éducation. C'est dans ce carrefour disciplinaire qu'elle s'est intéressée à l'éducation interculturelle et, plus spécifiquement, aux stratégies identitaires.

_RENCONTRER L'INTERCULTUREL

« J'ai l'âge des immigrants de deuxième génération en France », explique Rachida Azdouz, qui a pris conscience de sa différence au contact des jeunes qu'elle a interviewés à Sarcelles, une banlieue au nord de Paris, pour sa recherche de maîtrise. « Décrochage, délinquance, horizon bouché : un portrait sombre », décrit-elle.

Elle constate que ces jeunes vivent leur double identité comme une malédiction : « Je me suis demandé comment une identité double ou multiple pouvait être source de déchirement, alors que pour moi, c'était une richesse, une évidence même. » Voilà d'où découle sa fascination pour les stratégies identitaires, celles qu'on mobilise pour harmoniser plusieurs appartenances et plusieurs composantes de notre identité. « C'est un travail de renonciation, mais aussi d'adhésion », résume-t-elle.

_ALTÉRITÉ ET DIVERSITÉ

Ces deux concepts reviennent souvent dans le discours de Rachida Azdouz. L'altérité constitue son principal objet d'étude. La diversité est au cœur de sa vie, y compris professionnelle : « Les questions sur lesquelles je travaille ne peuvent pas être nourries que par la psychologie. » Alors que la mode était à la surspécialisation, Rachida Azdouz s'est tournée vers différentes disciplines, dont les sciences politiques et le droit, qu'elle a étudiées dans le cadre d'un programme court à Paris. Elle s'explique : « Sur ces questions [culturelles], ça devient tellement passionnel qu'il faut que la raison tranche. Et les faits. » Elle voit dans ce penchant pour la raison une possible réaction à certains traits de sa culture d'origine.

« Je viens d'une société régie par ses passions, dit-elle. Le Maghreb, c'est le pays des pleureuses, de l'émotion... et ça m'agaçait. » Puis, elle nuance : « Je crois à l'intelligence émotionnelle, je m'en sers, je reconnais son importance, mais je suis plutôt cartésienne! »

_QUAND TOUT LE MONDE EN PARLE

Dernièrement, Rachida Azdouz se sent un peu pourchassée par ses fantômes. Médiatiquement du moins. Car, selon elle, on congédie trop souvent la raison et on confond perception, émotion, opinion et argument. Le matin de notre rencontre, on sollicitait son avis à propos d'une controverse entourant les heures de baignades réservées selon les sexes. Elle a refusé : « On va me demander de parler de l'égalité des sexes, alors que ce n'est pas la question de fond. » Commentera-t-elle? Peut-être, mais pas à chaud.

Pour prendre le pouls, elle parcourt les médias sociaux : « Je veux lire ce qui a été dit de pire et de meilleur, et ensuite, j'écris un article ou je réponds aux demandes d'entrevues, mais en choisissant parcimonieusement les tribunes... éliminant celles qui veulent de l'opinion et non de l'analyse. »

_LES IDÉOLOGIES

Même en discutant sur le terrain de la rationalité, elle n'échappe pas aux reproches : « Certains laïques ne me jugeaient pas assez fermement laïque, certains religieux pas assez libérale. » Pourtant, elle considère que ses positions sont claires : « Je suis laïque, c'est bien évident! Je ne défends pas la religion, mais je n'ai pas envie de me livrer à des attaques contre la foi sincère, même si je ne partage pas cette foi. » Rachida Azdouz pourfend le laïcisme qui ridiculise le religieux. Elle observe qu'au nom des violences commises par les religions, on devient parfois aussi violents envers les religions. « L'humanité n'évolue pas quand elle entre dans la spirale de la vengeance et de la revanche », affirme-t-elle.

D'un autre côté, elle en a aussi contre une certaine idéologie religieuse qui prône le retour au religieux parce que les lumières, puis l'économie de marché n'ont pas rendu les gens heureux : « On peut trouver des réponses à la question du sens ailleurs que dans la foi. »

Elle considère que la religion n'a pas sa place dans la fonction publique. « La politique et la religion ne font pas bon ménage et les symboles religieux devraient s'effacer dans les institutions publiques », résume la spécialiste.

_EXPRESSION DE SOI, FLAGORNERIE ET IRRÉVÉRENCE

Née dans une monarchie, Rachida Azdouz a vécu les années de plomb². « C'était le régime de l'arbitraire », déclare-t-elle. Partout, des lignes rouges : « Tu n'as pas le droit de critiquer le régime et la personne du roi, car elle est sacrée. Tu as peur du concierge qui pourrait être un délateur, la peur au ventre aux douanes, parce que tu transportes des livres à l'index... sachant que des prisons secrètes existent, où des gens entrent et d'où ils ne sortent pas vivants. »

Peu seront surpris d'apprendre que, enfant, Rachida Azdouz aimait bien parler. « Je n'avais aucun talent pour la révérence. Pour une fille née dans une monarchie, ça part *ben* mal! » lance-t-elle en riant. Cette situation l'amène à devoir à lutter contre elle-même : « J'avais beaucoup de difficulté à ne pas dire au roi qu'il était nu... Et j'ai encore beaucoup de difficulté ici, aujourd'hui, si vous saviez! » Cela dit, hors d'un régime totalitaire, Rachida Azdouz note que l'autocensure prend d'autres formes : « Ici, on se tait par complaisance. La complaisance, c'est l'antichambre de la servilité. Et dans une société où on ne craint pas la prison, ni la torture, je trouve ça scandaleux : on est complaisant par lâcheté. »

Pour être en mesure de mieux vivre sa nature expressive, Rachida Azdouz a quitté le Maroc pour le Québec en 1989. Elle était alors dans la mi-vingtaine.



Rachida Azdouz, psychologue

_AVANT ET APRÈS BOUCHARD-TAYLOR

« J'ai été très chanceuse! » dit Rachida Azdouz en parlant de son premier emploi au Québec. Le ministère de l'Éducation lui avait confié une recherche-action sur la collaboration école-famille en contexte pluriethnique. Pendant deux ans, elle a recueilli et analysé des données dans des écoles publiques, dont une située en région. « Ça a été un cours de Québec 101! » dit-elle. Et aussi, sans qu'elle le sache, une préparation à sa future participation aux travaux de la Commission Bouchard-Taylor sur les accommodements raisonnables en 2007 et 2008.

Rachida Azdouz, avec une quinzaine d'universitaires, a été chargée de réfléchir à la question des valeurs communes au Québec. De son point de vue, la commission avait une triple fonction : pédagogique, thérapeutique et politique. Comme elle l'explique dans un texte paru en 2010, si l'exercice n'a pas réussi à dissiper le brouillard conceptuel entourant ce débat à plusieurs vitesses, il a toutefois permis d'identifier des malaises, des fausses perceptions, mais aussi des objections légitimes et des limites à l'éloge de la différence³.

_PÉDAGOGUE AVANT TOUT

« Un pédagogue n'est ni un moralisateur ni un transmetteur d'opinions toutes faites, dit Rachida Azdouz. Il tient une lanterne et vous dit : *voilà mon éclairage, mais il y en a d'autres. Prenez ce que vous voulez.* » Elle se méfie des lynchages publics et de la trop grande unanimité. « Surtout quand elle se drape dans la vertu », précise-t-elle. Elle citera en exemple le débat sur les riches et les pauvres : « Être pour la justice sociale ne signifie pas traquer le riche, lui donner un visage et inviter tout un chacun à aller lui jeter sa fléchette. »

Dans un climat antagoniste, Rachida Azdouz réclame le droit de ne pas toujours choisir son camp. Et lorsqu'il faut choisir, elle se laisse guider par la morale, les faits ou la science, pas par l'opinion majoritaire et « la tyrannie du consensus. » Selon elle, la psychologie a fait beaucoup pour la reconnaissance des droits à la subjectivité, à l'individualité, à l'originalité et à la marginalité.

_LA QUESTION DES FEMMES

« Je dois vous avouer que c'est la seule question qui m'agace, par exemple quand on présume que naturellement, étant donné mes origines, j'ai découvert l'égalité des sexes en descendant de l'avion à Mirabel », explique celle qui dit être devenue féministe grâce à son père et aussi à sa grand-mère, qui s'est affranchie d'un couple polygame. Pour Rachida Azdouz, la question des femmes est plus politique et économique que culturelle et religieuse.

« Je ne veux pas idéaliser. Je viens d'une société où l'égalité des sexes, ce n'est pas acquis. Et c'est moins évident que ce l'était durant mon enfance », précise-t-elle en repensant aux amoureux qui s'embrassaient jadis dans la rue. C'est dans les années 1990, lors de visites au Maroc, qu'elle a découvert que les hidjabs et les voiles commençaient à y proliférer. Selon elle, l'autonomie financière reste la seule issue pour les Maghrébines dans le contexte économique actuel. Les hommes ne peuvent se priver du deuxième salaire : « Voilée, "niqabée", enturbannée... elle ira travailler. Et quand elle travaille, elle a de l'argent dans ses poches et peut négocier sa place dans son foyer. »

Si la parité homme-femme est une évidence pour Rachida Azdouz, si elle dénonce le caractère machiste des religions monothéistes, vous ne la verrez endosser ni le discours antihommes ni le discours voulant que tous les hommes des pays arabomusulmans soient des rois. Il faut dire que chez les Azdouz, tout le monde partageait les tâches ménagères. Elle et ses sœurs ont bénéficié des mêmes permissions et interdictions que leur frère. « Notre famille était atypique », reconnaît-elle.

_POUR EUX

Rachida Azdouz s'inquiète parfois. Il lui arrive d'avoir mal pour son pays natal. Elle devient alors philosophe : « Je ne suis pas une idéologue, mais une idéaliste. L'humanité a connu de grandes

périodes d'obscurantisme, suivies de lumières. » L'idéalisme de Rachida Azdouz – qu'elle déteste qu'on qualifie de naïf – est mû par « l'espoir d'une humanité meilleure, qui nous tire vers le haut », dit-elle.

Si Rachida Azdouz parle, elle croit que c'est en partie pour son père, qu'elle a perdu jeune, cet homme qui a élevé son seul fils comme l'égal de ses quatre filles. Elle dit parler aussi pour sa grand-mère, une improbable divorcée des années 1940 qui fut selon elle une « femme libre avant les femmes libérées ». Et elle parle aussi pour sa mère, qui vit au Maroc et qui doit se débattre pour garder son intégrité et son individualité.

Rachida Azdouz aime parler. Mais celle qu'on réclame sur diverses tribunes se soumet à un devoir de réserve : « C'est un travail sur soi, réfléchit-elle. On a tous envie de sauter dans l'arène et de dire *Moi aussi, moi aussi j'ai à dire!* »

Quelque part dans cette retenue, la pédagogue se fait bonne élève devant son premier guide : « La foule t'applaudit! écrit Sénèque à Lucilius. Eh! qu'as-tu à te complaire si tu es de ces hommes que la foule comprend? C'est au-dedans de toi que tes mérites doivent briller! »

_Notes

- 1 Rachida Azdouz et le professeur Sami Aoun étaient invités à l'émission de la SRC pour commenter les troubles consécutifs à la mise en ligne d'un film caricaturant le prophète Mahomet.
- 2 L'expression « les années de plomb » réfère ici à la période du règne de Hassan II au Maroc, qui dura 38 ans, de 1961 à 1999.
- 3 Azdouz, R. (2010). « La Commission Bouchard-Taylor : une avancée pour le vivre-ensemble au Québec? » *Développement social*, vol. 10, n° 3 [www.revueds.ca/la-commission-bouchard-taylor--une-avancee-pour-le-vivre-ensemble-au-quebec-.aspx] (consulté le 14 janvier 2013).
- 4 Extrait *Sénèque, Lettres à Lucilius*, Livre I, Lettre 7, [agoraclass.fltr.ucl.ac.be/concordances/sen_lucilius1/lecture/7.htm] (consulté le 11 janvier 2013).

Inscrivez-vous en ligne



Découvrez les 3 étapes faciles pour renouveler votre inscription et payer votre cotisation à l'Ordre

1. Rendez-vous au www.ordrepsy.qc.ca/inscription2013
2. Entrez votre numéro de permis et votre mot de passe
3. Remplissez le formulaire et payez en ligne!

Le service de référence, un outil de visibilité efficace

Le service de référence de l'Ordre des psychologues du Québec est devenu un incontournable pour la population à la recherche d'un professionnel compétent. Contrairement à l'annuaire traditionnel, le service de référence séduit le public par son humanisme, son efficacité et son service personnalisé.

_UN SERVICE ACCESSIBLE ET POPULAIRE

Les faits nous le confirment : il est facile à trouver. Si vous entrez « trouver un psychologue » dans Google, la première entrée répertoriée par le moteur de recherche sera le service de référence de l'Ordre des psychologues. Et si vous répétez l'expérience avec « trouver un psychothérapeute », le résultat sera le même. Le service de référence de l'Ordre connaît un succès inégalé sur le Web. En moyenne, ce sont 7300 personnes (différentes) par mois qui visitent cette section précise du site, ce qui correspond à un peu plus de 20 % du trafic généré par tout le site. Ajoutez cela aux 1050 personnes qui appellent le service de référence téléphonique et vous obtenez un public très intéressé par la consultation psychologique! Le service téléphonique continue d'être sollicité en raison de son contact humain : pouvoir parler à une téléphoniste est rassurant et permet d'avoir des réponses à nos questions.

_LA PUBLICITÉ METTANT EN VEDETTE LE SERVICE DE RÉFÉRENCE

En s'inscrivant au service de référence, les psychologues participent également à amasser un budget de publicité pour promouvoir le service. À l'hiver 2012, une première campagne de publicité a eu lieu sur le site Web de Radio-Canada, notamment sur les sites des émissions *RDI Santé*, *Les Docteurs*, *Kampai*, *L'après-midi porte conseil* et *Apparences*. Le concept était une série de messages animés sur fond de couleur : *Votre estime personnelle est dans le rouge? Votre quotidien vous cause des nuits blanches? Vous avez une peur bleue des lendemains? Vous ne voyez plus la vie en rose? Consultez un psychologue et retrouvez vos couleurs.* Une centaine de mots clés (par exemple,

anxiété, dépression, panique, stress) avaient également été achetés dans le cadre de cette campagne sur Google afin que le site Web du service de référence soit l'un des premiers résultats lorsque les Internautes cherchaient ces termes. Enfin, la campagne avait également exploré l'univers de la publicité sur Facebook, ciblant précisément la clientèle québécoise. Pendant la campagne, une augmentation du nombre de visiteurs sur le site Web du service de référence ainsi que du nombre d'appels au service téléphonique avait été remarquée.

À l'automne 2012, une publicité télévisée a été produite et diffusée à TV5 lors de l'émission *En thérapie*. Cette publicité montrait une série d'images représentant des événements où l'entrée est importante (entrée en scène, entrée en jeu, entrée sur le marché du travail, etc.). La dernière image montrait une entrée en psychothérapie et invitait les gens à consulter le service de référence. Cette publicité a eu un impact pour la notoriété des psychologues, mais aussi un impact sur le nombre de visiteurs en ligne (de 30 à 50 Internautes de plus par jour) et d'appels au service de référence.

_PAGE PERSONNELLE

Agissant comme site Web personnel, la page personnelle permet aux psychologues de détailler leur offre de service. Il ne nécessite que quelques minutes pour télécharger votre photo et remplir les champs : formation et expérience, description de la pratique clinique, méthodes d'intervention, tarifs, autres services, horaire des consultations et site Web. Visible à une adresse directe suivant le modèle www.ordrepsy.qc.ca/voir/PrénomNom, la page personnelle peut aussi être trouvée par les clients à partir des résultats de recherche du service de référence. Venant en option à l'abonnement du service de référence pour seulement 36,53 \$, il s'agit d'un excellent complément d'information fortement apprécié des clients!

L'inscription annuelle au tableau des membres sera pour vous l'occasion de vous abonner au service de référence. Pour 72,19 \$ par année, pensez à cet outil de visibilité qui vise juste et intelligemment!

au tableau des membres

Profitez de votre inscription au tableau des membres pour vous abonner aux services à la carte!

> Le service de référence et la page personnelle

Le service de référence vous permet de faire connaître votre bureau privé aux clients de deux manières :

1) par la ligne téléphonique de l'Ordre réservée à cet effet; 2) par le moteur de recherche accessible au www.servicedereference.com.

Cet outil de référencement, offert à 86 \$ annuellement pour un bureau, est grandement efficace pour se trouver de nouveaux clients. Ajoutez à votre abonnement du service de référence la page personnelle, une page Web reliée au service de référence en ligne comprenant un complément d'information pertinent sur votre parcours professionnel et vos champs d'expertise. Une adresse Web, qui comprend votre prénom et votre nom (comme ceci : www.ordrepsy.qc.ca/voir/PrénomNom), vous est créée automatiquement; vous pourrez ainsi l'utiliser sur votre carte d'affaires. Un minisite Web éditable en tout temps pour 43 \$!

> Les bases de données EBSCO

Comme vous avez pu le constater à la lecture de la chronique *La recherche le dit*, toujours publiée en dernière page du magazine, les bases de données EBSCO vous offrent la possibilité de rechercher de l'information pertinente à vos problématiques cliniques. Ce moteur de recherche recense plus de 2000 périodiques en texte intégral. Peu importe votre secteur de pratique, vous trouverez des articles scientifiques qui bonifieront votre pratique pour seulement 45 \$ par année!

Depuis la publication des lignes directrices sur l'évaluation des troubles du spectre de l'autisme (TSA) et l'entrée en vigueur de la loi 21, l'intérêt des psychologues quant aux meilleures pratiques dans ce domaine n'a cessé de croître. Depuis toujours, les psychologues qui travaillent auprès de ces enfants désirent être au fait des dernières recherches afin d'offrir des interventions dont l'efficacité est démontrée pour guider les parents vers des traitements scientifiquement reconnus. En plus du rôle clef joué dans le processus d'évaluation et d'intervention auprès des enfants, les psychologues sont conscients de l'impact de ce diagnostic sur l'ensemble de la famille. Ils soutiennent ainsi les parents et la fratrie qui doivent vivre avec un enfant différent des autres et apprendre à naviguer à travers les aléas des systèmes de santé et d'éducation.

Dans ce dossier, vous lirez des textes qui vous éclaireront sur les éléments importants à connaître au sujet des TSA. Le premier texte aborde différents thèmes associés à l'évaluation des enfants qui présentent cette problématique. Des données épidémiologiques sont présentées, de même que les changements nosologiques proposés dans la prochaine édition du DSM. La démarche clinique spécifique au processus d'évaluation est ensuite développée. Le second article porte sur le double diagnostic et sur les troubles concomitants auprès de cette clientèle. L'évaluation des troubles concomitants chez les enfants ayant un TSA est complexe. Ce texte aborde les défis rencontrés lors de l'évaluation et ses implications dans l'élaboration du plan de traitement et des services offerts.

Le troisième texte porte sur l'impact du TSA sur les familles. De fait, avoir un enfant atteint de TSA génère un stress important chez les parents et dans la fratrie. L'auteure aborde les facteurs qui ont un impact sur le degré de stress de la famille, de même que les stratégies qui favorisent le développement de mécanismes de résilience des parents. En dernier lieu, nous vous présentons un article sur les interventions offertes aux enfants. Plusieurs méthodes d'interventions existent dans ce domaine; de nombreux programmes sont soutenus par les données probantes. Par contre, certains traitements proposés aux parents ne sont pas appuyés par la recherche; cet article fait les mises en garde qui s'imposent.

