

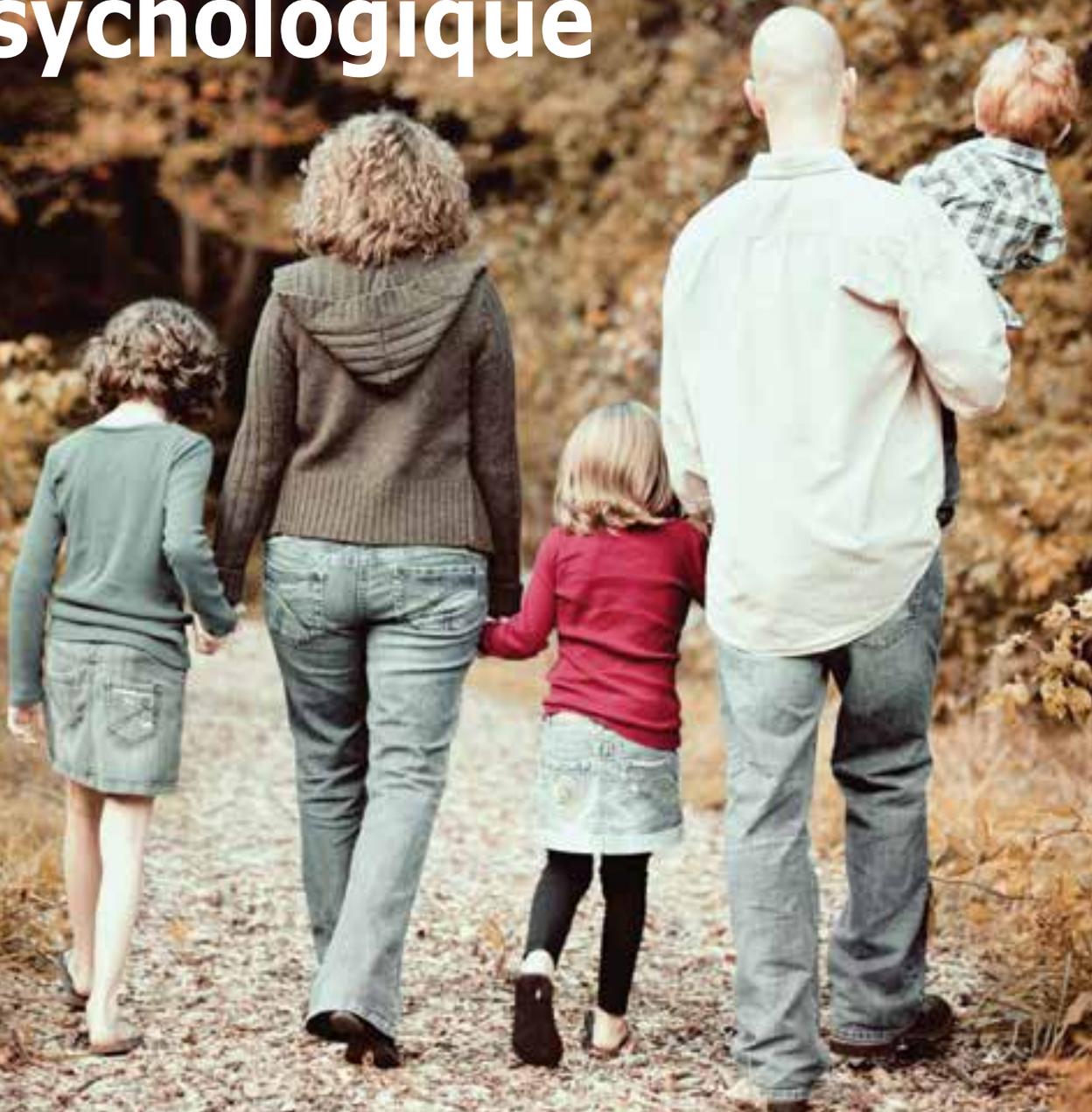
Psychologie

volume 30
numéro 06
novembre 13

Le magazine de l'Ordre des psychologues du Québec

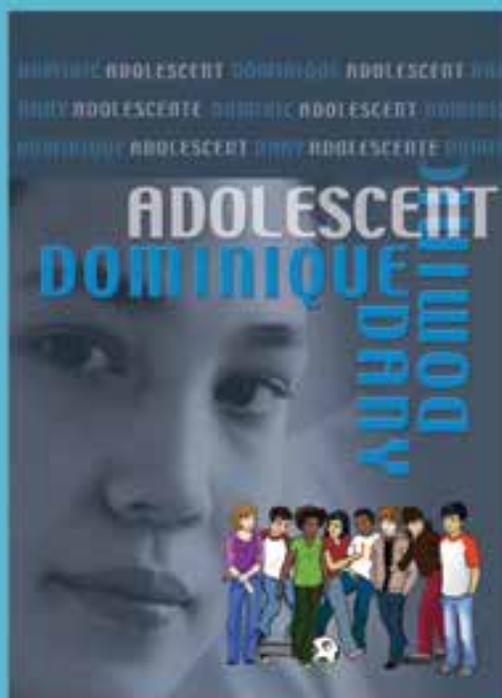
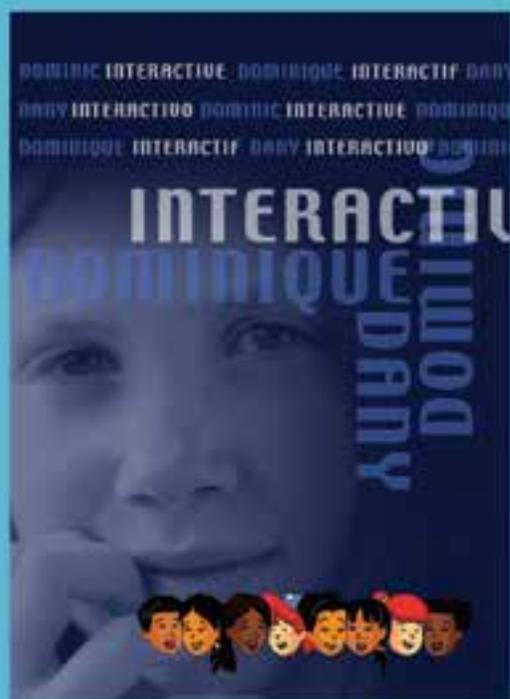
QUÉBEC

Famille et intervention psychologique



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

Narcissisme et Estime de Soi

*aspects neurodéveloppementaux
et implications pour la psychothérapie*

Avec Gilles Delisle, Ph.D.

- De l'attachement à l'estime de soi : trajets théoriques et cliniques
- Narcissisme et relations d'objet : les classiques à l'épreuve des neurosciences
- Neurodynamique des affects narcissiques et pathologies de la personnalité
- La régulation thérapeutique des affects narcissiques
- Mémoire narrative et herméneutique de l'estime de soi
- La compétence affective du psychothérapeute et les transferts narcissiques

QUÉBEC : les 19 et 20 décembre 2013
325 \$ (plus taxes)

MONTRÉAL : les 23 et 24 janvier 2014
325 \$ (plus taxes)

Les places sont limitées



*L'humanité de la conscience
n'est pas du tout dans ses pouvoirs
mais dans sa responsabilité.
Dans l'obligation à l'égard d'autrui :
c'est l'autre qui est premier.*

EMMANUEL LEVINAS

RENSEIGNEMENTS ET INSCRIPTIONS :

(514) 481-4134

administration@cigestalt.com

CIG
CENTRE
D'INTÉGRATION
GESTALTISTE

24 Famille et intervention psychologique

26

Quelle psychologie pour les familles en situation de vulnérabilité sociale?

D^r Carl Lacharité, psychologue

Quel rôle la connaissance et la pratique de la psychologie jouent-elles dans la réponse aux besoins manifestés par les familles vulnérables?

30

Annnonce d'un diagnostic d'une maladie dégénérative

Isabelle Tremblay, psychologue, Laurie Scullion, doctorante en neuro-psychologie clinique, D^{re} Julie Bouchard, psychologue, D^{re} Jacinthe Dion, psychologue et Maud-Christine Chouinard, Ph. D.

Des études démontrent que des facteurs sont à prendre en compte afin de trouver le moment propice pour annoncer à des parents le diagnostic d'une maladie dégénérative chez un enfant.

35

Comprendre le style parental optimal

D^{re} Mireille Joussemet, psychologue, Geneviève A. Mageau, Ph. D. et Julie Emond Pelletier, doctorante en psychologie

Parmi les déterminants environnementaux de la santé mentale des enfants, la qualité du style parental est considérée comme déterminante.

40

La thérapie 3W : *Watch, Wait and Wonder*

Nathalie Otis, psychologue

Une technique d'intervention centrée sur le changement des *patterns* relationnels entre les parents et les jeunes enfants visant à favoriser l'attachement.

Dépôt légal

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

Envoi en poste publication,
numéro de convention 40065731

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

Psychologie

QUÉBEC

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

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

sommaire

8

Pratique professionnelle

Le DSM-5 et l'évaluation des troubles mentaux

À défaut de présenter des entités diagnostiques qui soient toutes pleinement validées, le DSM-5 doit d'abord être utile sur le plan clinique.

18

Portrait

David Bélanger

Un grand ambassadeur de la profession dont la ligne de conduite s'est appuyée sur l'excellence.



07_

Éditorial

Les efforts d'implantation du projet de loi 21

12_

Déontologie

Réflexions déontologiques sur l'intervention auprès d'enfants

15_

Secrétariat général

Le point au sujet des assurances collectives offertes aux membres

17_

La publicité sur la psychothérapie connaît une deuxième vie sur le Web

22_

Plus facile de trouver un professionnel sur le site de l'Ordre

46_

Vient de paraître

47_

Activités régionales et des regroupements

48_

Tableau des membres / Registre des psychothérapeutes

50_

Petites annonces

54_

La recherche le dit

La douleur chronique chez les personnes âgées

Rédactrice en chef :: Diane Côté

Comité de rédaction ::

D^r Nicolas Chevrier, psychologue

D^r Richard Cloutier, psychologue

D^{re} Nathalie Girouard, psychologue

Rédaction :: Krystelle Larouche

Photos ::

Couverture :: Rosemarie Gearhart / E+ /Getty Images

Page 49 :: Alexa Tymocko

Publicité :: David St-Cyr

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 :

Janvier 2014 : 22 novembre 2013

Mars 2014 : 24 janvier 2014

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

Télécopie :: 514 738-8838

Courriel :: psyquebec@ordrepsy.qc.ca

Conception graphique et production ::

MichauDesign



ORDRE DES
PSYCHOLOGUES
DU QUÉBEC

Des protections adaptées à vos besoins?

C'est réglé.

Des protections complètes

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

Des économies avantageuses

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

* Réduction exclusive aux membres de l'OPQ



L'assurance multirisque : une réponse parfaite à vos besoins

1 800 644-0607
lacapitale.com



La Capitale
Assurances générales



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

Éditorial

Les efforts d'implantation du projet de loi 21

Il y a maintenant plus d'un an que le projet de loi 21 est en vigueur. L'implantation exige la contribution de bon nombre d'acteurs du système professionnel, mais aussi du système de santé, du système d'éducation, des gestionnaires, des professionnels, voire du public. Pour que chacun assume pleinement ses responsabilités face aux changements à effectuer, il doit pouvoir compter sur la collaboration des autres et, surtout, sur une compréhension commune de la loi et de ses objectifs. C'est là, selon moi, que réside la principale exigence. C'est par la voie de la communication qu'on y arrivera. Or, on le sait, communiquer, c'est bien plus que transmettre des informations. Communiquer, c'est transformer les manières de penser et d'agir.