À la lecture de ces textes, vous serez en mesure de mieux comprendre le processus d'évaluation de ces enfants et l'impact du diagnostic auprès de la famille. Les enfants qui présentent un trouble du spectre de l'autisme ont besoin de soutien afin de développer leur potentiel et il est important de rappeler que les psychologues jouent un rôle primordial auprès de cette clientèle autant en ce qui concerne l'évaluation que l'intervention auprès de ces personnes vulnérables.



Dr^e Nathalie Girouard / Psychologue

Conseillère à la qualité et au développement de la pratique
Ordre des psychologues du Québec

TROUBLES DU SPECTRE DE L'AUTISME

Aider l'enfant et sa famille

L'intervention auprès des enfants atteints de TSA



Martine Beurivage / Psychologue

M^{me} Beurivage est directrice des services aux enfants et à leur famille au Centre de réadaptation de l'Ouest de Montréal. Elle enseigne dans le programme national de formation en TED de l'Université Laval et siège sur différents comités d'experts en autisme.

Plusieurs méthodes d'intervention existent pour aider les enfants atteints de troubles du spectre de l'autisme (TSA) et il faut être particulièrement vigilant, car elles ne sont pas toutes basées sur des données probantes et leur utilisation peut parfois faire plus de mal que de bien. Il est maintenant reconnu que plusieurs facteurs génétiques et biologiques sont en cause dans les troubles du spectre de l'autisme et les chercheurs se penchent sur des traitements médicaux et biomédicaux qui sont efficaces et sécuritaires. Toutefois, ces traitements ne peuvent remplacer l'intervention précoce, qui est le traitement traditionnel dans le domaine de l'autisme. J'ai reçu plusieurs témoignages bouleversants de parents faisant état des efforts autant émotionnels que financiers qu'ils avaient mis dans certains types de traitements et avec lesquels ils avaient eu peu de résultats concluants. Les traitements que l'on qualifie de pseudosciences, tels que l'oxygénothérapie hyperbare, la chélation, l'intégration neurosensorielle, la thérapie d'intégration auditive, la diète sans gluten, les vitamines, etc. devraient être évités à moins qu'une analyse poussée indique le contraire.

Les modèles d'interventions qui suivent sont parmi les plus connus dans le monde de l'autisme et même si certains n'ont pas fait l'objet d'études systématiques et ne font pas partie des meilleures pratiques, il n'en demeure pas moins qu'ils sont grandement utilisés. Quatre des programmes décrits dans cet article sont considérés comme des programmes complets d'intervention précoce (*comprehensive early intervention*), car ils prennent en considération au moins trois importants déficits reliés à l'autisme : les habiletés sociales et les intérêts, tous les aspects de la communication et les stéréotypies et rituels. De plus, un programme complet d'intervention précoce devrait inclure des stratégies visant à éliminer les comportements problématiques de l'enfant s'il en présente.

PROGRAMMES COMPLETS D'INTERVENTION PRÉCOCE

TEACCH (Treatment and Education of Autistic and Related Communication-Handicapped Children)

Développé à l'Université de la Caroline du Nord en 1966 par Eric Schopler (Schopler et Reichler, 1971), TEACCH est un programme connu mondialement et grandement utilisé dans les milieux scolaires au Québec. L'approche TEACCH consiste typiquement en un enseignement structuré en petits groupes où l'accent est mis sur le travail autonome. L'environnement de travail est hautement structuré et adapté aux besoins et capacités de l'enfant. L'utilisation



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

► PROGRAMME DE FORMATION AVANCÉE À LA PSYCHOTHÉRAPIE DES TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ

- Date limite de réception des candidatures pour 2013-2014 : 31 mai 2013
- Voyez tous les détails du programme sur notre site web

► FORMATIONS 2013

- Troubles de la personnalité : introduction à l'intervention
Montréal 405 \$ (taxes incluses)
Groupe B les 30 et 31 mai et le 1er juin 2013
- Troubles alimentaires et troubles de la personnalité : traitement intégré
Montréal 280 \$ (taxes incluses)
les 4 et 5 avril 2013
- Réadaptation physique et troubles de la personnalité : impacts sur les interventions
Montréal 280 \$ (taxes incluses)
Groupe B les 17 et 24 avril 2013
- La régulation émotionnelle du thérapeute avec la clientèle souffrant de troubles de la personnalité
Montréal 280 \$ (taxes incluses)
les 16 et 17 mai 2013
- Suicide et troubles de la personnalité : prévention et intervention
Montréal 150 \$ (taxes incluses)
Groupe B le 24 mai 2013

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

très grande de soutiens visuels (horaire visuel, séquence d'activités, etc.) permet à l'enfant d'apprendre et de se structurer dans le temps et l'espace.

L'approche Greenspan

Cette approche (Greenspan et Weider, 1997) tient compte de l'âge développemental de l'enfant et met l'accent sur les différences individuelles sur le plan du traitement de l'information, de l'expression des émotions ainsi que des habiletés cognitives et motrices. Les interventions se déroulent dans un contexte où la relation entre l'enfant et son intervenant – ou encore son parent – est primordiale. Le but est de favoriser le développement de différentes habiletés chez l'enfant. Les interventions sont assez intensives (plusieurs heures par jour) et se déroulent en majeure partie dans des sessions de jeu semi-structuré, d'où l'appellation en anglais *floortime*.

Le modèle de Denver

Ce modèle a été développé par Sally Rogers et ses collègues dans les années 1980. Ce programme offre plus de 20 heures par semaine d'intervention individuelle pour les enfants de moins de 5 ans. Le modèle de Denver utilise une approche développementale par le jeu basée sur la théorie du développement cognitif de Piaget, sur la théorie de la séparation-individuation de Malher et sur un programme de communication pragmatique. L'enfant est placé dans un contexte social naturel (maison, école, garderie) qui lui permet d'avoir de nombreuses occasions d'apprentissages et d'initier des actions opportunités et des demandes dans le but de développer ses habiletés telles que l'imitation, la communication non verbale, affective et pragmatique. Un enseignement structuré est également donné lors de ces sessions afin de réduire les déficits de l'enfant. Ce programme utilise les techniques de modification du comportement afin de réduire les comportements problématiques. Le modèle a fait l'objet de quelques études et s'avère très prometteur quant aux résultats obtenus.

Intervention comportementale intensive

L'intervention comportementale intensive (ICI), parfois connue sous l'appellation ABA pour *Applied Behavioral Analysis*, est un traitement individuel qui enseigne les habiletés dans toutes les sphères de développement de l'enfant. Il a été développé dans les années 1960 par Ivar Lovaas et ses collègues et a par la suite fait l'objet de nombreuses études scientifiques. Sa popularité a atteint un sommet en 1996 à la suite de la parution du livre de Maurice, Green et Luce, qui a servi de livre de base à de nombreux traitements et qui a été traduit au Québec en 2005. L'ICI est considérée jusqu'à ce jour comme le traitement ayant le plus fait ses preuves. Un des objectifs de cette méthode est que l'enfant autiste récupère tous ses retards afin qu'il puisse être en mesure d'intégrer des milieux réguliers avec les pairs de son âge. Les stratégies utilisées pour enseigner de nouvelles habiletés ou réduire des comportements problématiques réfèrent à des techniques de modifications du comportement (apprentissage

par essais distincts, façonnement, estompage, renforcement différentiel, etc.). L'intervention est intensive en ce sens qu'elle comporte de 20 à 40 heures d'enseignement structuré par semaine, qu'elle devrait être idéalement offerte le plus rapidement possible à l'enfant et qu'elle est d'une durée minimale de deux ans. Ce traitement relativement coûteux fait partie de l'offre de services des centres de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement (CRDITED) au Québec, mais le nombre d'heures par semaine pouvant être offert est nettement insuffisant (maximum de 20 heures par semaine).

Voici un extrait du guide de pratique : « Le service d'adaptation et de réadaptation à l'enfance 0-5 ans en troubles envahissants du développement » :

L'intervention comportementale intensive (ICI) inclut uniquement les heures d'application directe de l'intervention comportementale intensive auprès de l'enfant.

Les principales caractéristiques du programme se résument comme suit :

- l'enseignement des objectifs d'apprentissage, sur des périodes de temps relativement brèves (15-20 minutes), incluant des instructions en un pour un et en très petits groupes, est planifié et répété;
- l'utilisation de techniques d'intervention comportementales reconnues;
- tous les objectifs d'apprentissage sont observables et mesurables;
- les objectifs sont mesurés systématiquement et les progrès doivent être documentés régulièrement afin d'ajuster les objectifs en conséquence;
- l'ICI comprend des interventions dans les sphères du développement du langage et de la communication, de l'autonomie fonctionnelle, du développement moteur et sensoriel, des habiletés cognitives et du traitement de l'information, des habiletés à réguler les émotions et le développement des habiletés sociales;
- l'ICI comporte des modalités précises de supervision.

_AUTRES INTERVENTIONS

PECS

Un autre programme d'intervention très connu en autisme est le PECS (Picture Exchange Communication System). Il a été développé dans les années 1980 par Frost et Bondy. Ce programme met principalement l'accent sur l'apprentissage systématique de la communication en utilisant certaines techniques du conditionnement opérant comme le renforcement et le façonnement. Dans les premières étapes du programme, l'enseignement consiste à montrer à l'enfant à échanger une image contre l'objet désiré. Un des buts du programme est de favoriser la communication spontanée et fonctionnelle. Dans les étapes les plus avancées, l'enfant apprend à répondre aux questions et à faire des commentaires spontanés.

Scénarios sociaux

C'est une méthode développée par Carole Gray en 1991 où une courte histoire est lue à l'enfant autiste afin qu'il puisse mieux comprendre une situation difficile et adopter des comportements sociaux appropriés en fonction de celle-ci. L'histoire peut être très simple ou complexe et le type de scénario peut prendre différentes formes (image ou photo, page unique, montage vidéo, etc.) selon le degré de compréhension de l'enfant. La répétition de l'histoire aide à réduire les réactions excessives aux changements et à la nouveauté ou toute autre situation génératrice d'anxiété.

Soutiens visuels

Il est reconnu que les enfants autistes ont des forces sur le plan de la perception et de la mémoire visuelles. Il est donc important de miser sur celles-ci et de favoriser l'utilisation des soutiens visuels dans nos interventions. La présence de ces outils est souvent le point de départ de plusieurs autres interventions. Les soutiens visuels ne réfèrent pas uniquement à des images ou à des pictogrammes servant à pointer l'image d'un objet qu'un enfant veut dans le but de faciliter la communication expressive. Ils permettent également de comprendre plusieurs autres éléments sur lesquels l'attention de l'enfant doit porter.

L'utilisation de la vidéo est également très porteuse en ce qui concerne les interventions à privilégier en autisme. C'est un outil puissant pour enseigner plusieurs habiletés et les enfants ayant un TSA sont susceptibles de trouver ce médium plus facile, de considérer qu'il est plus intéressant d'observer une personne dans une vidéo que dans la réalité.

Thérapie cognitive-béaviorale

La thérapie cognitive-béaviorale est également utilisée avec les enfants ayant un TSA et donne généralement de bons résultats si elle est adaptée en termes de soutiens visuels et d'un enseignement spécifique sur le plan de l'expression des émotions et de la perception sociale (Attwood, 2003). Elle doit cependant tenir compte des capacités cognitives et langagières de la personne afin que celle-ci puisse en bénéficier.

Analyse fonctionnelle

Les enfants ayant un TSA peuvent parfois démontrer des problèmes de comportements qui interfèrent avec leur apprentissage. Lorsque l'on essaie d'éliminer un comportement problématique, il importe de déterminer en quoi ce comportement est utile à l'enfant. Une fois qu'on a compris pourquoi l'enfant agit ainsi et ce qu'il veut exprimer, on peut lui apprendre un mode d'expression plus approprié. Plusieurs outils pour évaluer la fonction du comportement (attirer l'attention, éviter une tâche, obtenir quelque chose de tangible, de sensoriel) ont été développés et sont facilement accessibles via le Web.

Groupes d'entraînement aux habiletés sociales

Les enfants ayant un TSA ont des lacunes importantes sur le plan des habiletés sociales. Comme ils ont de la difficulté à généraliser les acquis dans d'autres milieux, il est important d'exercer ces activités dans des milieux les plus naturels possible ou, si cela ne l'est pas, de s'assurer d'avoir un plan afin de généraliser les acquis. Il est gagnant d'utiliser des pairs ayant un développement typique dans ces groupes afin d'avoir de bons modèles. Les enfants doivent également recevoir un enseignement sur les caractéristiques de l'autisme et sur les façons d'intervenir avec les enfants autistes.

_CONCLUSION

Il existe plusieurs façons d'intervenir avec les enfants ayant un TSA, d'où l'importance de faire une évaluation systématique et continue afin de pouvoir suivre les progrès de l'enfant et ajuster les stratégies en conséquence. Une des variables essentielles à l'obtention de résultats positifs est également l'implication des parents dans le traitement, comme le démontrent plusieurs recherches. Les enfants ayant un TSA ont de la difficulté à généraliser les apprentissages et le soutien des parents favorise cet élément et permet de maintenir les acquis.

_Bibliographie

- Attwood, T. (2003). Framework for behavioral interventions. *Child & Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 12(1), 65-86.
- Eikeseth, Svein (2011). *International Handbook of Autism and Pervasive Developmental Disorders*. Autism and Child Psychopathology, p. 321-338 Intensive Early Intervention.
- Fédération québécoise des centres de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement. (2010). *Le service d'adaptation et de réadaptation à l'enfance 0-5 ans en troubles envahissants du développement*. Dans *Guides de pratique : Coffre à outils*. Montréal, Québec.
- Greenspan, S. I., et Wieder, S. (1997). Developmental patterns and outcomes in infants and children with disorders in relating and communicating: A chart review of 200 cases of children with autistic spectrum diagnoses. *Journal of Developmental and Learning Disorders*, 1, 87-141.
- Hodgdon, Linda (1995). *Visual Strategies for Improving Communication: Practical Supports for School & Home*, QuirkRoberts Pub.
- Maurice, C., Green, G., & Luce, S. (1996). *Behavioral Intervention for young children with autism: A manual for parents and professionals*. Austin, TX: PRO-ED.
- Maurice et coll. (2005). *Intervention comportementale auprès des jeunes enfants autistes*, Chenelière éducation.
- National Research Council. (2001). *Educating children with autism*. Committee on Education and Interventions for Children with Autism. Division of Behavioral and Social Sciences and Education. Washington, DC: National Academy.
- Quill, K. A. (2000). *Do-Watch-Listen-Say: Social and communication intervention for children with autism*. Baltimore: Paul H. Brooks.
- Rogers, S. et Dawson, G. (2010) *Early Start Denver Model for Young Children With Autism: Promoting Language, Learning, and Engagement*. The Guilford press.
- Schopler, E., et Reichler, R. J. (1971). Parents as cotherapists in the treatment of psychotic children. *Journal of Autism and Childhood Schizophrenia*, 1, 87-102.



D^{re} Mélina Rivard / Psychologue

M^{me} Rivard est professeure au Département de psychologie de l'Université du Québec à Montréal et chercheure au Laboratoire d'études des problématiques comportementales en autisme et les autres retards de développement (ÉPAULARD).

En collaboration avec :

Amélie Terroux, B. Sc. / Agente de recherche, Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement de la Montérégie Est (CRDITED ME)

D^{re} Katrine Schuessler / Psychologue, Émergence : groupe conseil en psychologie de l'enfant

Le double diagnostic et les troubles concomitants chez les jeunes enfants ayant un trouble du spectre de l'autisme

Les enfants ayant un trouble du spectre de l'autisme (TSA) représentent un groupe d'enfants dont les caractéristiques et les symptômes sont très variables, bien que tous présentent des difficultés sur le plan de la communication sociale et des comportements et intérêts stéréotypés (APA, 2013; Jones et Klin, 2009). Cette hétérogénéité apporte plusieurs défis dans le processus d'évaluation diagnostique et différentielle, ainsi que dans la dispensation de services et de traitements adaptés, voire individualisés (Jones et Klin, 2009). À cette hétérogénéité dans les profils cliniques s'ajoute la variabilité dans la présentation de troubles concomitants au diagnostic même de TSA.

LES MULTIPLES DIAGNOSTICS CHEZ LES JEUNES ENFANTS AYANT UN TSA

Il est maintenant bien documenté que plusieurs enfants ayant un TSA présentent des conditions concomitantes à leur premier diagnostic, telles que des problèmes de santé physique et de santé mentale (Gillberg et Billstedt, 2000; Kogan et coll., 2009; Krauss et coll., 2003; Simonoff et coll., 2008). Néanmoins, il semble que la prise en compte des multiples diagnostics lors du processus d'évaluation en TSA soit une pratique moins courante que dans le cas d'autres troubles diagnostiqués à l'enfance, et ce, malgré que les enfants ayant un TSA soient plus à risque de développer des troubles concomitants que les enfants ayant toute autre forme de condition (Amr et coll., 2012; Brereton, Tonge et Einfeld, 2006; Gadow et coll., 2004; Gillberg et Billstedt, 2000). Bien entendu, la présence de troubles concomitants complique le profil clinique des enfants ayant un TSA et apporte différentes conséquences pour ceux-ci, leur famille et les personnes intervenant auprès d'eux (McIntyre, 2011; McIntyre, Blacher et Baker, 2002; Rivard, Dionne et Morin, 2012; Rivard et coll., à paraître). Sans être une présentation exhaustive de tous les travaux concernant les troubles concomitants en autisme, cet article discute de la problématique des multiples diagnostics chez les enfants ayant un TSA.

QUELQUES DONNÉES DE PRÉVALENCE

L'estimation actuelle de la prévalence des troubles psychiatriques concomitants aux TSA varie de 62 % à 95 % et inclut notamment et en ordre d'importance la présence de troubles du comportement, de troubles anxieux, de trouble de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH) et de dépression (Ahmedani et Hock, 2012; Amr et coll., 2012; Goldstein et Schwebach, 2004; Joshi et coll., 2010; Kogan et coll., 2009). Dans cet article, nous nous concentrerons davantage sur les données de prévalence de la déficience intellectuelle (DI), des troubles du comportement (TC) et des troubles anxieux chez les enfants ayant un TSA. Mais, avant, mentionnons que plus de 60 % des enfants ayant un TSA ont plus d'un trouble concomitant à leur diagnostic de TSA (donc trois diagnostics et plus) (Ahmedani et Hock, 2012). Il faut aussi savoir que bien que le diagnostic de ces troubles est davantage apposé chez les personnes ayant des niveaux de fonctionnement plus élevés, les troubles psychologiques et de comportement peuvent se présenter sur tout le spectre de l'autisme (Ghaziuddin, Tsai et Ghaziuddin, 1992). Il semble que le nombre de diagnostics chez les enfants ayant un TSA soit influencé par l'âge, les enfants plus âgés recevant davantage de doubles diagnostics (Ahmedani et Hock, 2012). Cette donnée peut néanmoins être influencée par le fait que les enfants plus âgés rencontrent davantage de professionnels de la santé et que les troubles concomitants soient sous-diagnostiqués chez les jeunes enfants ayant un TSA (Ahmedani et Hock, 2012). Il faut ainsi être attentif aux symptômes précoces des troubles concomitants en autisme, puisqu'ils peuvent se présenter différemment en petite enfance ou être sous-rapportés par les parents et intervenants lorsque l'enfant est plus petit (Rivard et coll., à paraître; Rivard, Parent-Boursier, Terroux et Mercier, accepté).

L'estimation de la cooccurrence DI et TSA dans les études varie de 25 % à 70 % (ADDM, 2007; Baird et coll., 2000; Bertrand et coll., 2001; Chakrabarti et Fombonne, 2005; Charman et coll., 2011; Fombonne, 2001; Fombonne, 2003; Gillberg et Coleman, 1992; Goin-Kochel, Peters et Treadwell-Deering, 2008). Les

données dépendent notamment de l'âge des enfants, des instruments utilisés et de la définition de la DI choisie par les auteurs. Une étude présentement en cours et réalisée au Québec auprès de 221 enfants ayant un TSA âgés de 2 à 5 ans montre que 38,9 % des participants présentent les critères de la DI tels que définis par l'American Association of Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD), et ce, avant l'obtention de services d'intervention précoce (Rivard et coll., 2012a). Il faut néanmoins mentionner qu'à cet âge le diagnostic de DI doit plutôt référer à celui de retard global de développement, ce qui inclut déjà le TSA. Il semble que les enfants ayant un TSA répondant aux critères de la DI en bas âge pourraient répondre de façon différente aux programmes d'intervention, il est ainsi important de prendre en considération ce diagnostic dès le plus bas âge (Rivard et coll., 2012b).

Plus directement concernant les TC, les données de prévalence des quelques études couvrant l'enfance et les TSA se situent en général à plus de 60 % des enfants (Gurney, McPheeters et Davis, 2006; Icasiano et coll., 2004). Une étude de Wilkins et Macken (2009), répliquée par Jang et coll. (2011), rapporte que 94,3 % des 182 enfants âgés de 2 à 17 ans participants montrent au moins une forme de TC.

Concernant plus directement les troubles anxieux, les études montrent que les enfants ayant un TSA en présentent davantage que leurs pairs dans la population générale (Kim et coll., 2000; Rivard, Paquet et Mainville, 2011; Weisbrot et coll., 2005). Cette prévalence varie néanmoins beaucoup selon les études, soit de 7 % à 84 % (voir Rivard, Paquet et Mainville, 2011).

__ÉLÉMENTS EN LIEN AVEC L'ÉVALUATION DES TROUBLES CONCOMITANTS EN AUTISME

L'évaluation des troubles concomitants en autisme est complexe. Dans un article portant sur les conditions psychiatriques concomitantes aux TSA, Amr et coll. (2012) énumèrent certains défis qu'elle soulève. Dans un premier temps, les difficultés de communication présentes dans les TSA complexifient l'évaluation diagnostique de troubles de santé mentale. Ces difficultés peuvent, par exemple, interférer avec la capacité des enfants à rapporter leurs symptômes. Or, l'établissement de certains diagnostics proposés par le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM-IV-TR; APA, 2004), tels que les troubles anxieux, repose en partie sur des informations autorapportées (Rivard et coll., 2011; Sénécal, Paquet et Rivard, 2011). Le rapport de ces informations nécessite que l'enfant ait un niveau de fonctionnement intellectuel et de communication qui lui permet de discuter de facteurs internes associés à sa détresse, par exemple. Il faut savoir que certaines adaptations au DSM-IV-TR et de la Classification internationale des maladies (CIM-10) ont été proposées afin de faciliter le processus d'évaluation diagnostique de troubles de santé mentale chez les personnes ayant des retards de développement (Cooray et coll., 2007; Morin et coll., 2010; Royal College of Psychiatrists, 2001; Sturme, 2007).

Le deuxième défi mentionné par Amr et coll. (2012) est associé à l'hétérogénéité caractéristique des TSA. Dans un premier temps, le défi vient de cette diversité que peuvent présenter les enfants ayant un TSA entre eux, notamment sur le plan du fonctionnement intellectuel et adaptatif. Les auteurs mentionnent que les effets de ces différences individuelles dans la présentation de troubles concomitants en autisme ne sont pas encore bien établis et que ces troubles peuvent s'actualiser de façon très différente d'une personne à l'autre. Dans un deuxième temps, le défi se présente aussi en regard des différences que peuvent présenter les personnes ayant un TSA par rapport à la population générale dans la présentation des symptômes du trouble concomitant. Aussi, tel que pour les personnes ayant une DI (voir Fletcher et coll., 2007; Morin et coll., 2010), l'établissement d'un diagnostic de santé mentale chez les enfants ayant un TSA est compliqué par le fait que la variété de symptômes qu'ils peuvent présenter pour un trouble en particulier peut différer des symptômes typiquement présentés pour ce trouble dans la population générale.

Un troisième défi discuté par les auteurs est que le DSM-IV-TR implique qu'un diagnostic pour certains troubles de santé mentale ne devrait pas être établi dans la pratique si les symptômes peuvent être expliqués par la présence d'un trouble plus sévère, tel que le TSA. Cela fait en sorte que les cliniciens peuvent attribuer l'ensemble des symptômes présentés par un enfant au portrait clinique des TSA. Ce phénomène fait référence au masquage diagnostique, soit la tendance à attribuer les symptômes présentés par la personne au diagnostic de TSA plutôt que d'y voir la possibilité d'un trouble concomitant (Sénécal et coll., 2011). Le DSM-IV-TR n'encourage pas le diagnostic de certains troubles chez les personnes qui ont un TSA tel que le trouble d'anxiété de séparation, le trouble d'anxiété généralisée, la phobie sociale ou encore le TDAH. Les auteurs mentionnent que cette décision n'est toutefois pas basée sur des données probantes et que de plus en plus d'auteurs considèrent que les troubles concomitants devraient être évalués et diagnostiqués chez les personnes ayant un TSA (Frazier et coll., 2001; Gillberg et Billstedt, 2000; Goldstein et Schwabach, 2004; Simonoff et coll., 2008). Le diagnostic de trouble concomitant devient justifié lorsque certains symptômes des TSA sont exacerbés, même s'ils font partie du tableau clinique de l'autisme, et qu'une détérioration du fonctionnement est observée avec le temps (Ghaziuddin, 2005).

Un quatrième défi nommé par Amr et coll. (2012) est que les symptômes des troubles concomitants et les déficits centraux des TSA peuvent se chevaucher et être difficiles à distinguer. Par exemple, la phobie sociale peut être difficile à différencier des déficits sociaux reliés à l'autisme, tandis que les troubles obsessionnels compulsifs ou les tics peuvent être difficiles à distinguer des comportements et intérêts stéréotypés (Zandt, Prior et Kyrios, 2007). Il est ainsi difficile de départager ce qui est la conséquence des symptômes centraux de l'autisme par rapport à la présence d'un deuxième diagnostic qui se surajoute à celui de TSA. Ajoutons à ce défi que les symptômes externalisés

(par exemple, l'hyperactivité, les comportements d'agressivité physique sur autrui) sont plus facilement détectés que les comportements internalisés chez les enfants ayant un TSA (Al-Salehi, Al-Hifthy et Ghaziuddin, 2009). Cela pour différentes raisons, dont le fait que les symptômes externalisés sont plus dérangeants pour les personnes de l'entourage de l'enfant, mais aussi parce que les symptômes internalisés peuvent être perçus comme inhérents aux TSA.

Amr et coll. (2012) mentionnent finalement que les travaux sur les troubles concomitants en autisme utilisent principalement des questionnaires sur les symptômes actuels de la personne. Très peu ont utilisé des entrevues semi-structurées pour confirmer le diagnostic du problème psychiatrique concomitant tel que décrit dans le DMS-IV-TR. Ainsi, ce que nous retenons par rapport à ce quatrième point est qu'il est primordial d'utiliser une diversité d'outils pour l'établissement d'un double diagnostic, tels que les entrevues, les questionnaires, les tests standardisés et l'observation directe (voir aussi Rivard et coll., 2011). Ajoutons qu'il faut néanmoins garder en tête qu'il y a peu d'outils d'évaluation de troubles concomitants qui soient adaptés aux enfants ayant un TSA et dont les normes ont été développées auprès de cette population (Farmer et Aman, 2011). L'utilisation d'outils développés pour les enfants ayant un développement typique devrait être faite avec précaution dans le cas d'enfants ayant une DI ou un TSA (Aman et coll., 1996; Borthwick-Duffy, Lane et Widaman, 1997; Dekker, Nunn et Koot, 2002; Farmer et Aman, 2011; Mahan et Matson, 2011; Rivard et coll., 2012). Amr et coll. (2012) mentionnent aussi dans ce quatrième point que la plupart des études sur les troubles concomitants incluent des groupes d'enfants âgés de 13 à 17 ans et de haut niveau de fonctionnement. Nous avons peu d'information chez les enfants de plus jeune âge et sur les personnes se situant à l'autre extrémité du continuum de l'autisme. Du point de vue clinique, cela implique qu'il faut être vigilant sur les signes qui pourraient laisser présager la présence d'un trouble concomitant dès le plus jeune âge et non seulement à partir de l'adolescence, malgré que les données de recherche se concentrent sur cette période. Cela implique, de plus, que nous devons être sensibilisés à la possible présentation de tels troubles chez les personnes ayant de plus bas niveaux de fonctionnement.

Pour conclure sur cette section portant sur l'évaluation des troubles concomitants en TSA, rappelons l'importance d'inclure plusieurs informateurs dans l'évaluation d'un deuxième diagnostic, tels que les parents, les enseignants, les intervenants et l'enfant lui-même (Rivard et coll., 2011). Aussi, tel que recommandé par Sullivan et coll. (2006), il est préconisé de faire une évaluation multidimensionnelle qui requiert que les psychologues portent une attention particulière aux facteurs biologiques, psychosociaux et environnementaux ainsi qu'à leurs interactions.

LE LIEN ENTRE LES SERVICES ET L'INTERVENTION

Le double diagnostic ou la présence de troubles concomitants en autisme entraînent des conséquences sur les services à offrir ainsi que sur l'intervention auprès de l'enfant. À ce sujet, une étude réalisée aux États-Unis montre que les enfants ayant un TSA et des conditions psychiatriques concomitantes reçoivent des services de moindre qualité que les enfants ayant un diagnostic de TSA sans trouble concomitant (Ahmedani et Hock, 2012). Des études montrent que, de façon générale, les besoins sur le plan de la santé mentale des personnes ayant une DI font l'objet d'une réponse inadéquate dans les services qui leur sont offerts (Balogh et coll., 2008; Ouellette-Kuntz, 2005). La présence de troubles concomitants semble ainsi influencer l'utilisation des services et la réponse des enfants à l'intervention (Ahmedani et Hock, 2012; Rivard et coll., accepté; Rivard et coll., soumis). Compte tenu de la prévalence très élevée des troubles concomitants chez les enfants ayant un TSA, les professionnels de la santé œuvrant en autisme devraient systématiquement procéder au dépistage d'autres troubles lors de l'évaluation diagnostique de TSA et lors de la planification des services et du traitement adapté (Ahmedani et Hock, 2012). Les systèmes de santé et de services sociaux et les traitements offerts devraient être sensibles à cette hétérogénéité clinique parmi les enfants ayant un TSA et la réponse offerte ne devrait pas être traitée comme si cette population était un groupe uniforme (Ahmedani et Hock, 2012). Les troubles concomitants chez les enfants ayant un TSA devraient être une cible d'intervention prioritaire (Amr et coll., 2012).

Bibliographie

- Ahmedani, B. K., et Hock, R.M. (2012). Health care access and treatment for children with co-morbid autism and psychiatric conditions. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology* 47, 1807-1814.
- Al-Salehi, S. M., Al-Hifthy, E. H., et Ghaziuddin, M. (2009). Autism in Saudi Arabia: Presentation, clinical correlates and comorbidity. *Transcultural Psychiatry*, 46, 340-347.
- Aman, M. G., Tassé, M. J., Rojahn, J., et Hammer, D. (1996). The Nisonger CBRF: A child behavior rating form for children with developmental disabilities. *Research in Developmental Disabilities*, 17, 41-57.
- American Psychiatric Association (2004). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (4^e édition révisée). Paris: Masson.
- American Psychiatric Association. (2013). Proposed revision - *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Retrieved from [www.dsm5.org/ProposedRevision/Pages/proposedrevision.aspx?rid=94].
- Amr, M., Raddad, D., El-Mehesh, F., Bakr, A., Sallam, K., et Amin, T. (2012). Comorbid psychiatric disorders in Arab children with Autism spectrum disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders* 6, 240-248.
- Autism Developmental Disabilities Monitoring Network (ADDM) (2007). Prevalence of autism spectrum disorders, autism and developmental disabilities monitoring network, 14 sites, United States, 2002. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 56, 12-28.
- Baird, G., Charman, T., Baron-Cohen, S., Cox, A., Swettenham, J., Wheelwright, S., et Drew, A. (2000). A screening instrument for autism at 18 months of age: a 6-year follow-up study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 694-702.
- Balogh, R., Ouellette-Kuntz, H., Bourne, L., Lunskey, Y., et Colantonio, A. (2008) Organising health care services for persons with an intellectual disability. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 4.
- Bertrand, J., Mars, A., Boyle, C., Bove, F., Yeargin-Allsopp, M., et Decoufle, P. (2001). Prevalence of autism in a United States population: The brick township, New Jersey, investigation. *Pediatrics*, 108, 1155-1161.
- Borthwick-Duffy, S. A., Lane, K. L., et Widaman, K. F. (1997). Measuring problem behavior in children with mental retardation: Dimensions and predictors. *Research in Developmental Disabilities*, 18, 415-433.
- Brereton, A. V., Tonge, B. J., et Einfeld, S. T. (2006). Psychopathology in children and adolescents with Autism compared to young people with intellectual disability. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 36, 863-870.
- Chakrabarti, S., et Fombonne, E. (2005). Pervasive Developmental Disorders in Preschool Children: Confirmation of High Prevalence. *The American Journal of Psychiatry*, 162, 1133-1141.
- Charman, T., Pickles, A., Simonoff, E., Chandler, S., Loucas, T., et Baird, G. (2011). IQ in children with autism spectrum disorders: Data from the Special Needs and Autism Project (SNAP). *Psychological Medicine*, 41, 619-627.

Bibliographie (suite)

- Cooray S. Cooper, S. A., Gabriel, S., Gaus, V. (2007). Anxiety disorders. In: Fletcher R, Loschen E, Stavrakaki C, First M, editors. *Diagnostic manual-intellectual disability: a textbook of diagnosis of mental disorders in persons with intellectual disability*. New York: NADD press, 317-349.
- Dekker, M. C., Nunn, R., et Koot, H. M. (2002). Psychometric properties of the revised Developmental Behaviour Checklist scales in Dutch children with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research*, 46, 61-75.
- Farmer, C. A., et Aman, M. G. (2011). Aggressive behavior in a sample of children with autism spectrum disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 5, 317-323.
- Fletcher, R., Loschen, E., Stavrakaki, C., et First, M. (2007). *Diagnostic Manual-Intellectual: a textbook of diagnosis of mental disorders in persons with intellectual disability*. Kingston, NY: National Association for the Dually Diagnosed.
- Fombonne, E. (2001). Epidemiological Investigations for Autism and Pervasive Developmental Disorders', chapter prepared for the National Academies Committee on Educating Children with Autism, in C. LORD (ed.) *Educating Children with Autism*. Washington, DC: National Academy of Sciences Press.
- Fombonne, E. (2003). Epidemiological surveys of autism and other pervasive developmental disorders: An update. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 33, 365-382.
- Frazier, J. A., Biederman, J., Bellordre, C. A., Garfield, S. B., Geller, D. A., Coffey, B. J., et Faraone, S. V. (2001). Should the diagnosis of attention deficit/hyperactivity disorder be considered in children with pervasive developmental disorder? *Journal of Attention Disorders*, 4, 203-211.
- Gadow, K. D., DeVincent, C., Pomeroy, J., et Azizian, A. (2004). Psychiatric symptoms in preschool children with PDD and clinic and comparison samples. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 34, 379-393.
- Ghaziuddin, M. (2005). *Mental health aspects of autism and Asperger syndrome*. London and Philadelphia: Jessica Kingsley Publishers.
- Ghaziuddin, M., Tsai, L., et Ghaziuddin, N. (1992). A comparison of the diagnostic criteria for Asperger syndrome. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 22, 643-649.
- Gillberg, C., et Billstedt, E. (2000). Autism and Asperger syndrome: Coexistence with other clinical disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102, 321-330.
- Gillberg, C., et Coleman, M. (1992). *The biology of the autistic syndromes* (2nd ed.). London: Mac Keith Press.
- Goin-Kochel, R. O., Peters, S. U., et Treadwell-Deering, D. (2008). Parental reports on the prevalence of co-occurring intellectual disability among children with autism spectrum disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 2, 546-556.
- Goldstein, S., et Schwebach, A. (2004). The comorbidity of pervasive developmental disorders and attention deficit hyperactivity disorder: Results of a retrospective chart review. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 34, 329-339.
- Gurney, J. G., McPheeters, M. L., et Davis, M. M. (2006). Parental report of health conditions and health care use among children with and without autism: National Survey of Children's Health. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 160, 825-830.
- Icasiano, F., Hewson, P., Machel, P., Cooper, C., et Marshall, A. (2004). Childhood autism spectrum disorder in the Barwon region: a community based study. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 40, 696-701.
- Jang, J., Dixon, D. R., Tarbox, J., et Granpeesheh, D. (2011). Symptoms severity and challenging behavior in children with ASD. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 5, 1028-1032.
- Jones, W., Klin, A. (2009). Heterogeneity and homogeneity across the autism spectrum: the role of development. *Journal of the American Academy of Child Adolescent Psychiatry*, 48, 471-473.
- Joshi, G., Petty, C., Wozniak, J., Henin, A., Fried, R., Galdo, M., ... Biederman, J. (2010). The heavy burden of psychiatric comorbidity in youth with autism spectrum disorders: a large comparative study of a psychiatrically referred population. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 40, 1361-1370.
- Kim, J. A., Szatmari, P., Bryson, S. E., Streiner, D. L., et Wilson, F. J. (2000). The prevalence of anxiety and mood problems among children with autism and Asperger syndrome. *Autism*, 4, 117-132.
- Kogan, M. D., Blumberg, S. J., Scheive, L. A., Boyle, C. A., Perrin, J. M., Ghandour, R. M., ... van Dyck, P. C. (2009). Prevalence of parent-reported diagnosis of autism spectrum disorder among children in the U.S. 2007. *Pediatrics*, 124, 19-26.
- Krauss, M. W., Gullely, S., Sciegaj, M., et Wells, N. (2003). Access to specialty medical care for children with mental retardation, autism, and other special health care needs. *Mental Retardation*, 41, 329-339.
- Mahan, S., et Matson, J. L. (2011). Children and adolescents with autism spectrum disorders compared to typically developing controls on the Behavioral Assessment System for Children, Second Edition (BASC-2). *Research in Autism Spectrum Disorders*, 5, 119-125.
- Maston, J., Wilkins, J., et Macken, J. (2009). The relationship of challenging behaviors to severity and symptoms of autism spectrum disorders. *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities*, 2, 29-44.
- McIntyre, L. L. (2011). Dual Diagnosis and Families: Introduction to the Special Issue. *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities*, 4, 135-139.
- McIntyre, L. L., Blacher, J., et Baker, B. L. (2002). Behaviour/mental health problems in young adults with intellectual disability: The impact on families. *Journal of Intellectual Disability Research*, 46, 239-249.
- Morin, D., Cobigo, V., Rivard, M., et Lépine, M. (2010). Intellectual disabilities and depression: how to adapt psychological assessment and intervention. *Canadian Journal of Psychology*, 51, 185-193.
- Ouellette-Kuntz, H. (2005). Understanding health disparities and inequities faced by individuals with intellectual Disabilities. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 18, 113-121.
- Rivard, M., Dionne, C., et Morin, D. (2012). Les troubles du comportement chez les jeunes enfants ayant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme : les défis associés à la recherche et les besoins perçus par les intervenants. *Revue francophone de la déficience intellectuelle*, 23, 85-92.
- Rivard, M., Dionne, C., Morin, D., et Gagnon, M.-A. (à paraître). Perceptions du personnel des centres de réadaptation en déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement quant aux troubles du comportement chez les jeunes enfants. *Revue de Psychoéducation*, 42.
- Rivard, M., Forget, J., Giroux, N., Regli, G., et Kerr, K. (soumis). Children with autism spectrum disorders: social and verbal behavior changes during intervention.
- Rivard, M., Paquet, A., et Mainville, J. (2011). Thérapies cognitivo-comportementales pour les troubles anxieux chez les enfants et les adolescents ayant un trouble du spectre de l'autisme. *Journal de thérapie comportementale et cognitive*, 21, 97-102.
- Rivard, M., Parent-Boursier, C., Terroux, A., et Mercier, C. (accepté). Socioaffective competencies of children with autism spectrum disorders in day care settings. *Journal on Developmental Disabilities*.
- Rivard, M., Parent-Boursier, C., Terroux, A., et Mercier, C. (juillet, 2012a). *Intellectual disabilities in young children with ASD: Description of intellectual and adaptive profiles*. Communication par affiche présentée au 14^e congrès mondial de l'International Association for the Scientific Study of Intellectual Disabilities (IASSID), 9-14 juillet 2012, Halifax, Canada.
- Rivard, M., Parent-Boursier, C., Terroux, A., et Mercier, C. (juin 2012b). *Progression of intellectual and adaptive profiles in young children with Autism during an early intensive behavioural intervention program*. Communication par affiche présentée au 134^e congrès annuel de l'American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD), 18-21 juin 2012, Charlotte, Caroline du Nord, États-Unis.
- Royal College of Psychiatrists. (2001). DC-LD (Diagnostic criteria for psychiatric disorders for use with adults with learning disabilities/mental retardation). London: Gaskell.
- Sénécal, P., Paquet, A., et Rivard, M. (2011) Évaluation et traitement de l'anxiété chez les personnes ayant une déficience intellectuelle. *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, 21, 103-108.
- Simonoff, E., Pickles, A., Charman, T., Chandler, S., Loucas, T., Baird, G. (2008). Psychiatric disorders in children with autism spectrum disorders: prevalence, comorbidity, and associated factors in a population-derived sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 47, 921-929.
- Sturmeijer, P. (2007). Diagnosis of mental disorders in people with intellectual disabilities. In: Bouras N, Holt G, editors. *Psychiatric and behavioural disorders in intellectual and developmental disabilities*. 2nd ed. New York: Cambridge, 3-23.
- Sullivan, W. F., Heng, J., Cameron, D., Lunsky, Y., Cheetham, T., Hennen, B., ... Swift, I. (2006). Consensus guidelines for primary health care of adults with developmental disabilities. *Canadian Family Physician*, 52, 1410-1418.
- Weisbrot, D. M., Gadow, K. D., DeVincent, C. I., et Pomeroy, I. (2005). The presentation of anxiety in children with pervasive developmental disorders. *Journal of Child Adolescent Psychopharmacology*, 15, 477-496.
- Zandt, F., Prior, M., et Kyrios, M. (2007). Repetitive behaviour in children with high functioning autism and obsessive compulsive disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 37, 251-259.