Depuis l'adoption du projet de loi 21, et davantage encore depuis son entrée en vigueur, plusieurs efforts ont été déployés pour diffuser une interprétation commune de la loi, notamment sous la forme d'un guide explicatif endossé par tous les ordres professionnels visés. Un réseau des répondants a été mis sur pied pour en permettre la diffusion dans les milieux de pratique. Les ordres se sont penchés conjointement sur des problèmes qui leur étaient présentés par les professionnels, concernant principalement les interfaces entre deux champs de pratique, voire la frontière de certaines activités réservées. La tournée de toutes les régions du Québec nous a permis d'échanger avec une importante proportion de nos membres. Une ligne d'information a facilité l'accès à l'information et aux explications que l'Ordre pouvait donner aux psychologues, mais aussi aux gestionnaires, aux candidats aux permis et attestations ainsi qu'au public. Dans tous les cas, il s'agissait non seulement d'informer, mais de prendre le pouls des problématiques posées, des zones d'incompréhension ou d'inconfort et de s'en inspirer pour clarifier les points de vue et communiquer encore davantage.

Plusieurs inquiétudes ont été exprimées et ont été prises au sérieux. Elles viennent particulièrement de ceux qui craignent de ne plus pouvoir rendre les services qu'ils rendaient avec compétence et de ceux qui, par ailleurs, craignent une banalisation de la loi. Rappelons que le processus qui a mené à la réserve d'activités a été long et rigoureux afin, justement, de permettre la reconnaissance des compétences de chacun des groupes.

Une fois définie par la loi, la réserve d'une activité se doit d'être respectée par tous, tant dans le réseau public que privé. Le gouvernement, en tant qu'employeur, se doit de respecter les lois qu'il fait adopter en tant que législateur.

Je n'ai pas le pouvoir de calmer toutes les inquiétudes. Je peux toutefois affirmer que l'Ordre demeure vigilant et s'attend à ce que la loi prenne tout son sens dans la réalité. Nous poursuivons avec vigueur l'objectif de faire en sorte que le public québécois bénéficie de toutes les compétences, celles des psychologues, des détenteurs d'un permis de psychothérapeute, des neuropsychologues et des autres professionnels, dans le respect du cadre que des experts ont soigneusement élaboré et que le gouvernement a adopté. Nous avons adhéré au processus. Nous avons cru aux conclusions. Nous avons défendu l'adoption de la loi. Nous ne permettrons pas qu'elle soit ni banalisée, ni outrepassée indûment. Des changements en profondeur doivent s'accomplir, tant dans les organisations que dans les mentalités. Cela exige temps et patience, certes, mais cela se fera. Nous y veillons.

C'est dans cet esprit que l'Ordre a lancé une campagne de publicité télévisée à l'intention du grand public. Diffusée tout au long du mois d'octobre, elle avait un objectif clair : informer le public qu'avant d'entreprendre une psychothérapie, il doit s'assurer auprès de l'Ordre que le professionnel qu'il entend consulter est autorisé par la loi à la pratiquer. Par la même occasion, la campagne a fait réaliser à certains la nécessité d'obtenir un permis sans quoi ils devaient cesser de pratiquer la psychothérapie. Chaque action de communication apporte sa contribution à notre objectif ultime : l'implantation harmonieuse et efficace de la loi.

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

Pratique professionnelle

Le DSM-5 et l'évaluation des troubles mentaux



Pierre Desjardins / Psychologue

Directeur de la qualité et
du développement de la pratique

pdesjardins@ordrepsy.qc.ca

La loi 21 est venue confirmer l'habilitation des psychologues à évaluer les troubles mentaux. Bien sûr, il faut détenir les compétences requises pour exercer cette activité, dont celle liée à l'utilisation des manuels diagnostiques. Le guide explicatif de la loi 21 précise que l'évaluation des troubles mentaux se fait en se référant à un outil de classification reconnu, soulignant que la CIM¹ et le DSM² sont les outils les plus largement utilisés. De tels outils de référence proposent un langage commun afin que tous puissent avoir une même compréhension des conclusions diagnostiques. L'American Psychiatric Association (ci-après APA³) publiait en mai dernier le DSM-5, mettant ainsi fin à l'ère du DSM-IV. Cette publication a toutefois soulevé questionnements, appréhensions et controverses sur sa valeur, sa validité ou son utilité et plusieurs ont mis l'accent sur les choix idéologiques qui auraient soutenu cette mise à jour. Il demeure que le DSM-5, à défaut de présenter des entités diagnostiques qui soient toutes pleinement validées, doit d'abord être utile sur le plan clinique :

Jusqu'à ce que des mécanismes étiologiques ou physiopathologiques irréfutables soient identifiés pour valider pleinement des troubles spécifiques (ou dans le spectre d'un trouble), la norme la plus importante pour les critères d'un trouble du DSM-5 sera leur utilité dans l'évaluation de l'évolution clinique et de la réponse au traitement d'un individu, à partir d'un ensemble donné de critères diagnostiques⁴.

_LA VISION ET LES OBJECTIFS DE L'AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION

Le DSM-IV a eu cours durant près de deux décennies. Or, en matière de santé mentale, la conception de la maladie, les connaissances scientifiques de même que les façons de faire ont depuis beaucoup évolué. Il était donc plus que temps que soit révisé ce manuel si largement utilisé en Amérique du Nord. Le processus de mise à jour s'est étalé sur près de 10 ans. L'APA avait et a encore pour objectif de faire reposer les entités

diagnostiques sur des critères étiologiques, de sorte que l'on puisse reconnaître un trouble mental par sa source plutôt que par ses manifestations, comme c'est le cas en santé physique. Toutefois, cet objectif demeure ambitieux en santé mentale étant donné l'état actuel des connaissances. Ainsi, les critères pour confirmer la présence d'un trouble mental sont encore, pour une très grande part, déterminés par consensus obtenu auprès d'experts, de chercheurs et d'intervenants sur le terrain.

_LA MIGRATION VERS LE DSM-5

Nous voilà donc confrontés à une nouvelle mouture, le DSM-5, avec tout ce que cela peut comporter d'efforts d'adaptation ou de résistance. Bien que l'APA souligne que l'on peut recourir dès maintenant au DSM-5, cela ne peut pas se faire de façon aussi immédiate. En effet, outre les considérations de l'ordre des compétences à détenir ou à acquérir pour en faire l'utilisation, il demeure que, sur le plan strictement opérationnel, il est possible que cela place les assureurs ou autres instances devant l'obligation de modifier leurs politiques, de créer le cas échéant de nouveaux formulaires et d'adapter leurs systèmes informatiques. Sans fixer de date de péremption pour le DSM-IV-TR, l'APA s'attend à ce que la période de transition dure jusqu'au 1^{er} janvier 2014. Pour les francophones, un facteur additionnel entre en ligne de compte puisqu'on entend des échos voulant que le DSM-5 ne soit vraisemblablement pas traduit avant 2014-2015, ce qui en rend l'utilisation d'autant plus délicate.

Par ailleurs, il est important de souligner qu'en pareille période de transition les risques de confusion sont accrus et il faut s'assurer qu'il n'y ait pas d'équivoque quant au manuel diagnostique auquel renvoient les conclusions cliniques tirées et communiquées. Dans ce cas, comme en toutes autres situations d'ailleurs, il est important de citer ses sources, d'établir s'il y a lieu les correspondances entre les manuels et d'indiquer si les termes choisis sont des traductions libres.

_UN APERÇU DES PRINCIPAUX CHANGEMENTS

Le DSM-5 propose une nouvelle nomenclature des troubles mentaux. Les changements que cela comporte sont nombreux, de petite ou de grande importance, attendus, surprenants ou discutables, et ce, sur différents plans. Dans le cadre de cette chronique, nous en rapportons quelques-uns, de façon succincte, et nous en évoquons quelques autres, en allant du général au particulier. Mais tout d'abord, on aura remarqué que la cinquième version du DSM est présentée en chiffre arabe plutôt qu'en chiffres romains comme les précédentes, soit DSM-5 plutôt que DSM-V, apparemment pour des motifs de clarté.

Changements d'ordre général

Disparition du système multiaxial

Il faut souligner la volonté première de l'APA de rapprocher le DSM et la CIM. La disparition du système multiaxial va dans ce sens. Soulignons que l'utilisation de ce système, propre au DSM et recommandée antérieurement par ses auteurs, n'a toutefois jamais été requise pour tirer des conclusions diagnostiques. De fait, on a constaté que peu de professionnels documentaient les cinq axes. Le DSM-5 combine ainsi les axes I, II et III et supprime les axes IV et V. Il demeure possible toutefois de rapporter des informations d'ordre psychosocial ou environnemental (axe IV), bien que l'on n'ait pas retenu la nécessité d'en faire la classification. Ceci a contribué à alimenter les critiques disant que le DSM-5 proposerait une vision réductrice, voire médicalisée, de la santé mentale, en supprimant l'espace consacré aux déterminants sociaux de la santé mentale. Quant à l'évaluation globale du fonctionnement (axe V), on a conclu que les résultats qu'on en tirait n'étaient pas vraiment fiables vu les faiblesses conceptuelles d'une telle échelle (reposant sur un continuum présumé santé mentale/maladie) et la validité douteuse des outils psychométriques associés. On propose plutôt d'utiliser un autre outil pour mesurer le fonctionnement, soit celui que rend disponible l'Organisation mondiale de la santé⁵.

Vers une approche dimensionnelle

On a fait le constat que les catégories diagnostiques du DSM-IV-TR étaient étroites, spécifiques, exclusives, et que leur définition ne rendait pas bien compte de la réalité qu'elles tentaient de circonscrire. Ainsi, les utilisateurs du manuel :

- recouraient largement à la sous-catégorie « trouble non spécifié » pour livrer des conclusions qui ne répondaient pas tout à fait aux critères retenus pour plusieurs catégories;
- rapportaient de façon importante la présence de nombreux troubles concomitants, ce qui a eu pour effet de soulever de sérieux doutes quant à la validité des catégories;
- recommandaient fréquemment un même traitement pour plusieurs troubles, cela remettant en question leur spécificité.

Pour tenter de remédier à cela, le DSM-5 combine ou recombine des catégories diagnostiques, introduit l'aspect dimensionnel, comme on peut le voir avec l'utilisation du concept de spectre (p. ex. spectre de l'autisme, spectre de la schizophrénie), et généralise l'utilisation des degrés de sévérité, comme c'était le cas pour le retard mental, entre autres. L'ajout d'une sous-catégorie « trouble autrement spécifié » à celle de « trouble non spécifié » permet aussi l'élargissement des catégories pour y faire entrer, au jugement du professionnel, et décrire ce qui ne répond pas exactement aux critères retenus.