Psychothérapie Corporelle Intégrée

www.institutpci.com

Montréal
(514) 383-8615

Extérieur de Montréal
1-877-383-8615

2500 Henri-Bouasse Est,
Bureau 101, Montréal (Qc)
H3B 1V3

■ **Reconnu par l'OPQ pour la formation continue**

Des concepts et des outils concrets pour intégrer activement et consciemment le corps dans le processus de régulation affective en relation

- Les 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
- La respiration pour réguler l'expérience émotionnelle

Atelier d'introduction aux outils de base de la PCI (13 heures)
Formation de base en Psychothérapie Corporelle Intégrée - Bloc 1 (90 heures)

Formation de 13 heures

Montréal
4-5 mai 2013

Formation de 90 heures

Montréal
début le 13 septembre 2013

Développée depuis 1985

Une synthèse de plusieurs approches psychologiques (Gestalt, recherche, psychologie du Soi, relations objectives) et de plusieurs techniques permettant d'enseigner 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 du sens du bien-être les neurosciences actuelles.

Programme offert au Québec et en Belgique.

André Duchesne, psychologue, directeur de l'IPQ

NOUVELLE FORMATION SUR LA PLEINE CONSCIENCE (*MINDFULNESS*)

Intervenir par et sur les émotions

D^r Pierre Philippot,
professeur à l'Université de Louvain
et président de l'Institut des sciences
psychologiques



Le D^r Philippot est également
président du National Science
Foundation Research Master
et auteur du livre *Émotion
et psychothérapie* chez
Mardaga (2011, 2^e édition).
Sa biographie complète
est disponible au

www.cps-emotions.be/pierre_philippot.

Devant l'importante popularité qu'a connu cet atelier au congrès, l'Ordre organise une nouvelle formation avec le psychologue belge reconnu internationalement pour ses travaux sur la pleine conscience, le D^r Pierre Philippot. La pleine conscience est une méthode d'intervention psychologique qui peut être utilisée avec tous les modèles théoriques. Elle vise à favoriser une meilleure régulation émotionnelle et peut être bénéfique dans le traitement de différentes problématiques, dont le stress et la dépression.

Après avoir été considérées comme des phénomènes secondaires pendant des décennies, les émotions font maintenant l'objet d'un intérêt croissant en psychothérapie. En particulier, elles sont au centre des interventions dites « de troisième vague » en TCC, mais aussi des nouvelles approches humanistes et centrées sur la personne. Le but de cet atelier est de fournir aux psychologues cliniciens les bases conceptuelles et les outils pratiques pour intervenir sur les émotions, en recourant aux processus émotionnels.

L'atelier est divisé en trois parties. La première, plus courte, est consacrée à la présentation des concepts et théories émotionnels pertinents dans la pratique clinique. Seront développés en particulier une théorie de l'évaluation émotionnelle (*appraisal*) et un modèle multiniveaux de la régulation des émotions. La seconde partie aborde la conceptualisation de cas, en référence à l'émotion comme paradigme. En un premier temps, nous aborderons l'exploration des émotions et les différents outils qui la permettent. En un second temps, nous développerons la modélisation de cas, sur la base des modèles des émotions. Enfin, une troisième partie est dévolue aux interventions par et sur les émotions. Nous y développerons principalement les interventions consacrées à la reconnaissance et à l'exploration des émotions et celles centrées sur l'exposition et l'acceptation émotionnelles. Les interventions basées sur le ré-entraînement des biais et déficits des processus cognitifs impliqués dans la régulation des émotions seront évoquées, mais pas détaillées. L'atelier combinera présentations théoriques, exposés de cas, exercices et jeux de rôles en sous-groupes.

Date : Le mercredi 10 avril 2013
Lieu : Hôtel Fairmont Le Reine Elizabeth, à Montréal
Heure : 9 h à 16 h 30
Prix : 172,46 \$, taxes et dîner inclus
Nombre d'heures reconnues en formation continue en
psychothérapie : 6 heures
Pour s'inscrire : www.ordrepsy.qc.ca/pleineconscience



LES LIGNES DIRECTRICES SUR L'ÉVALUATION DES TROUBLES DU SPECTRE DE L'AUTISME

Publiées il y a maintenant un an, les lignes directrices sur l'évaluation des troubles du spectre de l'autisme (TSA) font notamment état de la possibilité de livrer des conclusions provisoires sur la présence d'un TSA. Ces conclusions provisoires, s'appuyant sur l'histoire du développement de l'enfant et l'observation systématisée et rigoureuse de ses comportements, peuvent suffire au psychologue pour livrer une conclusion dite alors provisoire; les services nécessaires pourront ainsi être offerts sans attendre que la démarche évaluative soit complétée.

Dans un document d'une quarantaine de pages divisé en quatre sections distinctes, le Collège des médecins du Québec et l'Ordre des psychologues du Québec guident leurs membres dans leur démarche d'évaluation des TSA chez l'enfant et l'adolescent. Dans la première section, les lignes directrices font un état de la situation et un survol de ce qui fait consensus en matière de terminologie, d'étiologie, d'épidémiologie et de critères diagnostiques. La seconde section aborde la surveillance et le dépistage des TSA; les professionnels qui ne sont pas familiarisés avec cette problématique seront ainsi sensibilisés. La troisième section présente la démarche rigoureuse et structurée qu'ils doivent effectuer pour conclure à la présence de TSA. La quatrième et dernière section expose quant à elle l'importance du travail interdisciplinaire ou multidisciplinaire.

Pour consulter les lignes directrices : www.ordrepsy.qc.ca/lignestsat



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 quinze 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
■ 10 mai et 7 juin 2013



D^{re} Katherine Moxness / Psychologue

D^{re} Moxness se consacre au traitement, au soutien et à l'étude des personnes présentant des troubles du spectre de l'autisme (TSA). Directrice des services professionnels au Centre de réadaptation de l'Ouest de Montréal, elle est professeure adjointe à l'Université McGill et auteure de plusieurs articles. Depuis des années, D^{re} Moxness milite pour un meilleur accès aux services. Elle a d'ailleurs collaboré à faire reconnaître la compétence du psychologue pour diagnostiquer les TSA.

Vivre avec un enfant présentant un trouble du spectre de l'autisme : l'impact sur les familles

Les études le disent clairement : les parents d'enfants présentant une déficience ont généralement un plus haut degré de stress que les parents d'enfants se développant normalement. Et quand la déficience fait partie du spectre de l'autisme, les parents rapportent un stress encore plus élevé que les parents d'enfants qui présentent une déficience (Eisenhower, Baker et Blacher, 2005; Sivberg 2006, Yirmiya et Shaked, 2005). Pour les professionnels en santé mentale, ces résultats nous indiquent clairement les lignes directrices en rapport aux interventions à instaurer auprès des familles dont un ou plusieurs enfants présentent un trouble du spectre de l'autisme (TSA).

Nous savons que « le fonctionnement et le stress parental sont associés à des aspects particuliers des symptômes du TSA de leur enfant. Chez les enfants plus jeunes, âgés de moins de deux ans, le stress parental est corrélé aux symptômes sociaux et émotionnels démontrés par leur enfant, tel un manque de communication ou de réciprocité socio-émotionnelle. Dès que l'enfant devient plus vieux (et physiquement plus imposant), le stress parental semble être plus relié aux problèmes de comportements externalisés de leur enfant, tels des épisodes de comportements d'agressivité... Le stress des parents peut aussi être relié à leurs expériences avec les professionnels de la santé, surtout au moment de l'annonce du diagnostic » (traduction libre, Reed et Osbourne 2012, p. 928; Poirier et Goupil, 2008).

Il est important aussi de reconnaître que les parents d'enfants présentant un TSA font face à une magnitude d'émotions. Même avant l'annonce du diagnostic de leur enfant, la plupart de ces parents se sont questionnés sur son développement, à savoir s'il se développait selon les étapes développementales typiques ou s'il présentait des signes de difficulté (c.-à-d. des comportements « bizarres », un retard dans la communication, la socialisation et les comportements). Compte tenu de ces doutes, les parents et les proches de la famille peuvent avoir initialement mis de côté leurs inquiétudes, ce qui, en soi, peut aussi provoquer différentes émotions (c.-à-d. culpabilité, frustration, manque de confiance dans leurs habiletés parentales, sentiment d'isolement ou d'impuissance). Et lorsque le diagnostic de leur enfant est confirmé, les émotions vécues par ces parents peuvent alors inclure l'anxiété, la déception, la culpabilité, la peur,

l'isolement, l'impuissance, la vulnérabilité, le deuil, un sentiment de pertes récurrentes à chaque stade de développement et un sentiment d'incompétence parentale.

LES FACTEURS DE STRESS DES PARENTS

Plusieurs études tentent de comprendre les processus par lesquels les parents s'adaptent et démontrent des comportements de résilience à l'égard des nombreux facteurs de stress associés au simple fait d'élever un enfant présentant un TSA. Des modèles théoriques ont étudié l'impact de ces facteurs, tels que le niveau intellectuel de l'enfant, la sévérité des problèmes de comportement, les comportements adaptatifs et le degré d'autonomie de l'enfant, et leur impact sur le degré de stress et la capacité de résilience des parents (Perry, 2004). Les résultats démontrent que si l'enfant qui présente un TSA a aussi un problème de comportement associé, la capacité des parents à rester en santé est compromise. De plus, les résultats indiquent que si les troubles de comportement de l'enfant augmentent en gravité et en intensité, leur impact sur les parents devient encore plus compromettant : leur degré de stress augmente, leur capacité parentale ainsi que leur qualité de vie diminuent, leur vie de couple devient affectée et la probabilité de développer une problématique de santé mentale augmente. De plus, le degré de stress parental est corrélé positivement à la capacité de l'enfant et aux résultats des interventions offertes (Osborne et coll., 2008), ce qui en fait donc un élément important à prendre en considération dans l'intervention auprès de ces familles. Il est donc impératif de ne pas seulement mettre l'accent sur les déficits reliés au TSA, mais de porter aussi attention aux comportements et déficits qui affectent les parents.

Des chercheurs ont d'ailleurs récemment démontré que l'acceptation psychologique du diagnostic, ainsi que le concept d'*empowerment*, étaient négativement corrélés au degré de sévérité d'une problématique de santé mentale (Weiss et coll., 2012, p. 1). Encore plus important est le fait que l'acceptation psychologique est un médiateur dans les habiletés de résilience (*positive coping*) pour les parents de jeunes présentant un TSA. Les professionnels de la santé doivent donc être sensibilisés aux processus psychologiques ayant un impact sur les parents et sur leur habileté à gérer leur degré de stress, pour ensuite en tenir compte dans leurs plans d'intervention et leurs plans de services. Tel que souligné plus haut, il existe de nombreux facteurs ayant un impact sur le degré de stress de la famille et qui pourraient

amener les familles dans des états de crise. Ces facteurs incluent le moment de l'annonce du diagnostic, la confirmation de leur sentiment de perte, l'énergie continuelle mise au cœur des soins de l'enfant ayant le diagnostic, la poursuite perpétuelle de soutien et d'assistance dans l'obtention de services pouvant répondre aux besoins de leur enfant tout en devant faciliter son développement, ses apprentissages et son intégration non seulement familiale, mais aussi sociale (Guralnick, 2000).

Dans la prestation de services et le soutien aux familles, il est aussi important d'être sensibilisé au fait que l'unité familiale et systémique peut soit promouvoir la santé ou y créer des obstacles. Des antécédents internes ou externes peuvent alors provoquer une crise familiale. Une famille ayant un pauvre réseau social, qui s'est éloignée de sa famille élargie ou de ses amis, ou dont la famille et les amis ont diminué leur implication (en raison d'un inconfort envers l'enfant qui présente un TSA, par exemple), est à risque de sombrer dans une détresse psychologique et de faire l'expérience d'une crise familiale. Les antécédents externes peuvent amener ces familles à vivre des moments de crise en raison d'un manque de services et de longues listes d'attente.

_ÉVALUER LES FAMILLES

La clé de l'intervention est d'avoir une compréhension exhaustive de l'unité familiale en suivant une approche centrée sur la famille. Les professionnels de la santé qui travaillent auprès de ces familles doivent intervenir non seulement auprès de l'enfant, mais aussi auprès de leurs parents. L'évaluation d'un enfant qui présente un TSA requiert des professionnels une analyse des mécanismes de résilience des parents (processus psychologiques), l'évaluation de la qualité du lien parent-enfant, la capacité de la famille à orchestrer les expériences de l'enfant et la capacité des parents à répondre aux besoins de santé et de sécurité de l'enfant. Les outils tels l'Indice de stress parental (PSI-4; Abidin, 1995), le questionnaire sur l'acceptation et l'action II (AAQ-II; Bond et coll., sous presse), la Family Empowerment Scale (FES; Koren, DeChillo et Friesen, 1992) et l'échelle de détresse psychologique de Kessler (K6; Kessler et coll., 2003) peuvent aussi aider les professionnels et les familles à situer et à mieux comprendre leur réalité, pour ensuite proposer des objectifs d'intervention en fonction des besoins des parents.

Les professionnels ont besoin d'être sensibilisés à la complexité des besoins de soutien des parents qui ont un enfant qui présente un TSA. Généralement, la presque totalité des interventions

SUPERVISION CLINIQUE

Comme thérapeute il vous est sans doute arrivé d'éprouver un sentiment

- D'impuissance devant des impasses thérapeutiques
- De doute quant à vos habiletés cliniques
- D'échec face à un abandon de traitement ou à un suicide

Vous aimeriez avoir la possibilité de réfléchir sur votre façon

- D'établir et de maintenir le cadre thérapeutique
- De poser un diagnostic clinique et de travailler les défenses
- De conserver votre neutralité et votre empathie



Pour plus d'informations :
Bernard Couët, M.Ph., psychologue
Tél. 514-277-5970
Courriel: bernardcouet@hotmail.com

Cadre

Cette supervision vous offre un espace de réflexion et d'intégration sécuritaire qui vous permettra de développer une meilleure conscience de vous en interaction avec un patient et d'adopter une position réflexive.

Modalités

La réflexion portera sur les enjeux relationnels du patient, son organisation interne et l'incidence des affects sur l'activation des dyades dans la relation patient/thérapeute, au cours d'une séance.

Superviseur

Bernard Couët est psychologue et psychothérapeute psychanalytique, en pratique clinique depuis plus de 30 ans. D'abord formé en Gestalt, il s'est ensuite tourné vers l'approche psychodynamique et s'est spécialisé dans les troubles psychosomatiques. Il a récemment complété une formation sur la psychothérapie des troubles de personnalité, focalisée sur le transfert et la relation d'objet (TFP), donnée par le groupe du docteur Otto Kernberg, M.D. du «College Medical de Weill de l'Université Cornell». Il a été supervisé par les docteurs Frank E. Yeomans, M.D., Ph.D. et Lina Normandin, Ph.D.

concernent l'enfant. Les programmes d'intervention précoce ont démontré leur impact positif sur le pronostic. La qualité de cet impact est cependant influencée par la qualité de la santé mentale de la famille, d'où l'importance d'offrir un soutien d'intensité égale aux parents comme aux enfants. Les parents ont besoin d'être informés sur les besoins de leur enfant à travers tous les stades de développement. Ils ont besoin d'être soutenus dans le développement de leurs capacités parentales et ils ont besoin d'être écoutés et compris dans leur réalité. L'offre de thérapies mettant l'accent sur le bien-être des parents d'enfants présentant un TSA va de pair avec le bien-être de ces familles et de leurs enfants.