Considérations d'ordre développemental

On ne retrouve plus dans le DSM-5 la section traitant des troubles habituellement diagnostiqués pendant la première enfance, la deuxième enfance ou l'adolescence. Bon nombre de ces troubles sont toujours présents à l'âge adulte et peuvent de fait être diagnostiqués plus tard (p. ex. TDAH). Cela ne signifie pas cependant que l'on ait cessé d'avoir des considérations développementales et, d'ailleurs, la séquence des présentations des troubles dans le manuel repose sur l'étape de développement où ils sont susceptibles de se présenter.

Changements d'ordre particulier

Il y a ici beaucoup de changements, mais nous ne présenterons que quelques entités diagnostiques parmi celles qui font l'objet soit des questions qui nous sont adressées le plus fréquemment, soit de préoccupations sociétales importantes.

La déficience intellectuelle

La combinaison des trois premiers axes du DSM-IV-TR a eu pour conséquence d'intégrer le retard mental dans la grande catégorie des troubles neurodéveloppementaux. Plusieurs se réjouiront de constater sa nouvelle appellation : déficience intellectuelle⁶, expression qui se veut plus respectueuse des personnes touchées et, espère l'APA, qui prêterait moins à la stigmatisation. De plus, le degré d'atteinte (léger, modéré, sévère ou profond) est dorénavant déterminé en regard du fonctionnement adaptatif plutôt que du quotient intellectuel. Par ailleurs, on a ajouté une nouvelle entité diagnostique dans la catégorie des déficiences intellectuelles, soit le retard global de développement⁷, utilisé sur le terrain depuis longtemps déjà.

Les troubles de la communication

Les changements portent ici, entre autres, sur les termes et expressions utilisés et aussi sur l'introduction d'un nouveau trouble, soit le trouble de la communication sociale. Il faudra toutefois s'assurer que la présence de ce trouble ne s'explique pas par un trouble du spectre de l'autisme.

Les troubles du spectre de l'autisme

Cette expression remplace celle des troubles envahissants du développement et un seul spectre recouvre maintenant les anciennes catégories qu'il n'y aurait plus lieu de dissocier, soit : le trouble autistique, le trouble désintégratif de l'enfance, le syndrome d'Asperger et le trouble envahissant du développement non spécifié. On a également combiné les critères d'interaction sociale et de communication et le syndrome de Rett devient une condition différentielle.

Le trouble déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité

On a classé le TDAH dans la catégorie des troubles neuro-développementaux. En effet, bien que ce trouble donne lieu à des difficultés sur le plan du contrôle de soi, on le distingue des troubles de la conduite, des troubles oppositionnels ou autres comportements perturbateurs qui se trouvaient antérieurement regroupés avec le TDAH dans une même catégorie. Par ailleurs, on a défini deux seuils différents, un pour permettre le diagnostic chez les enfants et les adolescents et un autre, moins élevé, chez les adultes.

Le trouble spécifique des apprentissages

Les différents troubles des apprentissages que sont le trouble de la lecture, le trouble du calcul et le trouble de l'expression écrite sont regroupés en une seule entité diagnostique, considérant notamment qu'en réalité ils surviendraient rarement seuls. Toutefois, on a fait de ces trois troubles des domaines comportant des sous-domaines et il demeure possible de spécifier lesquels sont atteints (p. ex. trouble spécifique des apprentissages avec atteinte de la lecture).

Les troubles bipolaires et autres troubles reliés

La grande catégorie des troubles de l'humeur disparaît et les troubles bipolaires se distinguent maintenant des troubles dépressifs, ce qui implique par ailleurs de nombreux changements. Soulignons que le critère de changement permettant de

conclure à un trouble de cette catégorie renvoie dorénavant non seulement à l'humeur, mais aussi au niveau d'énergie et d'activité.

Les troubles dépressifs

On a introduit plusieurs nouveaux troubles dépressifs dont on ne fera pas ici état. Mentionnons toutefois que certains changements (p. ex. la création du trouble dysphorique prémenstruel et la disparition du critère d'exclusion pour le deuil) suscitent la controverse et renforcent la perception de ceux qui soutiennent que le DSM-5 considérerait des conditions « normales » comme des « maladies ». À noter cependant que pour la personne endeuillée, on propose une grille d'analyse intéressante pour statuer sur la nature « dépressive » de sa condition.

Les troubles anxieux

Il y a ici une importante reconfiguration des troubles et ceux qui étaient auparavant regroupés sous le seul grand chapeau des troubles anxieux sont maintenant ventilés en trois catégories différentes : les troubles anxieux, les troubles obsessionnels compulsifs et autres troubles associés et les troubles associés au stress et aux traumatismes⁸. Indistinctement de chacune de ces catégories, des troubles ont été éliminés (p. ex. l'hypochondrie), d'autres sont regroupés, ou conceptualisés différemment (p. ex. les phobies) et de nouveaux sont apparus (p. ex. trouble d'accumulation compulsive⁹).

ENSEIGNER LA MÉDITATION PLEINE CONSCIENCE: OUTILS PRATIQUES ET COMPRÉHENSION DE L'INTERFACE PSYCHOLOGIE/SPIRITUALITÉ	
 <p>Formateur: Roger Marcaurelle, Ph.D., est psychologue clinicien et professeur associé de psychologie à l'UQAM. Sanskritiste et docteur en sciences des religions, il a été chargé de cours au département de sciences des religions de l'UQAM. Il enseigne la méditation depuis près de 40 ans.</p>	<p style="text-align: center;">Formation complète à Québec</p> <p>Volets 1 à 3 : ateliers Dates : samedi au dimanche Volet 1) 30 nov-1 déc. 2013 Volet 2) 18-19 janvier 2014 Volet 3) 15-16 mars 2014 Frais : 448,40 \$ par volet (tx incl.)</p> <p>Volet 4 : retraite de méditation Dates : jeudi (soir) au dimanche 10-13 avril 2014 Frais : (incluant hébergement pour 3 nuits et repas) Occ. simple : 706,53 \$ (tx incl.)</p>
<p>Objectifs : Au terme de l'activité, le participant sera en mesure de :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Décrire et différencier les diverses formes de méditation pleine conscience (MPC); 2. Pratiquer la MPC dans sa vie personnelle; 3. Enseigner les principales formes de MPC de manière efficace et assurer un suivi adéquat des expériences des clients concernant la pratique de la MPC; 4. Appliquer la MPC à la lumière des données probantes, de l'étude comparée des diverses formes de méditation et de l'interface psychologie/spiritualité. 	<p style="text-align: center;">INFORMATIONS ET INSCRIPTION PleniSources.com/Enseigner</p> <p style="text-align: center;">43h reconnues (OPQ). Aucun pré-requis.</p>

Les dysfonctions sexuelles

Il n'est plus question de troubles sexuels, mais bien de dysfonctions sexuelles, de sorte que ce ne sont plus les mêmes entités diagnostiques qui y sont regroupées. Les paraphilies et le trouble de l'identité sexuelle n'en font plus partie. Dans le premier cas, il est maintenant question de troubles paraphiliques et dans le second, on ne considère plus que ce soit un trouble de l'ordre de l'identité puisque la personne qui en est affectée sait qui elle est, bien qu'elle en souffre. On réfère maintenant à la dysphorie de genre, avec possibilité qu'y soit ou non rattaché un trouble du développement sexuel.

Les troubles neurocognitifs

Cette section a été renommée, réaménagée et des critères ont changé. La démence et le trouble amnésique sont regroupés dans la sous-catégorie des troubles neurocognitifs majeurs. On a créé également une sous-catégorie pour les troubles neurocognitifs dont l'impact est moins important : le trouble neurocognitif léger. La différence entre un trouble léger et un trouble majeur tiendrait notamment à l'impact sur le fonctionnement autonome de la personne. Le défi sera de distinguer le trouble léger du vieillissement normal (ceci ajoute à l'impression que le DSM-5 « pathologiserait » la normalité). À noter que cette catégorie peut également correspondre non pas à l'évaluation des troubles mentaux, mais bien à l'évaluation des troubles neuropsychologiques lorsque les critères renvoient à l'évaluation des fonctions cognitives (fonctions mentales supérieures).

Les troubles de la personnalité

Malgré d'importants travaux sur la question et de fortes remises en question de ce que regroupait l'axe II, le DSM-5 reproduit exactement ce qui se trouvait dans le DSM-IV-TR. Il semble que le consensus n'a pas été possible et on a choisi plutôt d'ajouter pour étude un modèle alternatif des troubles de la personnalité (chapitre trois du manuel).

_CONCLUSION

En matière de santé mentale, rien n'est simple. Établir de façon consensuelle ce qui constitue un trouble mental et en déterminer les critères ne peut que difficilement faire abstraction du contexte sociétal dans lequel s'inscrit ce processus, alors que se jouent des rapports de force mettant en cause des valeurs ou des idéologies qui tantôt se complètent, tantôt s'opposent.

Les attentes étaient grandes à l'endroit du DSM-5 et la réalité, dans de telles circonstances, suscite proportionnellement à ces attentes certaines déceptions, notamment quand ce qui est présenté ne correspond pas à la conception que l'on se fait de la santé et de la maladie. La communauté scientifique et professionnelle ne doit pas pour autant abandonner le projet de développer des outils utiles sous prétexte qu'il est difficile de cerner une réalité complexe et d'en rendre compte à la satisfaction de tous.

Bien sûr, le DSM-5 n'est pas un outil parfait, pas plus d'ailleurs que les versions précédentes de ce manuel. Pour en faire une juste critique, il faut cependant en savoir plus que ce qu'on en entend. Nous avons en tant que psychologues des devoirs d'objectivité et de modération¹⁰ et, lorsque vient le temps de donner son opinion professionnelle, il faut éviter de discréditer sans fondement les méthodes psychologiques usuelles ou nouvelles, différentes de celles que l'on utilise, quand celles-ci satisfont aux principes professionnels et scientifiques généralement reconnus en psychologie¹¹.

Pour plus d'information sur le DSM-5, nous vous invitons à consulter le site de l'APA au www.dsm5.org/Pages/Default.aspx. On y présente sommairement les principaux changements, on répond aux questions les plus fréquentes et on rend disponibles des instruments de mesure adaptés au DSM-5 qui peuvent être utiles pour conclure à la présence d'un trouble mental¹².

_Notes

- 1 Classification internationale des maladies.
- 2 Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux.
- 3 Ne pas confondre avec l'American Psychological Association.
- 4 American Psychiatric Association (2013). *American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition* (5^e éd.), Arlington, American Psychiatric Publishing, p. 20 (traduction libre).
- 5 Il s'agit du WHODAS, soit le *World Health Organisation Disability Assessment Schedule* que le DSM-5 met à l'étude.
- 6 Le DSM-5 n'étant pas encore disponible en français, nous avons pris la liberté d'utiliser certains termes ou expressions françaises, sous réserve de ce qui pourrait être retenu dans la traduction officielle à venir. L'expression originale anglaise est *intellectual disability (intellectual developmental disorder)*.
- 7 L'expression originale anglaise est *global developmental delay*.
- 8 Les expressions anglaises originales sont *anxiety disorders, obsessive-compulsive and related disorders* et *trauma and stressor-related disorders*.
- 9 L'expression originale anglaise est *hoarding disorder*.
- 10 Voir l'article 7 du Code de déontologie des psychologues du Québec, chapitre II – Devoirs généraux.
- 11 Voir l'article 60 du Code de déontologie des psychologues du Québec, chapitre IV – Devoirs et obligations envers le public.
- 12 Ce sont des questionnaires ou inventaires intitulés (en anglais) : *Level 1 Cross-Cutting Symptom Measures, Level 2 Cross-Cutting Symptom Measures, Disorder-Specific, Severity Measures, Disability Measures, Personality Inventories, Early Development and Home Background, Cultural Formulation Interviews*.

Déontologie

Réflexions déontologiques sur l'intervention auprès d'enfants



Serge Tremblay / Psychologue
Conseiller à la déontologie

Cette chronique présente les réponses données à des psychologues qui consultent le bureau du syndic. Le conseiller à la déontologie reçoit régulièrement des demandes de précisions sur l'échange de renseignements entre les psychologues et les intervenants des centres jeunesse. Une autre question fréquemment soulevée concerne les interventions auprès d'enfants d'une même famille.

_ÉCHANGE DE RENSEIGNEMENTS ENTRE PSYCHOLOGUES ET INTERVENANTS DES CENTRES JEUNESSE

Question : « Je viens de recevoir un appel d'un intervenant autorisé du Directeur de la protection de la jeunesse (DPJ). Celui-ci veut des renseignements au sujet d'un enfant que j'ai suivi dernièrement. Je me demande si je peux répondre à ses questions... »

Réponse : Les rapports entre les psychologues et les intervenants autorisés des centres jeunesse font souvent l'objet de questions adressées au conseiller en déontologie. Le psychologue ne sait pas toujours s'il doit partager ou non des renseignements avec l'intervenant au sujet d'un enfant ou de ses parents faisant l'objet d'un signalement. Le présent texte ne s'attardera qu'aux situations où le psychologue n'est pas celui ayant fait le « signalement » au DPJ. Il va de soi que lorsque le psychologue fait lui-même un signalement, il donne les renseignements pertinents au DPJ.

Cette question appelle une réponse nuancée selon le secteur d'activités du psychologue. Selon que le psychologue travaille dans le réseau de la santé et des services sociaux, en milieu scolaire ou en privé, il se référera à des critères différents pour répondre aux demandes d'information d'un intervenant autorisé par le DPJ.

Les psychologues du réseau de la santé

Les psychologues employés dans le réseau de la santé et des services sociaux, notamment les CH, les CLSC, les centres jeunesse, les centres de réadaptation et les CHSLD, se doivent de collaborer avec les intervenants des centres jeunesse, sans obtenir, d'abord, le consentement des parents de l'enfant de moins de 14 ans ou du jeune lui-même s'il est âgé de plus de 14 ans. De même, lorsqu'on lui demande verbalement des informations concernant les parents, il n'a pas besoin de leur consentement.

Dans les établissements du réseau, un représentant autorisé du centre jeunesse peut même obtenir une copie du dossier de l'enfant concerné, toujours sans l'obtention des consentements habituels. Une exception, cependant : le dossier des parents ne peut être consulté ou copié qu'avec l'autorisation du tribunal. Ce sont les modifications apportées à la Loi sur la protection de la jeunesse en 2006 qui simplifient les procédures d'accès aux dossiers des établissements du réseau de la santé et des services sociaux lorsque le DPJ enquête à la suite d'un signalement.

Il est important de souligner que, malgré cette possibilité de partager les informations avec l'intervenant délégué du centre jeunesse, le psychologue doit, dans le respect du secret professionnel, ne révéler que des renseignements pertinents à la situation de compromission exposée par le demandeur. Cette règle prévaut également en milieu scolaire ou en pratique privée, même si le psychologue a obtenu le consentement des personnes lui permettant de partager des informations à leur sujet avec un intervenant autorisé des centres jeunesse.

Les psychologues du milieu scolaire et en pratique privée

Les psychologues travaillant dans les écoles et ceux œuvrant en privé sont aussi fréquemment sollicités par les intervenants des centres jeunesse pour donner des informations sur leurs clients dont la situation de compromission fait l'objet d'une enquête. Ici la règle de la confidentialité s'applique et seuls les parents d'un enfant âgé de moins de 14 ans ou ce dernier s'il est âgé de plus de 14 ans peuvent autoriser le psychologue à donner des renseignements les concernant au représentant du centre jeunesse. Cela vaut également pour le dossier des parents, lesquels pourraient cependant consentir à la divulgation de renseignements consignés par le psychologue. Il faut noter par ailleurs qu'une ordonnance du tribunal oblige les psychologues à donner accès aux renseignements demandés.

_INTERVENTIONS AUPRÈS D'ENFANTS D'UNE MÊME FAMILLE

Question : « Des parents me demandent d'intervenir auprès de leur fille âgée d'une dizaine d'années. Il y a deux ans environ, je suivais son jeune frère de 6 ans pour des difficultés à l'école. Étant donné qu'ils sont de la même famille, puis-je rencontrer la fillette qui présente une problématique très différente de son petit frère? »

Réponse : Le psychologue qui envisage d'intervenir auprès de membres d'une même famille doit nécessairement tenir compte de certains facteurs avant de prendre une décision à cet égard. En effet, même si, au sens strict de ce qui est stipulé dans la section IV du code de déontologie des psychologues, le psychologue en milieu scolaire ou en cabinet privé n'est pas en conflit d'intérêts. Il doit toutefois demeurer vigilant afin d'éviter de le devenir. Par ailleurs, il doit se préoccuper du conflit de rôles que cette situation particulière peut générer auprès de membres d'une même famille. En effet, ses clients peuvent se demander s'il ne privilégie pas le traitement de l'un au détriment de l'autre, s'il n'utilise pas le matériel recueilli auprès de l'un au détriment de l'autre ou s'il maintient ou non son secret professionnel en pareilles circonstances. Ce n'est généralement pas le cas, mais il s'agit cependant de perceptions du client qui peuvent interférer avec son intérêt, et ce, d'autant plus que les clients d'une même famille ont l'occasion de discuter entre eux de leur traitement. Le psychologue doit également évaluer dans quelle mesure il pourra maintenir sa neutralité lorsqu'il reçoit de ses clients des perceptions différentes de la même situation familiale ou du même tiers. Toutefois, chez de très jeunes clients, de telles perceptions ne se mentalisent pas nécessairement, ce qu'il revient au psychologue d'évaluer.

En milieu scolaire, il est assez fréquent qu'un psychologue procède à l'évaluation intellectuelle de deux enfants de la même famille au cours des années scolaires. Comme il ne s'agit pas ici d'une démarche de relation d'aide ou de psychothérapie, les enjeux sur le plan du conflit d'intérêts et de rôles sont beaucoup moins susceptibles d'être présents, et ce, d'autant plus que ces évaluations sont souvent réalisées à des années d'intervalle, alors qu'un des enfants peut en être rendu au secondaire. Ces facteurs, selon les mêmes paramètres, pourraient aussi permettre plus facilement le traitement de deux enfants d'une même famille. Considérons par exemple les parents qui demandent un suivi au psychologue pour leur garçon âgé de 6 ans qui a un problème de timidité qui nuit à ses interactions sociales.

Deux ans plus tard, les mêmes parents demandent au psychologue des consultations pour leur fille de 9 ans, qui cette fois, leur semble un peu hyperactive et peu attentive en classe. Le psychologue, dans les situations illustrées, doit bien sûr utiliser son jugement clinique et ses connaissances déontologiques, mais pourrait plus aisément conclure qu'il n'est pas à risque ici de conflit de rôles ou d'intérêts.

Ces exemples démontrent bien que des situations cliniques en apparence semblables peuvent appeler des réponses différentes selon le contexte et les caractéristiques inhérentes aux clients. L'exercice du jugement clinique et le recours aux connaissances déontologiques sont alors d'autant plus recommandés afin que le psychologue prenne une décision éclairée à l'égard d'une réalité clinique aux paramètres variables.

_Bibliographie

Gouvernement du Québec. Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Communiquer pour protéger les enfants*, 2008.

Ordre des psychologues du Québec. *Le signalement au DPJ et les demandes d'information provenant des intervenants autorisés*, fiche déontologique, novembre 2006, www.ordrepsy.qc.ca/pdf/0Fiche_Deonto_Nov06.pdf.

Gouvernement du Québec. Code de déontologie des psychologues, Code des professions, L.R.Q., c. C-26, a. 87.



PROGRAMMATION 2013-2014

CONFÉRENCE



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

Dre Caroline Berthiaume, Ph.D., psychologue

Québec : 8 novembre 2013
Sherbrooke : 2 mai 2014

Coût : 180 \$ + tx — Nb d'heures : 6



Le nouveau DSM-5 : réflexion critique pour la pratique

Dr Pierre Lalonde, MD, psychiatre

Montréal : 15 novembre 2013

Coût : 115 \$ + tx — Nb d'heures : 3,5



Le piège du bonheur : introduction à l'ACT

Dr Pierre Cousineau, Ph.D., psychologue

Le piège du bonheur
Québec : 22 novembre 2013
Montréal : 18 janvier 2014
Trois-Rivières : 17 janvier 2014

Coût : 180 \$ + tx
Nb d'heures : 6

La thérapie des schémas : modèle de base

La thérapie des schémas

Québec : 13-14 mars 2014
Montréal : 27-28 mars 2014

Coût : 330 \$ + tx
Nb d'heures : 12



La TCC en santé mentale : atelier d'introduction au modèle et à ses applications

Amélie Seidah, Ph.D., psychologue

Montréal : 29 novembre 2013
Québec : 6 décembre 2013

Coût : 180 \$ + tx — Nb d'heures : 6

CONFÉRENCE



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

Dr Jean Goulet, MD, M.Sc., psychiatre

Montréal : 9 janvier 2014 ou 9 mai 2014

Coût : 180 \$ + tx — Nb d'heures : 6



La supervision clinique

Dr Conrad Lecomte, Ph.D., psychologue

Québec : 7 février 2014
Montréal : 28 février 2014

Coût : 180 \$ + tx — Nb d'heures : 6



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

Dr Frédérick Dionne, Ph.D., psychologue

Québec : 21 février 2014
Montréal : 27 février 2014

Coût : 100 \$ + tx — Nb d'heures : 3,5



La thérapie cognitivo-comportementale dans le traitement de la fibromyalgie

Dre Evelyne Trahan, D.Psy., psychologue

Québec : 4 avril 2014
Montréal : 25 avril 2014

Coût : 180 \$ + tx — Nb d'heures : 6

INVITÉS INTERNATIONAUX



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

Dr Matthieu Villatte, Ph.D., psychothérapeute

Trois-Rivières : 3-4 mars 2014
Montréal : 6-7 mars 2014
Québec : 10-11 mars 2014

Coût : 340 \$ + tx — Nb d'heures : 14



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

Dre Kristin Neff, Ph.D., professeure

Montréal : 11 avril 2014 (Palais des Congrès)

Coût : 215 \$ + tx — Nb d'heures : 6

FORMATION EN ANGLAIS AVEC TRADUCTION
SIMULTANÉE



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

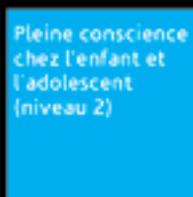
Dre Sandrine Deplus, Ph.D., psychologue

Montréal : 8 avril 2014
Québec : 22 avril 2014

Coût :

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

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



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

Montréal : 9 avril 2014
Québec : 23 avril 2014

Les interventions psychologiques basées sur la pleine conscience avec les parents

Montréal : 10 avril 2014
Québec : 24 avril 2014

Choisissez un parcours de formation en fonction de vos besoins!