L'aide aux familles dans l'identification de stratégies favorisant la résilience doit être inhérente aux services offerts. Les stratégies présentées pourront inclure l'identification de différentes techniques de relaxation, d'imposition de limites pour sauvegarder leur santé mentale, l'instauration de temps de couple de qualité ou l'enseignement d'interventions comportementales positives. Des thérapies ou psychothérapies pourraient être nécessaires chez certaines familles. Quelques études démontrent d'ailleurs que les enfants de parents ayant reçu des services de psychothérapie réussissent mieux que les enfants dont les parents n'ont pas eu accès à ce type de service (Reed et Osbourne, 2012).

Selon le modèle de l'organisation des services de santé au Québec, les professionnels mandatés au soutien des familles ayant un enfant TSA se trouvent en première ligne (CSSS), en deuxième ligne (centres de réadaptation en déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement [DI-TED]) et en troisième ligne (centres hospitaliers) ou en pratique professionnelle privée. Ces familles font face à des défis à long terme et les professionnels œuvrant auprès d'elles ne devraient pas minimiser leurs difficultés émotionnelles. Ces familles ont besoin d'une occasion d'explorer l'impact du diagnostic sur leur vie, les processus de pertes et de

deuils (incluant les concepts de deuils complexes) et les sentiments de deuil associés à la perte de l'« enfant parfait », et ce, avec le soutien de professionnels qui comprennent la trajectoire et la complexité de leur réalité à long terme. Les soutiens psychologiques et psychosociaux ainsi que des programmes d'éducation parentale (acceptation du diagnostic, techniques de gestion du comportement, etc.) combinés à l'enseignement des compétences parentales positives peuvent favoriser un impact positif sur la santé mentale des parents en leur permettant de rester engagés dans le développement de leur enfant.

Malgré toute cette littérature et toutes les recherches existantes dans le domaine des TSA et de leur impact sur les familles, de nombreuses questions subsistent. Par exemple, bien que nous sachions que ces familles ont besoin de soutien psychologique et psychosocial pour amener de meilleurs résultats chez les enfants et leurs familles, leur offrons-nous assez de soutien? Est-ce que l'intensité du soutien offert est suffisante? Les aidons-nous?

En terminant, il est clair que les services actuels ne sont pas organisés pour assurer un plan de service familial, puisqu'ils visent typiquement les besoins individuels de l'enfant. Le système ne prend pas en compte le fait que l'enfant vit entouré de sa famille et que sa famille devient partie prenante de son bien-être. Le ministère reconnaît les parents comme aidants naturels et souligne qu'ils jouent un rôle majeur auprès de leurs enfants. Les intervenants qui travaillent avec les enfants établissent des objectifs et des attentes envers les parents alors que ces derniers sont déjà dépassés par la situation. De plus, lorsque le plan d'intervention n'est pas suivi à la lettre, on a tendance à cibler les parents. Dans le rapport de Michel Langlais (2012), « Un geste porteur d'avenir », il est aussi souligné que « les besoins psychosociaux sont importants et méritent d'être répondus », surtout pour les familles qui ont des situations complexes comme celles d'avoir un enfant avec des troubles graves du comportement ou

L'ÉVÉNEMENT CARRIÈRES

4 SALONS DE L'EMPLOI SOUS LE MÊME TOIT | 160 EXPOSANTS
2 000 POSTES OFFERTS

Salon **Emploi**
de la **santé**
et des services sociaux
5^{ème} édition

Faites rayonner votre talent!

Les psychologues sont en demande!
Ne manquez pas ce rendez-vous!



Inscrivez-vous gratuitement ►

Mercredi 10 avril
de 12h à 19h
Jeudi 11 avril
de 10h à 17h

Palais des congrès
de Montréal

Métro Place d'Armes 📍
Entrée gratuite!

ecarrieres.com

plusieurs enfants avec un TSA. Il faut absolument modifier notre paradigme de modèle et d'organisation de services pour être en mesure de répondre aux besoins identifiés et observés dans toutes ces études et dans nos pratiques. Nous devons viser un plan d'intervention et de services centré sur la famille qui inclut avec intensité les besoins psychologiques des parents. En changeant notre perspective, nous serons alors mieux en mesure de changer et d'adapter les services en place pour répondre à ces besoins. Nous devons alors développer une synergie et une intensité de services autour de ces familles.

Bibliographie

Abidin, R.R. (1995). *Parental Stress Index* (3^e édition). Luz, FL: Psychological Assessment Resources.

Bond, F.W., Hayes, S.C., Baer, R.A., Carpenter, K.M., Guenole, N., Orcutt, H.K., et coll. (sous presse) Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: A revised measure of psychological flexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy*.

Eisenhower, A.S., Baker, B.L., Blacher, J. (2005). Preschool children with intellectual disability: syndrome specificity, behaviour problems, and maternal well-being. *Journal of Intellectual Disabilities*, 49, 657-671.

Guralnick, M.J. (2000). An agenda for change in early childhood inclusion. *Journal of Early Intervention*, 23, 213-222.

Kessler, R.C., Barker, P.R., Colpe, L.J., Epstein, J.F., Gfroerer, J.C., Hiripi, E., et al. (2003). Screening for serious mental illness in the general population. *Archives of General Psychiatry*, 60(2): 184-189.

Koren, P.E., DeChillo, N., et Friesen, B.J. (1992). Measuring empowerment in families whose children have emotional disabilities: a brief questionnaire. *Rehabilitation Psychology*, 37(4): 305-321

Osborne, L.A., McHugh, L., Saunders, J., et Reed, P. (2008). Parenting stress reduces the effectiveness of early teaching interventions for autism spectrum disorders. *Journal of Autism and Developmental Disabilities*, 38, 1092-1103

Perry, A. (2004). A model of stress in families of children with developmental disabilities: Clinical and research applications. *Journal of Developmental Disabilities*, 11(1): 1-16.

Poirier, A. et Goupil, G. (2008). Perception des parents québécois sur l'annonce d'un diagnostic de trouble envahissant du développement. *Journal of Developmental Disabilities*, 14, 29-38.

Reed, P. et Osbourne, L. (2012). Diagnostic practice and its impact on parental health and child behaviour problems in autism spectrum disorders. *Arch Dis Child* 2012 97:927-931.

Sivberg, B. (2006). Coping strategies and parental attitudes, a comparison of parents with autism spectrum disorders and parents with non-autistic children. *International Journal of Circumpolar Health*, 61, 36-50.

Weiss, J.A., Cappadocia, C., MacMullin, J.A., Viecili, M., Lunskey, Y. (2012). The impact of child problem behaviors of children with ASD on parent mental health: the mediating role of acceptance and empowerment. *Autism*, 16 (3), 261-274.

Yirmiya, N. et Shaked, M. (2005). Psychiatric disorders in parents of children with autism: a meta-analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46, 69-83.



Formation continue

La Cohérence Cardiaque Professionnelle





Formateur, Docteur David O'Hare, médecin
Spécialisé en psychothérapie cognitive et comportementale. Domaine du stress, de l'aide à la prise de décision et des troubles du comportement alimentaire. Co-fondateur et actuel directeur pédagogique de l'Institut de Médecine Intégrée à Paris, fondé avec Dr David Servan-Schreiber, psychiatre. Le Dr O'Hare est l'auteur de quatre livres sur la cohérence cardiaque et ses applications.

Numéro de reconnaissance : RA00136-12
14 heures de formation continue en psychothérapie reconnue par l'ordre des psychologues du Québec.

PROCHAINES FORMATIONS À MONTRÉAL
9 & 10 mars 2013 17 & 18 mai 2013
Autres possibilités : Québec, Sherbrooke et Gatineau

Objectifs :

- Comprendre les bases physiologiques de la variabilité de la fréquence cardiaque en tant que marqueur reconnu de la santé physique et psychologique (plus de 10 000 études publiées).
- La notion de Cohérence Cardiaque comme outil de gestion émotionnelle du stress et de ses conséquences. Les exercices de respiration guidée inductrice de l'état de cohérence cardiaque.
- Développer les capacités à mettre en place la pratique régulière de la Cohérence Cardiaque chez les clients.
- L'évaluation du patient au moyen d'un logiciel de biofeedback par la variabilité cardiaque.

La Cohérence Cardiaque a été popularisée par David Servan-Schreiber en tant que méthode simple pour gérer le stress. Le biofeedback par Cohérence Cardiaque est un outil puissant pour tous les intervenants professionnels. La formation spécifique « psychologues » présente les possibilités d'apprentissage, d'évaluation et d'accompagnement par un logiciel de Cohérence Cardiaque et l'enseignement d'une pratique personnelle simple et accessible à tous dans des indications cliniques débordant largement le stress.

Informations et inscription : www.equilibios.com/formations/ info@equilibios.com (514) 932-4744



D^{re} Nathalie Garcin / Psychologue

D^{re} Garcin est directrice générale du Centre Gold, organisme sans but lucratif offrant des services spécialisés de formation, d'intervention et de soutien aux personnes ayant un trouble du spectre de l'autisme et d'autres troubles du développement et leurs familles. D^{re} Garcin est également co-auteur du document « Guide des pratiques exemplaires canadiennes en matière de dépistage, d'évaluation et de diagnostic des troubles du spectre de l'autisme chez les enfants en bas âge ». Récemment, elle a été nommée comme membre expert du Comité de surveillance des troubles du spectre de l'autisme de l'Agence de la santé publique canadienne. Pour en savoir plus : www.fondationmiriam.ca

Le psychologue et le diagnostic des troubles du spectre de l'autisme chez les enfants en bas âge

Les troubles du spectre de l'autisme (TSA) représentent un ensemble de troubles neurodéveloppementaux qui peuvent causer des déficits significatifs sur les plans sociocommunicatif et comportemental.

Le psychologue, depuis le mois de juin 2009, peut poser un « diagnostic psychologique » auprès des enfants atteints d'un trouble du spectre de l'autisme. Bien que les psychologues québécois aient pu accroître leur expertise clinique auprès de cette clientèle, avant 2009, le diagnostic était un acte réservé aux membres du Collège des médecins. La loi 21 a permis à l'Ordre des psychologues de bien représenter les connaissances qu'ont acquises ses membres auprès des personnes ayant un trouble du spectre de l'autisme. Le but ultime est l'engagement des psychologues envers le développement harmonieux des enfants : si l'on détecte les troubles de développement tôt (vers l'âge de 18 mois), il sera possible de mettre en place une série d'interventions précoces pouvant agir sur les délais de développement reconnus chez ces enfants.

À la lumière de ces nouvelles dispositions, il devenait nécessaire pour l'Ordre des psychologues, avec la contribution des membres du Collège des médecins qui œuvrent dans le dépistage et l'évaluation des troubles du développement, de fournir un cadre de référence commun en élaborant des lignes directrices. Ce document, intitulé « Les troubles du spectre de l'autisme, l'évaluation clinique – Lignes directrices », a donc été publié conjointement en janvier 2012.

Le but de cet article est de résumer, pour les lecteurs, les activités reconnues comme « étalon d'or » dans le domaine, mais également d'exposer quelles sont les nouveautés sur le plan de la recherche et du développement de connaissances qui auront un impact sur la pratique des psychologues québécois. Ce court article explorera donc différents thèmes : a) nouvelles épidémiologiques; b) changements nosologiques et sur le plan des systèmes de classification; c) les symptômes et leur évaluation; et d) la formation spécifique.

NOUVELLES ÉPIDÉMIOLOGIQUES

Depuis plus de 10 ans, le *Autism and Developmental Disabilities Monitoring (ADDM)* des *Centres for Disease Control and Prevention*

des États-Unis suit la progression épidémiologique des troubles du spectre de l'autisme avec des indicateurs analysés à partir de tous les dossiers de santé et scolaires des enfants âgés de 8 ans provenant de 14 communautés américaines (ce qui représente plus de 8 % de la population d'enfants américains âgés de 8 ans) (CDC, 2012¹). Ce groupe de chercheurs, qui analyse ces données annuelles depuis 2002, note que le taux de prévalence a augmenté de 78 % entre 2002 et 2008. En mars 2012, le taux de prévalence s'élevait à un enfant sur 88 (CDC, 2012²). Ils constatent que :

- cinq fois plus de garçons reçoivent un diagnostic de TSA;
- un plus grand nombre d'enfants sont identifiés en bas âge (avant l'âge de 3 ans), cependant, la majorité d'entre eux ne reçoivent leur diagnostic qu'à l'âge de 4 ans;
- en général, les enfants recevant un diagnostic d'autisme le reçoivent plus tôt que les enfants qui ont un autre trouble du spectre;
- la majorité des enfants ayant reçu un diagnostic de TSA ne présentent aucune déficience intellectuelle (62 %).

Les dernières données québécoises abondent dans ce sens. Une étude épidémiologique menée en Montérégie-Est dévoile également le même phénomène (Noiseux, 2008³). Les données ont été recueillies auprès du ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport ainsi que dans certains indicateurs de la Fédération québécoise des centres de réadaptation en déficience intellectuelle et troubles envahissants du développement (FQCRDITED) pour les années scolaires 2000-2001 à 2007-2008. Les taux de prévalence augmentent : « Depuis 2000-2001, il s'agit d'une augmentation annuelle moyenne du taux de prévalence de 23 %⁴ ». Les régions ayant les taux de prévalence les plus importants sont, en ordre décroissant : l'île de Montréal, Laval, les Laurentides et la Montérégie.

Au Canada, l'Agence de la santé publique du Canada a mis sur pied en 2011 un comité d'experts qui suivra l'évolution des taux de prévalence au pays. Le Comité de surveillance des troubles du développement de l'Agence de la santé publique du Canada a maintenant le mandat de collaborer à la mise en place d'un système de surveillance de la prévalence des troubles du spectre de l'autisme au pays⁵.

Plusieurs auteurs ont dégagé des hypothèses par rapport aux causes sous-jacentes à l'augmentation du taux de prévalence. Même si l'hypothèse de vaccins a été écartée depuis plusieurs années, d'autres indicateurs possibles sont soulevés pour tenter d'expliquer cette hausse. Ces indicateurs sont : une meilleure sensibilisation de la part des professionnels de la santé et une présence accrue de descriptions de symptômes accessibles sur le Web grâce aux campagnes de sensibilisation, mais les chercheurs étudient également l'apport des facteurs génétiques, biologiques et environnementaux. Il est clair pour la communauté scientifique que l'apport génétique est important dans la hausse des troubles du spectre de l'autisme. Nous savons que les familles ayant un enfant atteint d'un TSA sont plus à risque d'avoir un deuxième enfant présentant cette condition (1 : 5)⁶. Les personnes atteintes d'autres conditions génétiques (tels que le syndrome du X fragile, le syndrome de Down, le syndrome d'Angelman et la sclérose tubéreuse) sont également plus à risque de présenter un TSA. Dernièrement, la recherche a dévoilé que les pères âgés de 40 ans et plus ont six fois plus de chances d'avoir un enfant atteint d'un TSA, ce qui indique un lien possible entre les mutations spontanées des spermatozoïdes et les TSA⁷. Finalement, les enfants prématurés sont également plus à risque.

_CHANGEMENTS NOSOLOGIQUES ET SUR LE PLAN DES SYSTÈMES DE CLASSIFICATION

En mai 2013, postérieurement à la publication de cet article, une des autorités mondiales sur la classification des « troubles mentaux », l'American Psychiatric Association (APA), publiera la 5^e édition de son *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM5). Plusieurs changements importants seront dévoilés par rapport à la dernière édition du DSM, le DSM-IV-TR. Le comité de rédaction a étudié l'état actuel des connaissances, par le biais des données scientifiques les plus récentes, et a également invité les « experts » en la matière pour offrir leur point de vue par rapport au diagnostic des troubles du spectre de l'autisme. Cette communauté a reçu, en juin 2012, un aperçu de ce que le grand public verra dans la nouvelle édition qui sera lancée lors du congrès de l'APA en mai prochain.

À la lumière de l'information présentée en mai 2012⁸, on annonce que la nouvelle classification introduira, pour la première fois, la notion du « spectre de l'autisme », sous une grande catégorie de « troubles neurodéveloppementaux ». Les « troubles du spectre de l'autisme » regrouperont dans une seule catégorie inclusive toutes les catégories précédemment répertoriées au DSM-IV-TR sous la rubrique de troubles envahissants du développement. Donc, on parlera plutôt d'un diagnostic de trouble du spectre de l'autisme, sans préciser les catégories jusqu'à présent identifiées. Les diagnostics de trouble autistique, syndrome d'Asperger ou trouble envahissant du développement non spécifié, cesseront donc d'exister. Pourquoi? Parce qu'établir les différences entre les sous-types des TSA s'est révélé tout aussi difficile du point de vue de la recherche que de celui de la pratique.

La nouvelle classification postulera plutôt que les enfants présentant un trouble du spectre de l'autisme présentent des atteintes de la « communication sociale » et de « l'interaction sociale » accompagnées par des comportements « restreints ou répétitifs » comportant trois niveaux de sévérité : 1) requièrent un soutien; 2) requièrent un soutien important et 3) requièrent un soutien très important. Ce nouveau système de classification reflétera mieux les connaissances actuelles sur les troubles du spectre de l'autisme (APA, 2011)⁹.

_LES SYMPTÔMES ET LEUR ÉVALUATION

Le but ultime du processus clinique est 1) de conclure (ou non) sur la présence de symptômes qui sont reliés aux critères diagnostiques du DSM; 2) d'évaluer les troubles associés (s'il y a lieu) et 3) de déterminer le meilleur traitement possible pour la personne. Pour y arriver, deux activités doivent donc être prévues : un historique développemental complet de l'enfant et une observation clinique permettant d'évaluer la présence de symptômes aux sphères de la socialisation, la communication et le jeu.

Cette évaluation est la plus complète lorsqu'elle est menée en contexte multi ou interdisciplinaire. Pour bien évaluer les conditions sous-jacentes mentionnées précédemment, l'apport des membres du Collège des médecins (pour une évaluation médicale), de ceux de l'Ordre des psychologues (évaluation diagnostique et cognitive), de ceux de l'Ordre des orthophonistes et audiologistes (ouïe ou autres troubles du langage), ainsi que des membres de l'Ordre des ergothérapeutes (troubles moteurs ou sensoriels) est très souhaitable. Cependant, les services publics et privés sont très peu souvent organisés en tenant compte de cette panoplie de professionnels. L'Ordre des psychologues et le Collège des médecins se donnent donc l'outil du « diagnostic provisoire » avant de conclure définitivement à un trouble du spectre de l'autisme. Ces professionnels peuvent donc relever, à différentes étapes du processus d'évaluation, des comportements, indices ou symptômes pouvant dégager des impressions cliniques et la spécification d'un « diagnostic provisoire » avant l'intervention d'autres spécialistes¹⁰. Ce diagnostic provisoire devrait également permettre à l'enfant d'avoir accès aux services d'intervention.

La démarche clinique, pour le psychologue, peut se résumer en quelques étapes :

- 1) dépistage;
- 2) entrevue structurée auprès des parents;
- 3) observation directe et structurée de l'enfant;
- 4) évaluation des habiletés adaptatives ou cognitives.

Étape 1 : dépistage

Les parents inquiets du développement de leurs enfants s'adressent, en grande majorité, à leur pédiatre ou à leur médecin de famille. Les signes d'appel d'un TSA dans la petite enfance se résument facilement :

DEUX JOURS DE FORMATION DANS LA RÉGION DE MONTRÉAL*



18 MARS 2013

LA RÉDACTION DES RAPPORTS D'ÉVALUATION DES TROUBLES DES APPRENTISSAGES

- Devenir plus efficace dans la rédaction de rapports d'évaluation des troubles des apprentissages (TA)
- Synthétiser les résultats du test de fonctionnement intellectuel, des épreuves d'attention, de fonctions exécutives, de rendement en lecture et en écriture, etc.
- Expliquer les informations pertinentes afin de faire du rapport un outil de communication commun entre les parents et les différents intervenants qui œuvrent auprès de l'enfant (médecins, enseignants, etc.)
- Conclure aux diagnostics de TA et rédiger les recommandations en lien avec les conclusions

29 AVRIL 2013

L'ÉVALUATION DES HABILITÉS LANGAGIÈRES CHEZ L'ENFANT ET L'ADOLESCENT

- Distinction entre un retard et les troubles de développement du langage
- Principaux tests (administration et cotation)
- Analyse qualitative des erreurs
- Meilleure compréhension des principaux types de dysphasie
- Vignettes cliniques de cas de retard de développement du langage et de dysphasies
- Comment les capacités à faire des inférences peuvent affecter la compréhension du langage et la compréhension de textes de lecture
- Vignettes cliniques des difficultés de compréhension de lecture chez l'adolescent

LIEU: CENTRE ST-PIERRE, 1212 RUE PANET, MONTRÉAL, (MÉTRO BEAUDRY)

DEUX JOURS DE FORMATION DANS LA RÉGION DE QUÉBEC*



6 MAI 2013

L'ÉVALUATION DE LA DYSLEXIE

- Définitions, modèles théoriques et types de dyslexie
- Principaux tests (administration et cotation)
- Analyse qualitative des erreurs
- Vignettes cliniques et analyses de cas complexes
- Interprétation des profils cognitifs, incluant les comorbidités et les diagnostics différentiels

7 MAI 2013

LA RÉDACTION DES RAPPORTS D'ÉVALUATION DES TROUBLES DES APPRENTISSAGES

- Devenir plus efficace dans la rédaction de rapports d'évaluation des troubles des apprentissages (TA)
- Synthétiser les résultats du test de fonctionnement intellectuel, des épreuves d'attention, de fonctions exécutives, de rendement en lecture et en écriture, etc.
- Expliquer les informations pertinentes afin de faire du rapport un outil de communication commun entre les parents et les différents intervenants qui œuvrent auprès de l'enfant (médecins, enseignants, etc.)
- Conclure aux diagnostics de TA et rédiger les recommandations en lien avec les conclusions

LIEU: HÔTEL L'OISELIÈRE, 165 A, BOUL. PRÉSIDENT KENNEDY, LÉVIS, QUÉBEC



Marie-Claude Guay, Ph.D.

Centre de psychologie MCGuay
centredepsychologiemcguay@gmail.com
514-721-7904

FRAIS D'INSCRIPTION

Tarif étudiant	Tarif régulier
1 journée: 160\$ + tx	1 journée: 200\$ + tx
2 journées: 265\$ + tx	2 journées: 340\$ + tx

*Formations réservées aux psychologues

À 12 mois :

- babillage restreint, atypique ou absent;
- gestuelle restreinte;
- absence de réponse à son nom.

À 16 mois :

- aucun mot prononcé.

À 24 mois :

- absence d'association spontanée de deux mots (à l'exception de l'écholalie).

À tout âge :

- perte ou régression de la capacité langagière ou sociale¹¹.

La sensibilisation faite auprès de ces professionnels fait en sorte que les familles sont souvent orientées vers des centres spécialisés dans le développement de l'enfant. Au Québec, les cliniques spécialisées se trouvent principalement au sein des hôpitaux pour enfants, des centres de réadaptation ou encore en milieu psychiatrique. Cependant, les listes d'attente sont longues et même si les évaluations offertes s'appuient sur des standards rigoureux, les parents sont souvent également orientés vers des services privés tels que l'orthophonie (pour les délais du langage) ou la psychologie (pour le développement global de l'enfant).

Le psychologue accueillant une famille inquiète des comportements de son enfant et qui constate les signes d'appel devrait utiliser un outil de dépistage tel que le M-CHAT^{12,13} pour mieux cerner la problématique. Cet instrument se trouve en français à la dernière page des lignes directrices de l'Ordre (2012) et en anglais dans le document sur les meilleures pratiques de la Fondation Miriam¹⁴. Si les résultats s'avèrent significatifs, le psychologue peut ensuite amorcer le processus d'évaluation.

Étape 2 : entrevue structurée auprès des parents

La deuxième étape consiste à recueillir des données comportementales sur l'enfant. Une entrevue par rencontre avec les parents de

l'enfant permet de recueillir des éléments d'anamnèse concernant l'histoire familiale, obstétricale et périnatale de l'enfant. Il est possible pour le psychologue de créer son propre questionnaire portant sur les éléments nécessaires pour l'élaboration d'un profil complet de l'enfant. Cependant, les services publics (tels que les centres de réadaptation offrant des services d'intervention aux personnes ayant un TSA) deviennent plus rigoureux quant à leurs exigences donnant accès à leurs services. Entre autres, certains exigent maintenant que les professionnels aient recours aux instruments de mesure reconnus comme étant les « étalons d'or » du domaine de l'évaluation.

L'Autism Diagnostic Interview–Revised (ADI-R)¹⁵ est un questionnaire qui permet de structurer cette entrevue parentale et de standardiser les données recueillies. Développé par des chercheurs, cet instrument est intéressant à adopter dans la pratique du psychologue. L'ADI-R est une entrevue semi-structurée destinée aux parents ou aux personnes soignantes de personnes susceptibles de présenter un TSA. L'entrevue comporte des questions portant sur la famille, l'instruction, l'historique de développement, la communication, le développement social et les jeux de l'enfant, ainsi que sur les comportements restreints, répétitifs et stéréotypés. L'algorithme de correction est en lien avec le système nosologique proposé par le DSM.

Étape 3 : observation structurée de l'enfant

L'observation du comportement de l'enfant doit également être effectuée par le psychologue. Comme le comportement de l'enfant peut varier d'un environnement à l'autre, il peut également être opportun que le psychologue se déplace dans un milieu naturel (tel qu'à la garderie ou à la maison) pour observer l'enfant. L'utilisation des téléphones intelligents permet également au psychologue d'observer le comportement de l'enfant via de courtes vidéos, surtout lorsqu'un parent s'inquiète des comportements de son enfant.



www.iqgt.ca

<p style="text-align: center;">La Gestalt-thérapie et l'intervention de stress post-traumatique auprès de survivants d'agression sexuelle dans l'enfance</p> <p style="text-align: center;">16-17 février 2013, 300 \$</p>	<p style="text-align: center;">La dimension psychocorporelle en Gestalt-thérapie</p> <p style="text-align: center;">23-24 mars 2013 300 \$</p>	<p style="text-align: center;">Roman familial et trajectoire sociale: revoir mon histoire de vie et me l'approprier</p> <p style="text-align: center;">3-4-5 mai 2013, 400 \$</p>
<p style="text-align: center;">Formation sur les rêves et l'imaginaire suivant l'approche gestaltiste et jungienne</p> <p style="text-align: center;">Bloc I : 20-21 avril, Bloc II : 25-26 mai, Bloc III : 23-24 nov. 2013 300 \$ par bloc</p>	<p style="text-align: center;">Le lien au centre des processus thérapeutiques</p> <p style="text-align: center;">Bloc I : 26-27 avril, Bloc II : 31 mai et 1er juin 2013 300 \$ par bloc</p>	

* Toutes nos activités sont reconnues par l'OPQ pour fins de formation continue.

L'observation structurée peut être effectuée en organisant une situation ludique avec l'enfant ou encore en ayant recours à un instrument développé pour cette fin tel que l'Autism Diagnostic Observation Schedule – Deuxième édition (ADOS-II) et ADOS Toddler Module. L'ADOS-II est une mesure d'observation semi-structurée conçue pour évaluer les habiletés de communication, de socialisation et de jeu d'enfants susceptibles de présenter un TSA. L'outil comporte quatre modules et l'application de chacun de ces modules nécessite seulement 35 à 40 minutes. Une version pour les très jeunes enfants vient d'être développée en 2012; celle-ci a une plus grande sensibilité pour les enfants en très bas âge.

Étape 4 : évaluation des habiletés adaptatives ou cognitives

Enfin, les enfants ayant un TSA démontrent une grande variabilité dans leur développement. De plus, pour bien pouvoir orienter les enfants vers des services d'intervention précoce qui pourront pallier ces écarts de développement, il devient important de considérer l'évaluation des capacités cognitives et intellectuelles de ces jeunes. Plusieurs tests standardisés existent pour évaluer ces profils de forces et faiblesses chez les enfants atteints d'un TSA : pour les très jeunes, les évaluations développementales (tels que les Mullen Scales¹⁶ et le Bayley¹⁷) et les évaluations adaptatives (tels que l'ABAS-II¹⁸) peuvent s'avérer fort utiles pour évaluer les profils de forces et faiblesses.

_LA FORMATION SPÉCIFIQUE

Pour ce qui est du diagnostic en soi, la formation spécifique et l'expérience en matière des TSA sont deux éléments importants pour deux raisons. Premièrement, la formation et l'expérience indiquent que les cliniciens sont en mesure de mener et d'interpréter correctement des examens normalisés, comme le l'ADI-R (Autism Diagnostic Interview–Revised) et l'ADOS-II et Toddler (Autism Diagnostic Observation Schedule). Ces instruments sont très spécifiques dans leurs méthodes d'administration et de cotation et nécessitent souvent une compréhension de niveau universitaire de la psychométrie et des statistiques, ainsi qu'une expérience approfondie dans un environnement encadré afin d'assurer que ces méthodes sont appliquées de façon appropriée et que les résultats sont interprétés de façon juste. Deuxièmement, une formation spécifique et de l'expérience pertinente mènent toutes deux au développement du jugement clinique.

Bien que le psychologue ait recours à des outils normalisés, le jugement du clinicien constitue l'élément le plus important du diagnostic. La formation sur l'évaluation des enfants ayant un TSA est donc fortement encouragée pour les personnes participant au processus de diagnostic d'un TSA; cependant, elle n'est pas obligatoire étant donné que d'autres protocoles d'évaluation comprenant une description détaillée des antécédents médicaux, un entretien avec les parents et des observations directes de l'enfant peuvent être suffisants pour diagnostiquer des TSA.

Plusieurs formations s'offrent maintenant aux psychologues s'intéressant à l'évaluation des enfants. L'Ordre des psychologues du Québec a, à l'automne 2012, organisé un atelier de formation sur l'évaluation des TSA. Cependant, d'autres instances, telles que le Centre de formation et de recherche Gold¹⁹ de la Fondation Miriam et les milieux universitaires offrent également des opportunités de formation. Pour en savoir plus, consultez www.goldlearningcentre.com/french.

_Notes

- Centers for Disease Control and Prevention (2012). Prevalence of Autism Spectrum Disorders — Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 14 Sites, United States, 2008. *Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR) Surveillance Summaries*, March 30, 2012 / 61 (SS03):1-1.
- [www.cdc.gov/NCBDDD/autism/research.html].
- Noiseux, M. (2008). Portrait épidémiologique des TED chez les enfants du Québec. L'Express. Le Fédération québécoise de l'autisme. [www.autisme.qc.ca/TED/les-ted-en-chiffres/portrait-epidemiologique-des-ted-chez-les-enfants-du-quebec.html].
- [www.autisme.qc.ca/TED/les-ted-en-chiffres/portrait-epidemiologique-des-ted-chez-les-enfants-du-quebec.html].
- [<http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/dc-ma/autismsurv-fra.php>].
- Ozonoff, S. (2011) Recurrence Risk for Autism Spectrum Disorders: A Baby Siblings Research Consortium Study, August 15th, 2011. *Pediatrics*. [pediatrics.aappublications.org/content/early/2011/08/11/peds.2010-2825.abstract]
- Neale, B.M. (2012) Patterns and rates of exonic de novo mutations in autism spectrum disorders. *Nature*. 485, pp. 242–245.
- IMFAR (May 2012). [https://imfar.confex.com/imfar/2012/IMFAR_2012_Program.pdf].
- APA. 2011. [www.dsm5.org].
- Collège des médecins du Québec et Ordre des psychologues du Québec (2012) « Les troubles du spectre de l'autisme, l'évaluation clinique – Lignes directrices », janvier 2012.
- Nachshen, J., Garcin, N., Moxness, K., Tremblay, Y., Hutchinson, P., Lachance, A., Beauvillage, M., Breitenbach, M., Bryson, S., Burack, J., Caron, C., Condillac, R. A., Cornick, A., Ouellette-Kuntz, H., Joseph, S., Rishikof, E., Sladeczek, I. E., Steiman, M., Tidmarsh, L., Zwaigenbaum, L., Fombonne, E., Szatmari, E., Martin-Storey, A., & Ruttie, P.L. (2008). *Guide des pratiques exemplaires canadiennes en matière de dépistage, d'évaluation et de diagnostic des troubles du spectre de l'autisme chez les enfants en bas âge*. Fondation Miriam, Montréal, Québec [www.miriam-foundation.ca/fr].
- Robins, D.L., Fein, D., Barton, M.L., & Green, J.A. (2001). The modified checklist for autism in toddlers: An initial study investigating the early detection of autism and pervasive developmental disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 31, p. 131-144.
- Traduction française : Marie-Hélène Belle-Isle Proulx, 2008 [www2.gsu.edu/~psydlr/Diana_L._Robins_Ph.D_files/M-CHAT_FrenchCanadian.pdf]. Reproduction autorisée.
- Fondation Miriam. (2008). [www.autismcentral.ca/new/images/Handbook_french_web.pdf].
- Lord, C., Rutter, M., et Le Couteur, A. (1994). Autism Diagnostic Interview–Revised: A revised version of a diagnostic interview for caregivers of individuals with possible pervasive developmental disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 24(5), 659-685.
- Mullen, E. (1995). *Mullen Scales of Early Learning*. Circle Pines: American Guidance Service, Inc.
- Essentials of Bayley Scales of Infant Development II Assessment* Maureen M. Black, Kathleen Matula. New York: John Wiley, 1999. ISBN 978-0-471-32651-9.
- Harrison, P.L., et Oakland, T. (2003). *Adaptive Behavior Assessment System – Second Edition*, San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Formation du Centre de formation et de recherche Gold de la Fondation Miriam : [www.goldlearningcentre.com/french].

ATELIER DE FORMATION ORGANISÉ PAR L'ORDRE DES PSYCHOLOGUES DU QUÉBEC
DANS LE CADRE DU CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ CANADIENNE DE PSYCHOLOGIE

Mercredi 12 juin 2013
9 h à 16 h 30
Centre des congrès de Québec

L'évaluation, l'intervention et la prévention dans les cas de deuil

Des études rapportent que de 15 à 20 % des individus ayant perdu un être cher éprouvent une douleur émotionnelle intense ainsi qu'une altération profonde du fonctionnement nécessitant une intervention psychologique qualifiée. Offrir une thérapie efficace aux personnes endeuillées peut s'avérer complexe et exiger du psychologue un haut niveau de compétence et d'expertise en matière d'évaluation, de diagnostic et de planification de traitement. Dans cet atelier, nous ferons état des principales manifestations du deuil en soulignant les différences culturelles qui existent dans l'expression du deuil. Nous aborderons la question des déterminants contextuels et biopsychosociaux du deuil dans le but d'en arriver à mieux comprendre les variations qui existent dans la durée et l'intensité du deuil. Nous traiterons de la question des phases ou étapes du deuil et nous commenterons la littérature portant sur l'évolution du deuil. Nous ferons le point sur diverses questions liées à la définition du deuil « normal » et « pathologique » dans les systèmes de classifications des troubles mentaux (DSM et ICD). L'analyse fonctionnelle du deuil, les traitements psychologiques, les stratégies d'accompagnement et de prévention feront l'objet d'une attention particulière. Des exemples de cas seront présentés pour faire le lien entre les connaissances théoriques et l'application clinique.

OBJECTIFS

- Définir le deuil;
- comprendre ce qui influence la durée et l'intensité du deuil;
- différencier le deuil « normal » du deuil « pathologique »;
- acquérir des connaissances sur l'analyse fonctionnelle du deuil;
- connaître les principales stratégies d'intervention fondées sur des données probantes;
- identifier des stratégies d'accompagnement et de prévention pour le deuil.

FORMATEUR

D^r Janel Gauthier / Psychologue



Le D^r Gauthier est psychologue clinicien de formation. Il exerce la profession de psychologue depuis 1975. Il a été professeur en psychologie clinique à l'Université Laval de 1978 à 2012.

Il est l'auteur de nombreuses publications dans le domaine de la psychologie de la santé et des thérapies cognitives et comportementales pour le deuil, l'anxiété, la dépression, la douleur et la faible estime de soi. Il a été l'un des premiers auteurs à développer et à proposer des stratégies d'évaluation et de traitement basées sur un modèle biopsychosocial du deuil.

INSCRIPTION

Cet atelier est offert dans le cadre du congrès de la Société canadienne de psychologie, qui se tient du 12 au 16 juin 2013 au Centre des congrès de Québec. Le programme complet du congrès est disponible à l'adresse : www.cpa.ca/congres

Pour vous inscrire à l'atelier sur le deuil :
www.cpa.ca/congres/ateliersprecongres

Date : Le mercredi 12 juin 2013
Lieu : Centre des congrès de Québec
Heure : 9 h à 16 h 30
Prix : 114,98 \$, taxes incluses

Nombre d'heures reconnues en formation continue en psychothérapie : 6 heures

Cet atelier sera présenté en français avec traduction simultanée en anglais.



Des rabais exclusifs? C'est réglé.

**Profitez de 10 % de rabais
additionnel** sur vos assurances
automobile, habitation et véhicules
de loisirs



OBTENEZ UNE SOUMISSION

1 866 551-2641
lacapitale.com/opq



Demandez une soumission et courez la
chance de gagner un voyage de **8 000 \$**.

Règlement sur lacapitale.com/concoursgrupe



ORDRE DES
PSYCHOLOGUES
DU QUÉBEC


La Capitale
Assurances générales

Cabinet en assurance de dommages

Activités régionales et des regroupements

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

La Société québécoise de psychologie du travail et des organisations (SQPTO) propose différentes activités dans plusieurs régions.

D'abord, à Montréal, le 1^{er} Séminaire sur la santé psychologique au travail et la santé des organisations aura lieu le mercredi 27 mars 2013 à compter de 8 h. Consultez l'encadré à la page 48 pour connaître les détails de cet événement. Également, le jeudi 25 avril, de 8 h à 17 h, une journée de formation ayant pour thème *Tests psychométriques et contestation légale du processus de sélection* aura lieu au Holiday Inn Montréal-Midtown, situé au 420, rue Sherbrooke Ouest, à Montréal.