IFTCC.COM

Obtenez un rabais allant de 10 à 15 % en vous inscrivant simultanément à 3 formations et plus

Secrétariat général

Le point au sujet des assurances collectives offertes aux membres



Stéphane Beaulieu / Psychologue

Secrétaire général

sbeaulieu@ordrepsy.qc.ca

Plusieurs membres ont contacté l'Ordre au sujet du programme d'assurances collectives qui leur est accessible. On parle ici du programme d'assurance vie, invalidité, santé et médicaments. Certains s'interrogent sur la nécessité de souscrire à l'assurance médicaments, d'autres remettent en question les coûts. Nous aborderons la chose sous trois angles, en commençant par un rappel au sujet du programme actuel, pour ensuite aborder la question des coûts de l'assurance médicaments ainsi que le cadre légal.

_LE PROGRAMME ACTUEL

Rappelons d'entrée de jeu qu'en prévision du renouvellement du contrat en 2011, l'Ordre a procédé à un appel d'offres auprès de plusieurs assureurs, parce que le temps était venu de revoir les propositions sur le marché et aussi parce que le conseil d'administration, sur recommandation de l'assemblée générale des membres, l'avait demandé.

Il faut savoir que l'Ordre engage un courtier, Dale Parizeau Morris Mackenzie, qui a le mandat de nous recommander le meilleur programme au meilleur prix possible. En 2011, 10 compagnies d'assurances offrant des programmes collectifs avaient été sollicitées et quatre assureurs avaient soumis une offre. Le résultat de la démarche s'était conclu par l'octroi d'un contrat à la compagnie d'assurance La Capitale. Ce choix avait été fait après l'examen détaillé de toutes les offres reçues et La Capitale présentait alors la meilleure offre dans l'ensemble.

Le contrat avec La Capitale comportait une baisse des taux pour l'assurance vie et l'assurance invalidité de 10 % et un gel des taux de 5 ans pour l'assurance vie et de 3 ans pour l'invalidité. Les taux pour les soins dentaires n'ont subi aucune augmentation et ont aussi été gelés pour 2 ans. La hausse de coûts des médicaments avait alors été limitée à 5 % pour la première année, ce qui est une faible augmentation, considérant les hausses connues dans les années antérieures avec l'assureur précédent. Il faut savoir que l'Ordre avait de plus négocié avec l'assureur le calcul d'une « réserve » ayant pour objet de limiter l'impact de la hausse des primes pour l'assurance médicaments pour les années subséquentes. Cette réserve a été appliquée en 2012 afin de réduire une hausse.

_L'ASSURANCE MÉDICAMENTS

Plusieurs membres de l'Ordre nous ont posé des questions au sujet de la hausse des coûts des primes d'assurance. Il faut savoir que les hausses de primes d'assurances ne sont pas observées seulement chez les psychologues. La majorité des programmes collectifs ont subi des hausses substantielles au cours des dernières années. Les hausses annuelles moyennes, pour les médicaments seulement, varient de 10 à 15 % depuis plusieurs années dans de nombreux programmes.

Deux facteurs expliquent les hausses de coûts : l'expérience du groupe et la hausse des prix des médicaments. La hausse des prix des médicaments est observée partout dans le monde et elle découle notamment des hausses imposées par les compagnies pharmaceutiques. Quant à l'expérience du groupe, on entend par là le ratio entre les primes payées par les adhérents et les réclamations payées par l'assureur pendant une année. La consommation annuelle de médicaments influence directement l'expérience d'un groupe. L'équation est simple, les psychologues versent des primes et l'assureur rembourse des prescriptions. Si le montant réclamé en remboursement de médicaments est supérieur à celui versé en primes par les psychologues, l'expérience est dite « mauvaise » et les primes doivent être majorées. Si une année les psychologues consomment moins de médicaments, les primes n'augmenteront pas ou elles diminueront, le cas échéant.

L'âge moyen du groupe et les maladies chroniques sont d'autres facteurs qui ont un impact sur l'expérience d'un groupe. Il est connu que l'âge moyen du groupe des psychologues est à la hausse. Le risque de maladie étant un facteur qui augmente en même temps que l'âge, plus le corps professionnel vieillit, plus la consommation de médicaments augmente. Ceci se traduit malheureusement en une « dégradation » de l'expérience et une hausse des coûts des primes d'assurance.

L'arrivée de nouveaux médicaments pour le traitement de certaines maladies graves contribue aussi à la hausse des coûts. Bien entendu, ces nouveaux traitements sont demandés parce qu'ils sauvent des vies ou améliorent la qualité de vie. Ils ont un coût, toutefois, qui se répercute sur l'ensemble des coûts globaux du programme.

Dans leurs commentaires, certains membres nous disent : « Je connais une personne qui souscrit à un programme collectif offert par un employeur et elle paye beaucoup moins cher que le programme de l'Ordre! » Ce genre de comparaison est à considérer avec prudence. Lorsqu'on connaît la mécanique des assurances, notamment la question de l'expérience, qui est influencée par les caractéristiques propres à chaque groupe, on comprend qu'il est hasardeux de comparer le groupe de l'Ordre des psychologues avec un groupe d'employés d'un hôpital ou d'une compagnie d'aéronautique. À titre d'exemple, une différence de 3 ans dans la moyenne d'âge entre deux groupes peut se refléter en une différence de taux de 20 %! D'autre part, la majorité des employeurs financent une partie des programmes d'assurances collectives dans le cadre de programmes d'avantages sociaux, ce qui réduit la facture que chaque employé doit payer. C'est pourquoi il est difficile de comparer l'assurance groupe d'un ordre professionnel pour ses membres avec celle d'un programme employeur-employé.

Plusieurs psychologues font des commentaires quant à la comparaison des coûts entre le régime public et le régime privé : « Le régime privé coûte beaucoup plus cher que le régime public! » Il faut savoir que la portion publique du régime universel d'assurance médicaments, financée par l'État, est déficitaire depuis plusieurs années. Ainsi, des déficits sont « épongés » périodiquement par le gouvernement. Or, la portion privée, qui incombe aux compagnies d'assurances, ne peut pas être déficitaire, par définition. Ainsi, d'une année à l'autre, si un programme privé d'assurance a été déficitaire en raison d'une « mauvaise expérience », les primes sont automatiquement augmentées l'année suivante afin de prévenir un nouveau déficit.

_LA LOI SUR L'ASSURANCE MÉDICAMENTS

La Loi sur l'assurance médicaments rend le régime d'assurance médicaments obligatoire pour tous. En optant pour un régime universel, le gouvernement du Québec a opté pour le choix d'un modèle comportant un volet public et un volet privé. En vertu de cette Loi, les personnes qui sont membres d'un ordre professionnel doivent souscrire à l'assurance médicaments si leur ordre offre un programme collectif d'assurance. C'est le cas chez les psychologues. Tous les psychologues sont tenus d'adhérer au régime d'assurance médicaments offert par l'Ordre, à moins d'avoir accès à un régime collectif via un employeur ou un conjoint. Cette obligation n'existe plus après 65 ans.

Comprenons-nous bien, l'obligation légale ici, est celle applicable aux membres. Le membre a l'obligation de souscrire à l'assurance médicaments lorsque son ordre professionnel offre un programme collectif. L'Ordre, quant à lui, n'est pas obligé d'offrir un tel programme aux membres. Certains nous ont demandé : « Pourquoi l'Ordre ne cesse-t-il pas d'offrir un

programme collectif d'assurance? De cette façon, nous ne serions plus obligés de souscrire au programme de médicaments de l'Ordre, qui coûte si cher! » Il faut savoir que 37 % de nos membres exercent en pratique privée exclusivement, ce qui représente 2655 psychologues. Une bonne proportion d'entre eux n'ont pas accès à un programme d'assurances collectives par le biais de leur conjoint. Le programme de l'Ordre est leur seule opportunité d'avoir accès à de l'assurance vie, de l'assurance salaire, des services paramédicaux et des soins dentaires, à des taux de groupes. Si l'Ordre cessait d'offrir un programme collectif, ces membres seraient dans l'obligation de souscrire à une police d'assurance individuelle. Or, on sait que les programmes d'assurance individuelle sont généralement plus coûteux que les programmes collectifs, qui bénéficient d'un effet de volume. Sans compter que certaines personnes pourraient ne plus être assurables au moment de contracter une nouvelle police individuelle en raison de leur état de santé.

Le propre d'une assurance dite collective est que tous les adhérents contribuent dans le but de répartir les coûts afin de permettre aux personnes qui seront malades d'avoir accès à des soins sans compromettre leur sécurité financière. C'est ce qui avait justifié que l'Ordre instaure ce programme il y a plusieurs années, à la demande des membres et du conseil d'administration.

Nous espérons que ces informations vous aideront à mieux comprendre la réalité des régimes collectifs d'assurances, en particulier la dimension médicaments. Nous continuons à rechercher les meilleures avenues possible pour offrir un programme des plus compétitifs. En prévision du prochain exercice financier, nous avons négocié avec le courtier afin que le groupe des psychologues fasse désormais partie d'un groupe de 24 ordres et associations de professionnels. Ceci devrait normalement permettre des économies d'échelle et nous l'espérons, avoir un impact positif sur la tarification, les garanties offertes ainsi que sur les frais de gestion.

La publicité sur la psychothérapie connaît une deuxième vie sur le Web

Vous l'avez sans doute vue et entendue pendant l'une de vos émissions préférées ou entre deux bulletins d'information. Il est certain qu'elle ne vous a pas échappé, pas plus qu'à la très grande majorité des téléspectateurs. De quoi s'agit-il? De cette publicité coup de cœur sur la psychothérapie! L'Ordre devait lui donner la plus large portée possible de sorte que tout le monde sache qu'il faut dorénavant être autorisé pour exercer la psychothérapie et que l'on doit vérifier si la personne que l'on consulte ou entend consulter détient cette autorisation.



Entre le 7 octobre et le 3 novembre dernier, le message de l'Ordre a donc été diffusé aux heures de grande écoute sur les ondes de Radio-Canada, de TVA, de RDI, de LCN et de chaînes spécialisées comme Canal Vie, Moi et cie, etc. Si vous êtes parmi les quelques malchanceux qui en ont été privés, vous pouvez le visionner sur Internet partir du site de l'Ordre. Quant au microsite votretête.ca, il demeure accessible pour une année encore.

_PLUS DE 900 PSYCHOLOGUES ABONNÉS À LA REVUE DE PRESSE QUOTIDIENNE!

Chaque matin de la semaine depuis septembre dernier, le service des communications de l'Ordre envoie par courriel aux membres abonnés une revue de presse recensant les articles et les interventions médiatiques pertinentes à la psychologie. Maintenant plus de 900 personnes reçoivent cette revue de presse! Il est toujours temps de vous abonner gratuitement à ce service au www.ordrepsy.qc.ca/rdp.

IPP



L'Institut de Psychologie Projective

vous offre ses services

Formation - Supervision - Consultation

**Odile Husain, Ph.D.
Marianne 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 posthume : David Bélanger

Un grand de la psychologie (1921-2013)

Il a pris part à l'effort de guerre aux côtés de ses frères, il a représenté sa profession aux quatre coins de la planète, il a installé les bases d'une tradition d'excellence en recherche à l'Université de Montréal et inspiré plusieurs cohortes de futurs psychologues, mais ceux qui l'ont côtoyé sont unanimes : au-delà de ses réalisations et de son rayonnement, David Bélanger était surtout un homme humble et généreux. Ses qualités humaines ressortent des témoignages de ceux qui partagent ici leurs souvenirs de l'étudiant, du professeur, du confrère, de l'ami et du père qu'il était.

Par Éveline Marcil-Denault, psychologue et journaliste pigiste

David Bélanger s'est éteint le printemps dernier à l'âge vénérable de 91 ans. « Une belle vie », commente tendrement Hélène-Marie Bélanger, sa fille aînée. Aujourd'hui docteure en psychologie, elle était déjà, toute petite, inspirée par la carrière de son père : « Le voir voyager à travers le monde, l'entendre parler de ses recherches et éveiller l'intérêt public au point d'être interviewé à la télévision a fait naître chez moi le désir de suivre ses traces. »

Il faut dire qu'elle, ses deux sœurs et son frère ont baigné très tôt dans le domaine. Certains dimanches soir, David Bélanger accueillait ses collègues de l'Université de Montréal et de McGill à la maison : « Je me souviens de M. Lavoie, M. Pinard et Monique Laurendeau qui venaient passer la soirée avec mes parents », relate Hélène-Marie Bélanger. Elle estime que son père – un universitaire accompli et passionné – a toujours su maintenir une vie très équilibrée : « Il était présent tous les soirs. Le matin, c'est lui qui nous conduisait à l'école. »

_LE BAS-DU-FLEUVE, LE MAINE ET L'EUROPE EN GUERRE

David Bélanger est né en 1921 à Saint-Fabien et a été élevé dans une famille de six enfants. Ses parents et lui se sont installés à Lisbon, dans l'État du Maine, quand il avait 10 ans. Les États-Unis étaient déjà familiers à ses parents, qui s'y étaient rencontrés lors d'un précédent séjour. Originaires du Bas-du-Fleuve, ils avaient décidé de retourner au sud de la frontière afin d'améliorer leur sort dans le contexte difficile de la crise économique. Choissant de rentrer à Rimouski pour compléter son cours classique, David Bélanger fut le seul enfant de sa famille à revenir s'établir au Québec.

Parfaitement bilingue, il a pris soin d'entretenir toute sa vie des liens avec sa famille américaine. Sa double nationalité influença non seulement sa carrière, mais sa trajectoire de vie, car si David Bélanger a participé à bâtir l'histoire de la psychologie au Québec, il a aussi pris part à l'Histoire avec un grand « H ». En 1944, à la fin de son cours classique, il s'est engagé dans le 8^e Régiment d'infanterie de l'armée américaine et s'est rendu dans des territoires critiques, notamment en France et en Allemagne.

Hélène-Marie Bélanger relate le peu qu'elle sait à propos de cet épisode de la vie de son père, précisant qu'il parlait très peu de la guerre : « Quand il a été appelé par l'armée, ses deux frères étaient déjà partis au front. Il s'est dit qu'il devait y aller. C'était en quelque sorte un devoir familial pour lui. Parce qu'il était doué pour les langues, on lui a confié un rôle d'éclaireur. Il arrivait dans les villages et s'assurait que l'armée pouvait venir s'y installer et cherchait du logement pour les soldats américains en frappant aux portes des paysans. Vers la fin de la guerre, je sais qu'il a fait partie des troupes qui ont participé à la libération d'un camp de concentration. » En 1946, au grand soulagement de leur mère, les trois frères Bélanger sont rentrés en Amérique sains et saufs.

_LA PSYCHOLOGIE : LE CHOIX D'UNE VIE

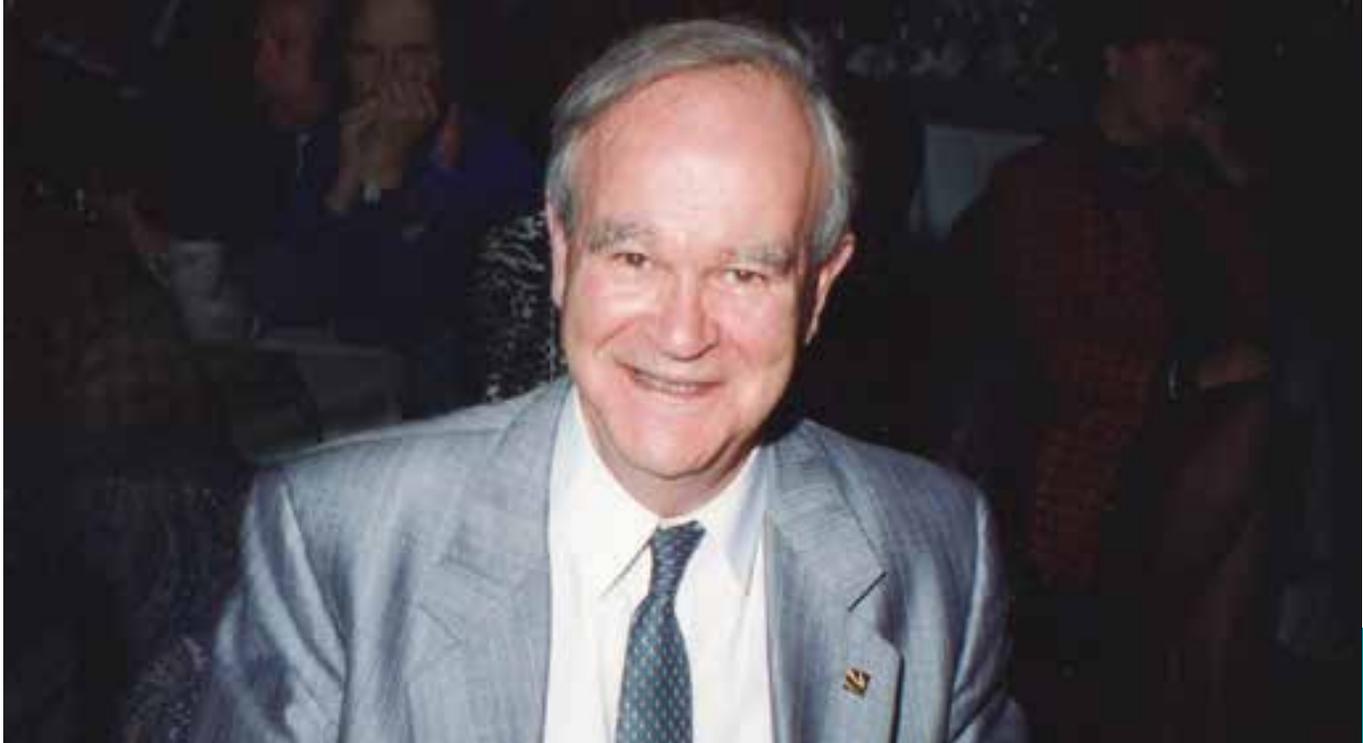
Inspiré par un professeur de philosophie amateur de psychologie et un finissant du séminaire inscrit à l'Institut de psychologie, David Bélanger a rapidement déterminé ce qu'il voulait faire de sa vie :

L'idée de travailler à la compréhension de l'esprit, de l'être humain, me plaisait encore plus que, par exemple, la médecine. La nouveauté de cette discipline me fascinait; je voulais voir comment ça se développait. J'ai toujours été très curieux, un esprit curieux qui voulait savoir. (David Bélanger, 2001¹)

Avant son départ au front, il avait pris soin d'entrer en contact avec le père Mailloux, qui lui avait assuré qu'il pourrait venir faire ses études à l'Université de Montréal dès la fin de la guerre. En 1946, grâce aux fonds qui lui étaient octroyés par le *GI Bill*², David Bélanger entreprend ses études de premier cycle en psychologie et découvre la psychologie expérimentale grâce à la D^{re} Brenda Milner, une jeune professeure d'origine anglaise que le père Mailloux vient tout juste de recruter.

_UNE RENCONTRE DÉTERMINANTE

C'est avec tristesse que M^{me} Milner a appris le décès de David Bélanger. Plus de 65 ans plus tard, elle se souvient de cet étudiant un peu plus âgé que ses confrères de classe. Un élève mature qui, selon elle, se distinguait par son sens de l'humour, la qualité de sa plume et son bilinguisme. « C'était très bon pour moi! » relate Brenda Milner qui découvrait avec joie un étudiant avec qui converser dans sa langue maternelle.



David Bélanger

Elle invita cet élève doué à l'accompagner aux séminaires présentés par Donald Hebb à McGill et c'est elle qui lui fit faire connaissance avec Robert Malmö – son futur directeur de thèse. « Il était brillant, capable, *but not pushy* », explique Brenda Milner. Et pourtant, David Bélanger aura cumulé au cours de sa carrière les fonctions et les reconnaissances parmi les plus prestigieuses. Entre autres distinctions, il s'est mérité un doctorat *honoris causa* de l'Université Laval, le prix interaméricain de psychologie, le prix Noël-Mailloux de l'Ordre des psychologues du Québec de même que le Prix Adrien-Pinard³.

David Bélanger est, en outre, le seul Québécois à figurer dans *Psychologues de langue française*, ouvrage où l'on retrouve d'éminents psychologues du 20^e siècle. L'admiration que vouait David Bélanger à Brenda Milner était manifestement réciproque : « C'est encourageant de voir la carrière qu'il a eue, forgée sur la passion et l'intérêt plutôt que sur l'ambition pure. David était très brillant, mais ne se vantait pas, précise Brenda Milner. *He was a good friend. A nice man.* »

En 1950, David Bélanger se fit offrir un poste d'enseignement à l'Institut de psychologie, remplaçant Brenda Milner qui, elle, partait pour McGill. Ils se croisèrent tout au long de leurs carrières respectives.

_PROFESSEUR BÉLANGER

« David Bélanger, c'est quelqu'un qui m'a appris à réfléchir », affirme Rose-Marie Charest. Celle qui fut son étudiante au début des années 1980 n'a jamais oublié les enseignements de son maître : « Il pensait qu'on ne devrait pas dire "je le croirai quand je le verrai", mais plutôt "je le verrai quand je le croirai". J'avais trouvé ça très important pour un psychologue, cette idée qu'il faut avoir l'esprit ouvert pour découvrir de nouvelles choses. »

Car David Bélanger remettait en question cette façon de faire de la recherche qui consistait à fouiller toujours les mêmes pistes. « Il nous incitait à réfléchir, à s'ouvrir grand l'esprit pour être capables de découvrir des choses, de se laisser surprendre », ajoute Rose-Marie Charest.

David Bélanger était directeur du Département de psychologie de l'Université de Montréal au moment où Rose-Marie Charest y faisait son entrée au baccalauréat. Elle se souvient à quel point cet homme compréhensif suscitait l'admiration parmi la communauté étudiante : « Je crois que cela venait de cette grande capacité qu'il avait de respecter tout le monde. Il n'était d'aucun clan et avait une vision très large de la psychologie, de ses fondements à ses applications. Pour lui, c'était une discipline constamment en mouvement. » Entre autres cours, David Bélanger a d'ailleurs enseigné l'histoire de la psychologie.

Membre fondateur de la Corporation professionnelle des psychologues, il fut secrétaire général et vice-président de cette association, de même que directeur général du Répertoire canadien des psychologues offrant des services de santé.