Dans la région de l'Estrie, un souper-conférence ayant pour thème *Évaluer notre intervention pour augmenter notre efficacité* aura lieu de 17 h 30 à 20 h 30 le mercredi 3 avril 2013. Puis, le vendredi 12 avril de 8 h 30 à 16 h 30, les membres de la SQPTO sont conviés à une formation ayant pour thème *Un gestionnaire sans égo*. Ces deux événements se dérouleront au Pavillon Georges-Cabana (B1) de l'Université de Sherbrooke, salle B1-2018.

Puis, dans la région de l'Outaouais, un mini-colloque est organisé le vendredi 19 avril dès 9 h. Cette journée portera sur *Accroître le transfert des apprentissages suite à la formation : Vers de nouvelles connaissances, stratégies et expériences*. Le lieu reste à confirmer.

Enfin, dans la région de Québec, un mini-colloque ayant comme thème *Consolidation d'équipe* aura lieu le vendredi 19 avril, de 8 h 30 à 16 h 30. Les détails de cet événement restent à venir.

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

ACTIVITÉS DE FORMATION DE LA RÉGION DE L'ESTRIE

Le Comité des psychologues de l'Estrie invite les psychologues de la région à deux formations qui seront données par la D^{re} Monique Bessette, psychologue.

La première, ayant pour thème *Troubles de la personnalité : introduction à l'intervention selon l'approche de Masterson*, aura lieu les 10, 12 et 13 avril 2013, de 9 h à 16 h 30.

La deuxième, qui s'intitule *La régulation émotionnelle du thérapeute avec la clientèle souffrant de troubles de la personnalité*, aura lieu les 10 et 11 mai 2013, de 9 h à 16 h 30.

Ces deux formations, qui sont reconnues pour le programme de formation continue en psychothérapie de l'Ordre, auront lieu à l'Hôtel Le Président, à Sherbrooke.

Pour de plus amples renseignements sur les activités régionales en Estrie, communiquez avec M^{me} Marie-Rose Grenier, psychologue, à psy-estrie@hotmail.com.

ACTIVITÉ DE FORMATION DE LA RÉGION MAURICE/CENTRE-DU-QUÉBEC

Le comité de formation continue de la région Maurice/Centre-du-Québec invite les psychologues de la région à une journée de formation le vendredi 19 avril 2013, de 8 h 30 à 16 h 30, qui aura pour thème *L'IDENTITÉ : Entre père et mère je me construis*.

Cette formation, qui est reconnue pour le programme de formation continue en psychothérapie de l'Ordre, sera donnée par la D^{re} Monique Brillon, psychologue, et aura lieu à l'Hôtel Gouverneur, au 975, rue Hart, à Trois-Rivières.

Pour de plus amples renseignements sur cette activité, communiquez avec D^r André Pellerin, psychologue, au 819 375-2250 ou par courriel à andre.pellerin@uqtr.ca.

Colloques et congrès

6^e Colloque international bisannuel de l'A.I.F.I.

Du 6 au 8 juin 2013, à Saint-Adèle. Renseignements : www.aifi.info/colloques/index/40.

74^e Congrès annuel de la Société canadienne de psychologie.

Du 13 au 15 juin 2013, à Québec. Renseignements : www.cpa.ca/congres/.

121^e Colloque annuel de l'American Psychological

Association. Du 31 juillet au 4 août 2013, à Honolulu, dans l'état d'Hawaï. Renseignements : www.apa.org/convention/.



PROGRAMMATION 2013

INVITÉ INTERNATIONAL



La pleine conscience : Intervenir par et sur les émotions

Pierre Philippot, Ph.D.,
psychologue et professeur à
l'Université de Louvain (Belgique)

Québec : 12 avril

Coût : 175 \$ + tx --- Nb d'heures : 6



Utiliser l'acceptation, la pleine
conscience et les valeurs afin d'amener
rapidement des changements cliniques

Steven C. Hayes, Ph.D., psychologue et
professeur à l'Université du Nevada

A METTRE À VOTRE AGENDA :

Pour tous ceux qui n'ont pas eu la chance de s'inscrire à la formation,
une conférence spéciale sera présentée le 16 mai en soirée à Montréal.
Pour tous les détails : www.iftcc.com



Apprendre à vivre avec la douleur
chronique grâce à l'acceptation et la
pleine conscience

Frédéric Dionne, Ph.D., psychologue et
professeur à l'Université du Québec à
Trois-Rivières

Québec : 15 mars
Trois-Rivières : 14 juin

Coût : 175 \$ + tx --- Nb d'heures : 6



ACT, schémas et pleine conscience

Pierre Cousineau, Ph.D., psychologue
et formateur

Sherbrooke : 26 avril
Montréal : 31 mai
Québec : 7 juin

Coût : 175 \$ + tx --- Nb d'heures : 6

NOUVEAU : certification de 90 heures
Inscrivez-vous dès maintenant au :  **IFTCC.COM**

_1^{ER} SÉMINAIRE SUR LA SANTÉ PSYCHOLOGIQUE DES EMPLOYÉS AU TRAVAIL

Suivant une importante consultation réalisée au cours des derniers mois, le chapitre de Montréal de la Société québécoise de psychologie du travail et des organisations (SQPTO) a mis sur pied, avec quelques grands groupes québécois, un séminaire susceptible de faire de la santé psychologique des personnes une condition de performance et de prospérité organisationnelle, individuelle et sociétale. Nous invitons les membres des conseils d'administration, les hauts dirigeants et les cadres ainsi que les professionnels touchés par ces enjeux à y prendre part et à y contribuer.

Ce premier Séminaire sur la santé psychologique des employés au travail, dont le thème sera « Gouvernance et santé psychologique au travail, les personnes au cœur de notre prospérité », aura lieu le mercredi 27 mars 2013, de 8 h à 16 h 30, au Centre Sheraton Montréal, 1201, boulevard René-Lévesque Ouest, à Montréal.

Au cours de cette matinée, six présentateurs de haut calibre, hauts dirigeants, experts, universitaires, développeront chacun à sa façon la thématique dans le cadre d'exposés à impact de 20 minutes chacun. En après-midi, chacune des présentations de la matinée sera approfondie grâce à l'intelligence collective des participants présents et de six animateurs chevronnés. Un retour en grand groupe et un exposé synthèse final suivront. Les participants recevront un document résumant les présentations du matin et les ateliers de l'après-midi. Le document « Présentation du séminaire du 27 mars 2013 » (disponible sur le site Web de la SQPTO) permet de mieux approfondir les orientations et les modalités de réalisation du séminaire.

Pour plus de renseignements sur ce séminaire, visitez le site Web de la SQPTO au www.sqpto.ca ou communiquez avec les deux bénévoles responsables de la tenue du séminaire, soit M. François Leduc (514 777-2012 ou f.leduc.coach@gmail.com) ou M. Simon Grenier (514 844-9160 ou GrenierS@filion.ca).

_LE PSYCHOLOGUE PIERRE FAUBERT REÇOIT LA MÉDAILLE DU JUBILÉ DE DIAMANT DE LA REINE ELIZABETH II

Le 12 janvier dernier, le psychologue Pierre Faubert a reçu la Médaille du Jubilé de Diamant de la Reine Elizabeth II, distinction honorifique remise aux Canadiens s'étant illustrés par leur dévouement et leurs réalisations. Cette reconnaissance souligne les 25 années d'enseignement de la philosophie morale de M. Faubert au Collège Stanislas et son engagement à la vulgarisation de phénomènes psychologiques dans les médias.

Tableau des membres

En date du 30 janvier 2013

_NOUVEAUX MEMBRES

Alvarez, Maria Beatriz	Joachim, Ingrid Nathalie
Ashbaugh, Andrea	Joseph, Maryann
Baudry, Claire	Kao, Alina
Bérubé, Stéphanie	Kehoe, Daniel
Bouchard, Anne	Kirouac, Geneviève
Charette-Fontaine, Ariane	Lacasse, Caroline
Damerdji, Samia	Lalonde, Julie-Anne
Déry, Marie-Pier	Nasr, Diane
Dubray, Samantha	Pinard, Fanny
Duguay, Guillaume	Rabeh, Amal
Gaudreault, Laurie	Raymackers, Cynthia
Goulet, Caroline	Thérien, Phillip
Gourde, Mathieu	Van Cauwelaert, Brigit
Holly, Crystal	
Houle, Stéphanie	

_DÉCÈS

Gosselin, Alain

PSYCHOLOGUES
à la recherche
d'un milieu **DE VIE**
PROFESSIONNEL, dynamique et 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 (CSDGS) a un emploi pour vous!

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

 Commission scolaire
des Grandes-Seigneuries

**Au plaisir
de vous
accueillir!**

Registre des psychothérapeutes

En date du 30 janvier 2013

_NOUVEAUX DÉTENTEURS DE PERMIS

Aronoff, Karen	Guay, Diane	Monzée, Joël
Baker, Patrick	Halikas, Irene	Nolin, Danielle
Benhaim, David	Hamel, Diane	Normandin, Marie
Boucher, Denise	Houle, Danielle	Ouellette, Marie-Hélène
Bourbonnais, Louis	Hubert, Adrien	Pavois, Annie
Charrier, Caroline	Kafoury, Hani	Poliquin, Marielle
Chicoine, Denis	Lapointe, Johanne	Raymond, Ginette
Chipman, Lindsay	Laurin, Sylvie	Ricard, Anne-Marie
Choquette, Sylvie	Leboeuf, Josée	Ross, Nathalie
Clayden, Geoffrey	Legros, Jacinthe	Rossignoli, Carmine
Couture, Raymonde	Lévesque, Mario	Saindon, Gaétane
Dubuc, Micheline	Londei, Rita	Saint-Jean, Micheline
Filiatrault, Céline	Lussier, Pierrette	Strulovitch, Jack
Fogelbaum, Randi	Mansour, Mirna	Sylvain, Barbara
Fournier, Marie-Pascale	Martinez, Ana Elena	Thériault, Pierre
Gauthier, Marie-France	Massicotte, Micheline	Turcotte, Louise
Goyer, Liette	Mercier, Jacques	
Goyette, Sylvie	Mercier, Luc	



Société
Québécoise
d'Hypnose inc.

FORMATION CONTINUE EN HYPNOSE

Intégration et utilisation de l'hypnose clinique et médicale en psychothérapie

Avec **Michel Landry**, psychologue

FORMATION INTERMÉDIAIRE

12 ET 13 AVRIL 2013 | À MONTRÉAL

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. Elle propose un modèle intégratif de l'hypnose en psychothérapie, soulignant les nombreuses options d'intégration, d'utilisation et d'applications de l'hypnose clinique et médicale en psychothérapie.

No. de reconnaissance OPQ : RA00317-13

Pratique d'intégration et de restauration des parties saines de l'individu : une intervention « volte-face »

Avec **Richard Gagnon**, Ph.D., psychologue

FORMATION AVANCÉE

26 ET 27 AVRIL 2013 | À MONTRÉAL

Focalisée principalement sur la mobilisation et l'exploitation des parties saines de l'individu, VOLTE-FACE est une stratégie d'intervention centrée sur la résolution de problèmes. Une orientation procédurale qui a priori veut déloger certains paramètres inappropriés associés au problème (les croyances limitatives et corrosives : la culpabilité, les peurs et l'empreinte de la souffrance) pour, par la suite, réquisitionner les ressources adaptatives logées dans les parties saines et fonctionnelles de l'individu pour engager un changement.

No de reconnaissance OPQ : RA00279-13

Visitez notre site : www.sqh.info

Renseignements : 514 990-1205

Petites annonces

À LOUER/À PARTAGER

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.

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

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.centreproufessionnel familial.com; 514 962-3311.

Vaudreuil-Dorion ou 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 Chérier, métro Sherbrooke. Bureaux rénovés, meublés, au rez-de-chaussée d'une maison victorienne. Journées et modalités de location. 514 598-5423 ou 514 523-9483.

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

Bureau à partager situé à six minutes à pied du métro Longueuil. Clinique multidisciplinaire (psychologues, kinésiothérapeutes, nutritionniste, infirmières, médecin, etc.). Meublé, climatisation, Internet, cuisinette, salle d'attente, toilette privée. Possibilité de références. Excellent secteur professionnel. Bien aménagé, entièrement rénové. Chaleureux, ensoleillé et agréable. Stationnement gratuit. Renseignements : 514 792-5387.

Bureau individuel à louer ou partager dans centre santé et psychologie, boul. Saint-Joseph Est, Montréal, près métro Laurier. Prix raisonnable. 514 233-2060.

Bureaux à louer pour psychologues. Boulevard Saint-Joseph Est, Montréal, métro Laurier. Pour plus de renseignements, communiquez avec Annie Boucher au 514 522-4535 ou à boucher.annie@ccpeweb.ca.

Bureau chaleureux à louer ou à partager, dans centre professionnel de santé. Insonorisé, lumineux, salle d'attente, cuisine, intercom, thermopompe. Métro Villa-Maria, N.D.G. 514 346-6451.

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

Bureau à louer au www.centredpsychologienewman.ca. LaSalle sur le boulevard Newman, bien situé, édifice récent, climatisé, insonorisé, ensoleillé, lavabo, panneau réclame, temps partiel. 514 595-7799.

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 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.

Promenade Fleury. Bureau à sous-louer deux jours par semaine, les jeudis et vendredis, meublé, insonorisé, climatisé, salle d'attente, cuisinette, très bel environnement. 450 670-0078, louisefiliatrault@hotmail.com.

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

Bureau à louer – Longueuil. Situé près de plusieurs artères principales. Insonorisé, climatisé, entièrement rénové, Internet sans fil, messagerie vocale, fax-imprimante, cuisinette, salle d'attente. Possibilité de références. Modalités de location aux blocs d'heures ou à la journée. 450 670-5905

Centre de psychologie Grande-Côte (Boisbriand). Bureaux à sous-louer dans une maison ancestrale rénovée. Environnement calme et chaleureux au sein d'une équipe multidisciplinaire. Situés entre autoroutes 13 et 15. Modalités de sous-location flexibles. Bureaux insonorisés, climatisés. Possibilités de références. Renseignements : Josée Bennett, 450 434-3903.

Espaces de bureaux de qualité supérieure à prix concurrentiels disponibles dans le District 23, sur la Rive-Nord de Montréal. Vous y trouverez un grand nombre de bureaux locatifs ainsi que des condos commerciaux. Peu importe le type de services professionnels que vous offrez, le District 23 est un emplacement idéal. Saisissez l'opportunité de vous démarquer : réservez votre espace au 514 209-2256. <http://www.district23.ca>. Voyez également notre autre projet au <http://polycliniquedesgenerations.com>.

Clinique de psychologie regroupant psychologues et professionnels connexes (sexologue, conseiller 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.

Blainville – Recherche psychologues pour louer/partager bureaux dans bâtisse neuve. Climatisation, insonorisation, cuisine, possibilité références. Temps plein ou partiel. Appelez André au 514 994-3973 ou psycho.huppe@videotron.ca.

Québec, Lebourgneuf. Septembre 2013 – Bureaux à louer dans une maison ancestrale idéale à l'intervention psychologique. Équipe dynamique. Prix compétitifs. thierryblond@hotmail.com, Lucien knobel : 418 271-1807; Kijiji #399611191.

Joliette – Bureau meublé et insonorisé, heure ou journée. Lieux calme et facile d'accès pour toute la région. Références possibles. Bienvenue, 450 759-1387.

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 ménager, chauffage, électricité et Wi-Fi. De 380 \$ à 525 \$/mois. D. Bonin : 438 390-4187 ou 514 277-7233.

Clinique de psychologie Maguire – Quatre grands bureaux à louer ou partager. Édifice professionnel, neuf, insonorisé, entrée et salle d'attente privées, Occupation flexible. andreeb@mac.com, 418 573-7857.

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

Gatineau (Hull) - Bureau à sous-louer (2 pièces) par bloc d'heures (jour ou soir) ou de jours. Récemment rénové, relativement insonorisé. Bien situé dans centre tranquille de professionnels divers en médecine douce. Salle d'attente privée, plafond à 9 pieds; stationnement gratuit. p.gagnebin@bell.net.

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.

Bureau chaleureux à sous-louer 1-2 jours/semaine. Climatisation, insonorisé, grandes fenêtres, salle d'attente. Rue Bélanger Est, métro Beaubien ou Jean-Talon. Disponible immédiatement. Renseignements : 514 271-5847.

Joli bureau à louer (110 pieds carrés), rue Bernard, Outremont. Près du métro. Salle d'attente. Frigo et micro-ondes pour les fringales! Françoise Trudel : 514 288-5226.

Vieux-Montréal – À partager, suite avec 2 bureaux fermés (1 occupé par sexologue), salle d'attente, cuisinette, salle de réunion, téléphone, télécopieur, Internet. 1000 \$/mois. Pascale : 514 690-5295.

Shawinigan – À louer, bureau neuf, spacieux (15' x 12,5' avec fenêtre), meublé. Temps complet/partiel. Idéal pour personne débutant pratique privée. Possibilité de références. 819 539-0009.

Bureaux à louer – Ahuntsic. Temps plein ou partiel, meublés ou non, insonorisés, climatisés, près du métro, service téléphonique, Internet, stationnement privé et entretien ménager inclus. François Baillargeon : 514 387-5005.

Local clé en main de 1000 pieds carrés, plein coeur du Plateau Mont-Royal. Libre maintenant, parfait pour bureau de psychologues ou autres professionnels. 514 249-2489.

Local à louer – 700 pieds carrés. Promenade Fleury, Ahuntsic. 1470 Fleury Est. Deux bureaux fermés, salle de réception, 2 stationnements. 910 \$ + taxes. Disponible. 514 387-0999.

Blainville – Bureau à louer meublé pour professionnel, salle d'attente, cuisinette et bureau pour une réceptionniste disponible. Situé près de l'autoroute 15 Nord. 514 578-4010.

Blainville – Bureau à sous-louer. Dans édifice professionnel, grandes fenêtres, ascenseur, facilité de réservation. Louez à l'heure ou en bloc. Marc Denis : 514 999-8027.

Bureau à partager – Trois-Rivières. Isolé et bien aménagé, éclairage naturel, climatisation, cuisinette, salle d'attente, stationnement gratuit, accès routier facile. Actuellement disponible tous les soirs ainsi que les jeudi après-midi et le vendredi toute la journée. Plus grande disponibilité à compter de l'automne 2013. 819 376-2290 ou thrse@cgoicable.ca.

Métro Berri – Trois bureaux ensoleillés, décorés 2013. Temps complet et blocs horaires disponibles. Ascenseurs, Internet et cuisinette. Photo et renseignements disponibles sur www.coachplus.com.

À sous-louer, secteur Rive-Sud, Sainte-Julie. Bureau dans un centre professionnel avec salle d'attente et cuisinette, 2 jours/semaine. Facile d'accès. 514 233-8365.

Rue Cherrier – Métro Sherbrooke. Bureaux modernes, chaleureux, récemment meublés, chauffés, climatisation, cuisinette et Internet inclus. Possibilité de références. Modalités de location flexibles. 514 202-2447, mirelevesque@gmail.com.