_UN HABILE GESTIONNAIRE

Malgré les 25 ans d'écart entre eux, David Bélanger et Michel Sabourin avaient, au fil des ans, développé une grande amitié. C'est en 1968, alors que Michel Sabourin amorçait ses études supérieures en psychologie à l'Université de Montréal, que la personnalité attachante de celui qui allait devenir son mentor s'est révélée à lui. Car David Bélanger était nettement plus à son aise devant les petits groupes que devant des gradins remplis d'étudiants : « Quand il connaissait tous les prénoms, il se sentait à sa place et excellait. Il nous apprenait beaucoup, non seulement sur le plan scientifique, mais aussi sur le plan humain. »



David Bélanger en discussion avec Brenda Milner

En 1969, on le nomma doyen de la Faculté de philosophie – poste qu’il fut le dernier à occuper jusqu’à la création, en 1972, de la Faculté des arts et des sciences et du Département de psychologie, dont on lui confia la direction à deux reprises. « À cette époque, il y avait beaucoup de divergences d’opinions entre le secteur clinique et le secteur expérimental », relate Michel Sabourin. Or, selon lui, David Bélanger ne cherchait pas la chicane, mais les consensus : « C’était un diplomate né. Il n’imposait pas ses vues. Il écoutait tout le monde et essayait de trouver une solution de compromis. »

_DÉCORTIQUER L’ACTIVATION

Comme chercheur, et dans la foulée des travaux de Malmo, David Bélanger a consacré la plupart de ses travaux à décortiquer les rouages de la motivation. « Il a probablement été l’un des chercheurs ayant fait le plus d’études paramétriques concernant la théorie de l’activation », avance Michel Sabourin. Cette théorie veut qu’un certain niveau de stress soit requis pour performer, mais qu’un trop haut niveau de stress altère la performance. Cette fameuse courbe en « U » inversé, David Bélanger a tenté de la vérifier dans un très grand nombre de domaines, principalement dans le cadre d’expérimentations animales, afin d’en vérifier la généralisabilité. « Ce que cette théorie avançait n’a jamais été remis en question », précise Michel Sabourin en citant bon nombre d’applications pour les humains.

Il ajoute que David Bélanger était convaincu de l’importance de l’applicabilité des recherches en psychologie. Lors des grandes conférences nationales de la Société canadienne de psychologie, sa position était d’encourager la présence d’un modèle professionnel pour la plupart des psychologues dont le travail consisterait à appliquer la psychologie et non pas à faire de la recherche. Sans être contre le modèle dit scientifique-professionnel, il croyait qu’il fallait le réserver à une minorité.

_TISSER DES LIENS AUX QUATRE COINS DU MONDE

J’ai toujours été convaincu que, plus que les autres sciences encore, la psychologie ne parviendrait à une maturité réelle que lorsqu’elle serait représentée dans toutes les parties du monde et dans tous les milieux culturels.
(David Bélanger, 1992⁴)

Le moment qui souda pour de bon l’amitié entre Michel Sabourin et David Bélanger fut leur participation conjointe, en 1973, au Congrès de la Société interaméricaine de psychologie à Rio de Janeiro. « Cette année-là, David avait été élu président », rappelle Michel Sabourin en insistant sur la contribution importante de David Bélanger au rayonnement de la profession.

Réservé à propos de ses réalisations personnelles, David Bélanger était toutefois ambitieux pour sa profession. Que ce soit dans le cadre de son travail à la présidence de la Société canadienne de psychologie ou comme trésorier de l'Union internationale de psychologie scientifique aux côtés notamment de Jean Piaget, le professeur Bélanger a participé à mettre la psychologie québécoise « sur la carte », croit Michel Sabourin.

_UN HOMME DE FAMILLE

En 1975, un grave accident de voiture dans lequel il faillit perdre la vie modifia la trajectoire de David Bélanger qui, après sa convalescence, choisit de laisser son poste de directeur du Département de psychologie. Il prit sa retraite de l'enseignement en 1984, mais poursuit son implication dans la profession – présidant notamment le XXVI^e congrès international de psychologie qui se tint à Montréal en 1996 – et se consacra à la traduction de nombreux ouvrages spécialisés, dont il connaissait la plupart du temps personnellement les auteurs.

Selon ses proches, David Bélanger – un homme croyant – était serein vis-à-vis de la mort. Les dernières années, il vivait dans Côte-des-Neiges et voyait l'Université de Montréal de sa fenêtre. « Il regardait l'Université d'un côté et disait : "Ça, c'est mon passé..." Puis, il regardait le cimetière de l'autre et disait : "Ça, c'est mon avenir" », relate sa fille. Elle sourit en repensant au sens de l'humour de son père, à la façon dont cet homme à l'esprit vif s'amusait avec les mots.

« Il était plein de vie. Il aimait la vie. Il aimait les gens, dit-elle. Beaucoup de ses anciens étudiants sont venus nous offrir leurs sympathies ou nous ont envoyé des messages. C'était un être attachant. Bon. Généreux. Adoré de ses petits-enfants », souligne la psychologue.

David Bélanger, dont la priorité aura toujours été la famille, laisse dans le deuil sa conjointe Michèle Morin, ses quatre enfants, et ses 10-petits et arrière-petits-enfants qui vouaient tous une admiration sans borne à leur « grand-papa David », qui leur aura sans doute légué le plus précieux des héritages : sa qualité de présence.

_Notes

- 1 Michaud, P. (2001). « Rencontre avec... David Bélanger », *Revue québécoise de psychologie*, vol. 22, n° 2 [oraprdnt.uqtr.quebec.ca/pls/public/docs/FWG/GSC/Publication/1935/21/2755/1/34255/5/F587777743_V022_N2_2001_David_Belanger.pdf] (consulté le 28 septembre 2013).
- 2 « Le GI Bill [...] est une loi américaine adoptée en juin 1944 fournissant aux soldats démobilisés de la Seconde Guerre mondiale [...] le financement de leur études universitaires ou de formations professionnelles ainsi qu'une année d'assurance chômage. » (source : Wikipédia, [fr.wikipedia.org/wiki/G.I._Bill], consulté le 28 septembre 2013).
- 3 Sabourin, M. (2013). « David Bélanger, 1921-2013 ». *Journal Forum*, section In Memoriam, 6 mai, [www.nouvelles.umontreal.ca/campus/in-memoriam/20130506-david-belanger-1921-2013.html] (consulté le 28 septembre 2013).
- 4 Parot, F. et Richelle, M. (1992). *Psychologues de langue française. Autobiographies*, Paris, PUF, p. 229.



**Institut
d'analyse eidétique**

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

Activités de formation 2013-2014

<p>Imagerie mentale en psychothérapie : fondements et bases d'intervention CPQ # RA00170-22</p> <p>Louise Caouette, Ph.D.</p> <p>Saguenay : 15 et 16 novembre 2013 Montréal : 17 et 18 janvier 2014 Québec : 7 et 8 février 2014</p>	<p>Intensifier l'expérience de présence en psychothérapie CPQ # RA0189-22</p> <p>Louise Caouette, Ph.D.</p> <p>Montréal : 25 et 26 avril 2014 Québec : 9 et 10 mai 2014</p>
<div style="text-align: center;">  <p>Louise Caouette, Ph.D. Psychologue, Directrice de l'IAE</p> <p>Accompagnée de Ludovique Dubourg-Lamvée, M.Ps. Grace Mc Colough, M.Ps., psychologues</p> </div>	<p>À surveiller !</p> <p>Programme intégré de formation clinique à la psychothérapie eidétique</p> <p>Début : Automne 2014 / Lieu : Québec www.image-eidetique.com</p>

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

Plus facile de trouver un professionnel sur le site de l'Ordre

Les nombreux outils de recherche à l'intention du public sur le site de l'Ordre avaient bien besoin d'être révisés depuis quelque temps. Bottin des psychologues, bottin de la psychothérapie, service de référence : difficile de s'y retrouver lorsque le public recherche un professionnel!

L'Ordre a mandaté une équipe de spécialistes Web pour revoir la structure des outils Web afin d'améliorer l'expérience de recherche des internautes. Dans la foulée de la campagne de communication où la publicité télévisée invitait le public à « vérifier avant de consulter », les outils de recherche devaient être revus et améliorés pour faciliter la navigation et augmenter la rétention sur notre site Web. La conception des nouveaux outils s'est notamment appuyée sur les statistiques d'utilisation et les nombreux commentaires que nous avons reçus.

Voici un aperçu des changements apportés à ces outils consultés annuellement par plus de 200 000 personnes. Nous vous invitons à les consulter dès maintenant sur le site Web de l'Ordre.

_UN ACCÈS UNIQUE... POUR LE GUICHET UNIQUE

Le bouton « Trouver un professionnel » situé sur la page d'accueil du site redirige maintenant l'internaute vers une page où deux choix lui sont présentés : rechercher dans l'annuaire des professionnels ou trouver un professionnel en bureau privé. À gauche, une boîte de recherche permet d'entrer le nom du professionnel recherché, tandis qu'à droite, le bouton « Rechercher un professionnel » mène au service de référence.

Dès que les trois premières lettres du nom recherché sont entrées dans la boîte de recherche de l'annuaire, des noms sont suggérés. Par exemple, si la personne inscrit « Trem », des noms débutant avec ces lettres, comme « Tremblay », apparaîtront. Plusieurs outils de recherche disposent de cette fonctionnalité appelée « saisie semi-automatique ».



_L'ANNUAIRE, UN OUTIL DE VÉRIFICATION

L'annuaire a été conçu pour vérifier facilement si un professionnel est autorisé à pratiquer la psychothérapie. Du même coup, puisqu'il est maintenant nécessaire d'obtenir une attestation pour l'évaluation des troubles neuropsychologiques, l'annuaire permet de repérer facilement les neuropsychologues. L'utilisation des pictogrammes (« P », en mesure de pratiquer la psychothérapie et « N », en mesure d'établir un diagnostic neuropsychologique) a été privilégiée, car elle est simple et facile. En cliquant sur le nom d'un professionnel, ses coordonnées sont affichées. Lorsque le professionnel est inscrit au service de référence, un bouton invite l'internaute à consulter la fiche détaillée.

_LE SERVICE DE RÉFÉRENCE EST TRANSFORMÉ

La liste exhaustive de critères pour rechercher un professionnel en bureau privé, qui semait souvent la confusion auprès du public, est complètement réorganisée. En arrivant au service de référence, trois critères – qui ne sont pas obligatoires pour lancer la recherche – apparaissent : la localisation (par code postal ou par région), la problématique de consultation et la clientèle.