Venez visiter! Bureau à sous-louer au Centre Professionnel 416 Cherrier, à Montréal. Rénové, situé au rez-de-chaussée, meublé et insonorisé. Connexion Internet et entretien ménager inclus. Possibilité de références. Disponible lundi et vendredi, jour et soir, au coût de 250 \$ par mois par jour occupé. Merci de communiquer avec Marjorie Laberge : 514 410-6310.

Bureau à sous-louer – Métro Laurier. Grand, ensoleillé, meublé, climatisé. Salle d'attente. 1-2 jours/semaine avec bail. Communiquez avec Michèle Genvais : 514 849-0557.

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.

Bureau à louer – Boulevard Saint-Joseph. 1 à 3 jours/semaine. Tarifs avantageux, meublé, environnement calme et accueillant, références possibles. 514 475-6068, julieredpsy@hotmail.com. Kijiji #451789759.

Superbe espace avec quatre bureaux à louer. Insonorisés, chauffés, climatisés, modernes, chaleureux. Salle d'attente. 500 \$/bureau. Outremont, près métro. Elaine Kennedy : e.kennedy@videotron.ca, 514 274-1839.

À louer – Boulevard Saint-Joseph Est. Disponible mi-temps/temps complet. Bel environnement. Psychologues, thérapeute et médecin. Bien insonorisé. Salle d'attente et cuisinette. Renseignements : 514 529-1049.

Chambly – Bureau de 142 pieds carrés à louer, au bloc, temps partiel ou temps plein. Clientèle adulte fournie. Stationnement gratuit. Renseignements : 514 699-5081.

Grand bureau rénové, meublé à neuf, style contemporain, accueillant chaleureux et paisible. Location à la journée ou à la semaine. Références possibles. Josée : 514 776-7939.

Bureau à partager – Espace personnalisé au rez-de-chaussée d'un triplex, à deux pas du métro Outremont, face à un joli parc. Location par blocs horaires, disponible à partir du 1^{er} juillet. Communiquez avec Bernard Couët au 514 277-5970.

Formation sur la tenue de dossiers



L'Ordre organise une tournée de formation continue dans plusieurs villes du Québec sur la tenue de dossiers. Cette formation s'adresse aux psychologues de tous les secteurs et les différentes pratiques y seront illustrés. Une occasion de s'approprier le guide explicatif sur la tenue de dossiers, de mettre à jour ses connaissances sur les plans déontologique et réglementaire concernant les exigences en matière de tenue de dossiers, de saisir concrètement l'impact de ces exigences sur la pratique courante et de développer le jugement professionnel quant au contenu, au fond et à la forme des rapports psychologiques et autres notes à consigner aux dossiers.

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 quinze 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.

Prochaines sessions, de 9 h à 16 h 30

■ 23 MARS 2013 – QUÉBEC
Hôtel Delta Québec
690, boul. René-Lévesque Est
Québec (Québec) G1R 5A8

■ 26 AVRIL 2013 – MONTRÉAL
Hôtel des Gouverneurs Place Dupuis
1415, rue Saint-Hubert
Montréal (Québec) H2L 3Y9

Les frais d'inscription pour cette journée de formation sont de 172,46 \$, taxes incluses.

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



La troisième vague des thérapies comportementales et cognitives

ACT - Thérapie d'acceptation et d'engagement

FAP - Thérapie basée sur l'analyse fonctionnelle

Pour des thérapies riches de sens

Nos ateliers sont reconnus par l'OPQ pour la formation continue des psychothérapeutes.

Disponible en librairie : **La thérapie d'acceptation et d'engagement, Guide clinique.** Avec plus de 75 exercices, illustré de nombreuses vignettes cliniques et s'appuyant sur des recherches récentes, cet ouvrage constitue un outil de référence pour les cliniciens désirant intégrer les thérapies de troisième vague à leur pratique.

Nos formations

ACT - La thérapie d'acceptation et d'engagement : offre des outils flexibles pour promouvoir la pleine conscience, la distanciation d'avec les pensées, l'acceptation des émotions douloureuses et l'action en harmonie avec ses valeurs personnelles. Appuyée sur des données probantes, l'ACT est une thérapie comportementale, existentielle et humaniste. Elle peut aider les personnes les plus coincées à retrouver le chemin d'une vie riche de sens.

FAP - La thérapie basée sur l'analyse fonctionnelle : utilise la pleine conscience et le renforcement positif dans le moment présent. Fondée sur l'analyse clinique du comportement, elle aide à potentialiser la relation thérapeutique pour faciliter des changements profonds et durables. La FAP peut aisément s'intégrer à d'autres approches, en particulier l'ACT.

Structurés autour du modèle intuitif de la *matrice*, nos ateliers vous permettent de mettre en pratique l'ACT et la FAP rapidement et avec flexibilité.

Ateliers niveau 1 : Bases théoriques et scientifiques. Utiliser la matrice et entraîner ses habiletés cliniques : exercices cliniques et expérientiels, jeux de rôles, séquences vidéo.

Ateliers niveau 2 : Cas difficiles et approfondissement théorique. Pratique des habiletés cliniques : exercices cliniques et expérientiels, études de cas, jeux de rôles.

Ateliers ACT/FAP en ligne* : Huit rencontres hebdomadaires de deux heures en petit groupe de neuf participants offrent un apprentissage idéalement distribué et intégré à votre pratique.

Prix : 375 \$ + taxes (étudiants 150 \$ + taxes)
Formation continue OPQ 400 \$ + taxes
Ateliers en ligne 500 \$ + taxes

À venir en 2014

KELLY WILSON est un des fondateurs de l'ACT et auteur de *Mindfulness for two*. Il est réputé pour la qualité de ses ateliers expérientiels.

RUSS HARRIS auteur du *Piège du bonheur* est apprécié à travers le monde pour sa capacité à rendre la pratique de l'ACT simple et ludique.



Nos formateurs



Benjamin Schoendorff M.Ps.

Psychologue, formateur ACT international et formateur FAP certifié. Auteur de *Faire face à la souffrance, choisir la vie plutôt que la lutte avec l'ACT* (Retz, 2009) et co-auteur de *La thérapie d'acceptation et d'engagement, Guide clinique*.



Marie-France Bolduc M.Ps.

Psychologue, travaille en CLSC auprès de populations difficiles, co-auteure de *La thérapie d'acceptation et d'engagement, Guide clinique*.

Prochaines formations en 2013

Montréal

FAP niveau 2 : 21 et 22 février 2013

ACT niveau 1 : 3 et 4 octobre 2013

FAP in English : march 21st & 22nd 2013

ACT in English : september 19th and 20th 2013

Québec

ACT niveau 2 : 28 et 29 mars 2013

FAP niveau 2 : 2 & 3 mai 2013

ACT niveau 1 : 17 et 18 octobre 2013

FAP niveau 1 : 28 et 29 novembre 2013

Ateliers en ligne sur huit semaines

(consulter le site)

Renseignements et inscriptions : <http://guidecliniqueact.com>

Petites annonces

_PSYCHOLOGUES RECHERCHÉ(E)S

Centre de consultation psychologique et éducationnelle (CCPE), Montréal. Nous recrutons : poste de psychologue clinicien pour adulte à temps partiel ou à temps plein et poste de psychologue pour enfant avec spécialité pour l'évaluation et/ou l'intervention. Voir les spécifications au : www.ccpweb.ca/recrutement. Faites parvenir votre CV à : recrutement@ccpweb.ca.

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

Québec – Psychologues recherchés, pratique privée, clinique multidisciplinaire située à Sainte-Foy, clientèle enfants-adolescents. Conditions intéressantes de travail autonome. Possibilité de références. Renseignements : 418 864-2670.

www.NeuropsychologieLaval.com recherche psychologues et neuropsychologues. Locaux luxueux, possibilité de supervision, collaboration professionnelle et atmosphère chaleureuse. Clientèle fournie. Raby : 514 312-7046 ou www.NeuropsychologieLaval.com.

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

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

Saint-Constant – Psychologue recherché pour enfants, adolescents, adultes pour une clinique privée avec ou sans expérience. Références fournies. Possibilité de supervision. Communiquez avec Suzanne Bibeau : 450 633-0022.

Bienvenue aux jeunes psychologues. Membre de l'OPQ. Travailleur autonome. Bonnes conditions de travail. Clinique Multidisciplinaire de Brossard. www.clinique-cmb.com, cmdb@live.ca. V.S. Ghodbane (cellulaire) : 514 793-0462.

Clinique multidisciplinaire à Lévis recherche psychologue travailleur autonome, temps partiel, tout type de clientèle, références fournies si disponibilité de soir. 418 834-4144.

Clinique TDAH de Montréal : nous sommes à la recherche d'un(e) psychologue intéressé(e) à louer un bureau à temps partiel, qui souhaite travailler avec clientèle variée (adolescents, adultes, couples) et faire partie d'une équipe multidisciplinaire. Locaux neufs, modernes et bien insonorisés. Location par blocs ou par jour. Loyer inclut : téléphone, télécopieur, photocopieur, salle d'attente, cuisine, Wi-Fi, possibilité de références. Nous sommes spécialisés dans le TDAH et problématiques associées, mais n'hésitez pas à nous contacter même si vous n'avez pas de connaissance du TDAH. Visitez notre site Web au cliniquetdah.com. Pour renseignements : Isabelle Lajoie, 514 800-8324, poste 301.

_RECHERCHE

Valise WISC-IV, Valise Tea-Ch, Valise Nepsy II et Valise WIAT usagées recherchées pour pratiques privées. Tél. : 819 563-0804.

_FORMATIONS OFFERTES

Introduction à la « Mentalisation-Based Therapy » (MBT) de Peter Fonagy et à la Psychothérapie focalisée sur le transfert (PFT) de Otto F. Kernberg dans le traitement des troubles de la personnalité. Le jeudi 21 mars 2013 à l'Institut Douglas. Inscription : 514 761-6131, poste 2616, event.acad@douglas.mcgill.ca.

Liliana Cané, Ph.D., psychologue pour l'Institut Milton H. Erickson de Montréal. Psychothérapie éricksonienne, stratégies d'intervention avec et sans hypnose : Anxiété, stress post-traumatique, dépression, douleur et relation corps-esprit. Formation avancée, débutant en mai 2013. Accrédité OPQ. Aussi supervision individuelle et en petit groupe. www.imhem.com, 514 990-0449, milton.erickson.montreal@gmail.com.

_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 individuelle ou en petits groupes, offerte par Marta Manikowska, Ph.D., psychologue. 30 ans d'expérience comme psychothérapeute. Destinée aux psychologues et psychothérapeutes (loi 21). Approche intégrative. Plusieurs problématiques abordées comme : collaboration avec CSST, IVAC, SAAQ, PAE. Téléphone : 514 333-7707, www.manikowska.ca.

_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.ordrepys.qc.ca/membres.

www.pulaval.com

Sous la direction de
Simon Grondin

La psychologie au quotidien

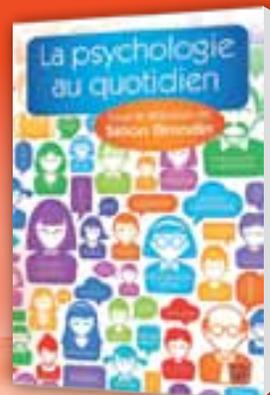


Presses de
l'Université
Laval



Cet ouvrage définit
les types de troubles
afin d'aider les gens à les
identifier au quotidien.

248 pages
29,95 \$



Les cadeaux au psychothérapeute

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

Le cas clinique

La patiente vulnérable en dépression donne des cadeaux à son psychothérapeute. Plus ou moins à l'aise avec de petits cadeaux, celui-ci se sent obligé de réagir lorsque la valeur et la fréquence des cadeaux progressent de manière importante. La patiente se considère sans valeur et idéalise le psychothérapeute de façon grandiose et excessive. Elle se sent obligée de payer pour l'attention qu'elle reçoit sans, de son point de vue, en être digne. La patiente réagit au refus du prochain cadeau comme à un rejet de sa personne et fait une tentative de suicide. « C'est comme si vous m'aviez mise à la poubelle! » dit-elle au psychothérapeute.

La recherche le dit

La réception de cadeaux a été identifiée comme un des incidents critiques significatifs en psychothérapie (Plutchik, Conte et Karasu, 1994). Dans un questionnaire soumis à 223 psychothérapeutes, Willingham et Boyle (2010) rapportent que peu de cadeaux sont refusés (6,9 %). Les participants différencient une pratique sociale normale d'une situation excessive qui relève de la psychopathologie du patient.

Les cadeaux seront plus facilement acceptés s'ils sont évalués subjectivement comme ayant une faible valeur pécuniaire. Cela comprend les biscuits, les chocolats et autres cadeaux faits à la main par le patient. Le psychothérapeute tient compte du contexte culturel dans lequel le cadeau se situe (Noël, par exemple). Le cadeau de fin de thérapie est considéré comme une expression acceptable de gratitude. Les répondants au questionnaire exprimaient un certain plaisir à recevoir un cadeau, tout en reconnaissant l'aspect relationnel significatif. Interprété comme un simple geste de gratitude, le geste est peu souvent commenté.

La signification du cadeau, comme tous les autres événements de la vie, peut toutefois être explorée ou discutée en psychothérapie. Pourquoi les mots ne suffisent-ils pas? La valeur pécuniaire n'est pas la seule variable en jeu. Le cadeau peut être interprété comme un acte de gratitude, mais aussi comme un acte d'agression (Spandler et coll., 2000). Pourquoi le patient insiste-t-il pour donner un cadeau qui met pourtant le psychothérapeute mal à l'aise? Les patients qui exigent que leur cadeau soit exposé en permanence dans le bureau du psychothérapeute, qui donnent un cadeau à caractère intime, sensuel ou sexuel dépassant les frontières de la psychothérapie ou qui sont déjà connus pour leurs efforts répétés pour acheter l'affection des gens qui les entourent donnent au psychothérapeute une occasion d'intervenir qu'il ne faut pas laisser passer.

Certains psychothérapeutes reçoivent beaucoup de cadeaux alors que d'autres n'en reçoivent jamais (Spandler et coll., 2000). On peut alors se demander si certains comportements du psychothérapeute affaiblissent les frontières et encouragent sa propre gratification.

Certains cadeaux ont une signification explicite difficile à ignorer : un livre de formation à la psychothérapie, un livre expliquant les caractéristiques ethniques du patient, un livre présentant les réussites spectaculaires des personnes de même couleur de peau que le patient (Spandler et coll., 2000).

À l'intérieur de limites où le psychothérapeute n'adopte pas une attitude abusive, séductrice ou donnant un caractère de lucre à l'échange, l'attitude rigide de refus absolu de tout cadeau a laissé place dans la réalité à l'exploration de la signification du cadeau, à son impact sur la relation et sur le patient (Smolar, 2002). Comme pour tout comportement qui peut poser un problème éthique, la discussion avec les collègues et la vérification des règles pertinentes peuvent s'avérer nécessaires.

La situation décrite au début de cet article a été résolue lorsque le psychologue a expliqué à la patiente qu'il comprenait l'intensité de son besoin, mais aussi que, travaillant en milieu hospitalier, il ne voulait pas être payé deux fois pour son travail. Après l'avoir encouragée à nouveau à exprimer sa gratitude avec des mots et des cartes, il lui annonça que dorénavant tous ses cadeaux seraient reçus puis remis à la fondation de l'hôpital. La patiente vérifia si c'était bien le cas puis décida de faire du bénévolat pour la fondation, éliminant l'intermédiaire.

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

Bibliographie

- Plutchik, R., Conte, H. R., et Karasu, T. B. (1994). Critical Incidents in Psychotherapy, *American Journal of Psychotherapy*, 48, 1, 75-83.
- Smolar, A. I. (2002). Reflections on Gifts in the Therapeutic Setting: the Gift from Patient to Therapist. *American Journal of Psychotherapy*, 56, 1, 27-45.
- Spandler, H., Burmon, E., Goldberg, B., Margison, F. et Amos, T. (2000). A double-edged sword: understanding gifts in psychotherapy. *European Journal of Psychotherapy, Counselling & Health*, 3, 1, avril 2000, 77-101.
- Willingham, B., et Boyle, M. (2010). Not a neutral event: Clinical psychologists' experiences of gifts in therapeutic relationships. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 84, 170-183.



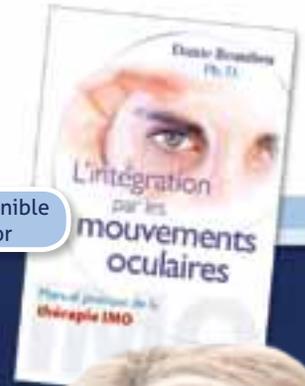
Intégration
par les mouvements
oculaires

IMO

Une solution globale et efficace aux souffrances
des personnes traumatisées.

Un traitement dont la rapidité honore le plein potentiel
d'autogénération 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. 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: 8-9 mai 2013
Toronto (in english): June 13-14, 2013
Montréal: 27-28 mars 2014

IMO-2 Montréal: 26-27 sept. 2013
25-26 sept. 2014

Formation continue IMO
Montréal: 26 mars 2014,
24 sep. 2014

8h30 à 17h30, les deux jours

Régulier: 650\$ + tx = 747,33\$ / pers. * Paiement trois semaines
avant la tenue de la
formation
Réservation*: 600\$ + tx = 689,85\$ / pers.
Communautaire: 400\$ + tx = 459,90\$ / pers.

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 Deslauriers, psychologue



**Thérapie
d'IMPACT**

UNE APPROCHE
VIVANTE,
DYNAMIQUE
ET IMPACTANTE

THÉRAPIE D'IMPACT

Montréal: 29-30-31 mai 2013, 28-29-30 mai 2014

TECHNIQUES D'IMPACT

Approche individuelle
Montréal: 24 mars 2014

Approche groupe, couple, famille
Montréal: 25 mars 2014

DÉVELOPPER L'INTELLIGENCE ÉMOTIONNELLE DES PETITS ET DES GRANDS

Montréal: 9 avril 2013, 9 avril 2014

BYE BYE ANXIÉTÉ

Montréal: 4 octobre 2013, 7 octobre 2014

L'ART DE SEMER

Montréal: 8 avril 2013, 10 avril 2014

RELATIONS INTERPERSONNELLES

Montréal: 10 avril 2013, 11 avril 2014

LE DEUIL ET SES ISSUES

Montréal: 3 octobre 2013, 9 octobre 2014

BURNOUT ET DÉPRESSION

Montréal: 2 octobre 2013, 8 octobre 2014

**Nouvelle
formation:**

**Êtes-vous Primate,
Automate ou Diplomate?**

Montréal: 20 mars 2013, 8 avril 2014,
10 octobre 2014
Québec: 2 avril 2013

Tarif par jour
9h à 16h

Réservation: 225\$ + tx = 258,69\$
Régulier: 250\$ + tx = 287,44\$
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: réservation moins de deux
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.

Grande 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

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



ASSUREZ-VOUS DE PROFITER DE LA **VIE**



ORDRE DES
PSYCHOLOGUES
DU QUÉBEC

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

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

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

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

1 800 361-8715
dpmm.ca/opq

MONTRÉAL | GATINEAU | JONQUIÈRE | QUÉBEC | TORONTO

Vous avez tout à y gagner!

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

Dale
Parizeau
Morris
Mackenzie



CABINET DE SERVICES FINANCIERS