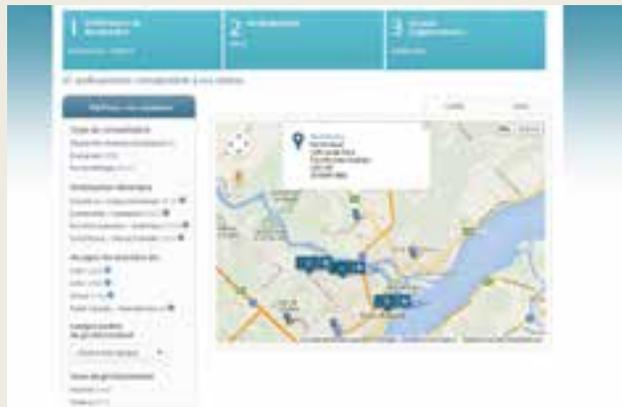


_DES PROBLÉMATIQUES VULGARISÉES

Lors de l'inscription annuelle au tableau des membres, les psychologues sont invités à choisir, parmi 76 problématiques, lesquelles correspondent à leur pratique. Ces problématiques répondent au langage des psychologues, mais ne collent pas toujours à celui utilisé par le public. Le nouveau service de référence « traduit » certaines problématiques pour les rendre plus accessibles au public. Par exemple, les psychologues ayant indiqué recevoir des clients pour la problématique « Abus sexuel/victime » seront affichés lorsque le client recherche un psychologue pour les mots clés suivants : viol, agression sexuelle, inceste, attouchements sexuels, etc. Ainsi, plusieurs synonymes convergeront vers une seule et même étiquette.

Si le client ne sait pas quel est son motif de consultation, il pourra naviguer parmi des catégories qui regrouperont des problématiques. Ces catégories sont : « Violence et abus », « Développement/éducation/scolarité », « Difficultés professionnelles », « Dépendances », « Vie conjugale et familiale », « Difficultés personnelles », « Santé physique », « Situations difficiles de la vie » et « Expertise devant les tribunaux ».

Par ailleurs, l'internaute qui connaît exactement son motif de consultation pourra l'inscrire dans une boîte de recherche munie elle aussi d'une saisie semi-automatique. Si la personne frappe « dép », les suggestions « dépression » et « dépendance » apparaîtront.



_LA FICHE DÉTAILLÉE ET LA PAGE PERSONNELLE

En cliquant sur le nom du professionnel, l'internaute trouve la fiche du service de référence. Le tableau des champs d'intérêt a été adapté aux nouveaux mots clés vulgarisés. Par exemple, si un psychologue a indiqué lors de l'inscription annuelle s'intéresser aux problèmes relationnels, les termes « conflits », « difficultés de socialisation » et « problèmes interpersonnels » apparaîtront dans le tableau des champs d'intérêt lorsque l'internaute aura cherché l'un de ces mots clés associés. La page personnelle est dorénavant accessible en cliquant sur « En savoir plus » sous le tableau. L'adresse de la page personnelle demeure sous le format www.ordrepsy.qc.ca/voir/PrénomNom

_UN AFFICHAGE DE RÉSULTATS FACILITANT LE CHOIX

Les résultats sont affichés sur une carte interactive et des filtres permettent de raffiner la recherche. Ces filtres présentent : le type de consultation (diagnostic psychologique, diagnostic neuropsychologie, psychothérapie), la langue parlée du professionnel, l'orientation théorique, le sexe du professionnel et les mandats acceptés (IVAC, CSST, SAAQ). Des infobulles expliquent les orientations théoriques et les mandats. L'onglet « liste » entraîne l'internaute dans un autre mode d'affichage, trié par distance en fonction de la localisation entrée ou de la situation de la carte.





Famille et intervention psychologique

La famille est très souvent un partenaire incontournable dans l'intervention psychologique. Même en intervention individuelle chez l'adulte, la famille actuelle ou passée occupe une place importante dans la vie psychique et relationnelle, concrètement ou symboliquement. Bien sûr, auprès des enfants et des adolescents, l'intervention ne saurait se dérouler sans considération des parents et de la fratrie dans la situation. La famille occupe très souvent une place de premier plan dans le problème à l'étude et dans la solution à adopter.

Le dossier qui suit illustre de façon très intéressante la variété des facettes familiales avec lesquelles composent différentes interventions psychologiques.

L'humain se construit en relation et il vit en relation. Ce qui arrive aux parents dans leur milieu de travail influence toute leur vie, y compris leurs rôles parentaux, et l'enfant en fait immédiatement partie. Les représentations que chaque acteur familial se fait de la situation, de son rôle et de ses limites, de ce qui est possible et de ce qui ne l'est pas... sont aussi des éléments cruciaux dans la réussite de l'intervention à laquelle le psychologue est associé. La compréhension des acteurs est un champ d'intervention obligé pour le psychologue.

Lorsque Nathalie Otis nous présente l'approche *Wait, Watch and Wonder*, elle illustre de façon très claire comment la capacité d'écouter du parent est essentielle à la synchronisation de son rôle dans sa relation intime avec son enfant. Le parent intrusif, qui n'écoute pas son enfant, ne peut guider celui-ci en mobilisant ses capacités parce qu'il n'entre pas bien en résonance avec le comportement du jeune. Développer la sensibilité au petit pour synchroniser ses interactions au contexte immédiat de l'enfant, afin de mieux jouer son rôle de guide, voilà un bénéfice extrêmement important pour l'attachement parent-enfant, pour l'actualisation du rôle parental. Cette sensibilité aux besoins des acteurs, les parents cette fois, se retrouve au cœur de l'approche proposée par Tremblay, Scullion, Bouchard, Dion et Chouinard pour l'annonce aux parents d'un diagnostic de maladie dégénérative chez leur enfant.

Pour leur part, Joussemet, Mageau et Pelletier font bien comprendre comment le psychologue peut aider à promouvoir l'autorégulation et le sentiment d'autodétermination chez l'enfant à travers des pratiques et attitudes parentales marquées d'écoute, de sensibilité et d'interventions bien synchronisées avec le comportement de l'enfant.

À un autre niveau du spectre social de l'intervention psychologique, Carl Lacharité nous parle de la place centrale de l'alliance parent-intervenant dans l'intervention auprès des familles très vulnérables. En effet, lorsque défilent dans la maison les intervenants de l'école, du CLSC, de la DPJ ou de la justice, toujours avec ce même message d'échec normatif, il est clair le psychologue ne peut avoir d'influence qu'à travers un lien significatif, une alliance, avec le parent et le jeune. Une alliance qui reconnaît l'univers de l'autre et le comprend dans son impact psychologique. Encore ici, sensibilité et non-intrusion sont des passages obligés pour le psychologue, avant même de parler de cibles d'intervention.

Lorsque Harry Timmermans et Isabelle Perna attirent notre attention sur l'existence de dispositifs destinés à répondre aux besoins des enfants dont les parents se séparent, ils nous disent aussi que le défi psychologique que pose la séparation familiale à l'enfant commande une place pour lui : pouvoir comprendre, s'exprimer, être écouté, partager avec d'autres la tristesse, la peur, la colère. Encore ici, l'intervention d'aide s'inscrit dans l'univers familial de l'enfant et est ancrée dans la sensibilité à ce que vivent les acteurs familiaux, à leur besoin de comprendre.

Il faut reconnaître ici que l'expression « famille et intervention » renvoie souvent à « parents et intervention » dans la pratique du psychologue. Les parents sont nos partenaires obligés dans l'intervention auprès des enfants et des adolescents, que l'on soit en milieu scolaire, en santé, en protection de la jeunesse ou en cabinet privé. Dès lors, il est frappant de constater jusqu'à quel point plusieurs éléments des bonnes pratiques parentales auprès de l'enfant s'appliquent aussi dans le lien psychologue-parent : lien de confiance, compréhension de ce que l'on fait et du pourquoi des objectifs d'intervention, sentiment de pouvoir développer de nouvelles compétences, espoir de mieux-être, *empowerment* parental...

L'effet de l'intervention du psychologue est fortement relié à cette sensibilité du professionnel à ce que vit le parent (et souvent son couple), à son contexte de vie, à ses contraintes et ses limites, ses représentations de rôles, ses aspirations, etc. Pour se développer dans son rôle auprès de l'enfant, le parent a besoin de comprendre « comment ça marche », ce qu'est un comportement intrusif dans son rapport avec son jeune, comment « écouter l'enfant pour l'amener à parler », comment le temps passé en famille à faire des choses agréables est le carburant du sentiment d'appartenance du jeune à cette cellule familiale.

Mais le temps passé en famille est trop souvent devenu une denrée rare aujourd'hui. Si les interventions de contrôle parental, l'affirmation cohérente des limites à l'enfant, sont extraordinairement importantes dans le rôle du parent, elles ne doivent pas occuper tout le temps de contact parent-enfant. Lorsque ce dernier ne voit son parent que dans ce rôle de contrôle, de gendarme, il a du mal à sentir la chaleur, la sensibilité dans le lien, et son sentiment d'appartenance à la famille en souffre.

Pour rester pertinent dans son intervention, le psychologue doit être sensible à ces contraintes de temps si fréquentes chez les jeunes parents québécois, tous deux sur le marché du travail, et réussir à faire comprendre à ceux-ci que le maintien d'un lien réussi avec leur jeune s'inscrit dans un temps de contact minimal. Le parent et l'enfant doivent vivre des choses ensemble pour maintenir un attachement mutuel significatif.

L'intervention psychologique dans la famille passe donc souvent par le travail sur la qualité relationnelle et, dans cette direction, le développement de la sensibilité et du synchronisme entre les parents et les enfants sont des leviers incontournables. Les articles qui suivent illustrent bien comment les parents sont des partenaires obligés du psychologue dans son intervention pour les jeunes et comment le lien de confiance avec ce partenaire est central pour la mobilisation vers le changement. La psychologie ne comprend pas tout de cet univers complexe, et des doutes légitimes subsistent quant aux pratiques à privilégier, mais certains principes d'intervention avec la famille sont solidement fondés : l'importance de l'alliance, de la sensibilité mutuelle et de rapports non intrusifs entre les acteurs (parents, enfants, psychologue), l'importance de promouvoir une compréhension juste des processus par ces acteurs familiaux (c.-à-d. la transition familiale, la maladie dégénérative, les étapes de réhabilitation, l'intervention et les rôles qu'elle exige, etc.) pour les mobiliser dans la recherche de pouvoir sur leur vie.

Le dossier qui suit veut contribuer à de telles représentations justes. Merci aux auteurs!



Dr Richard Cloutier / Psychologue et professeur émérite

Comme psychologue et comme chercheur, le Dr Richard Cloutier a assisté aux changements qu'ont connus les familles au Québec et a contribué à l'amélioration des interactions entre les individus qui la composent. Le Dr Cloutier s'est particulièrement intéressé au rôle du père, au sort des familles à risque, aux transitions familiales associées à la séparation des parents ainsi qu'à l'organisation des services sociaux pour les jeunes en difficulté. Il a contribué directement à l'élaboration de politiques sociales pour les jeunes et les familles à risque. Le Dr Cloutier a été invité comme membre expert au comité de rédaction de *Psychologie Québec* pour ce numéro.



Dr Carl Lacharité / Psychologue

Le Dr Lacharité travaille comme chercheur au Centre d'études interdisciplinaires sur le développement de l'enfant et la famille et il enseigne à l'Université du Québec à Trois-Rivières.

Quelle psychologie pour les familles en situation de vulnérabilité sociale?

Un peu partout dans le monde occidental, les recherches ont montré l'efficacité controversée des dispositifs d'intervention psychosociale auprès de familles en situation de vulnérabilité sociale (Bédard, 2002; Gilbert, Parton et Skivenes, 2011; MacMillan et coll., 2009; Mikton et Butchart, 2009). Quel rôle la connaissance et la pratique de la psychologie jouent-elles dans la réponse globale aux besoins de ces familles?

Pour répondre à cette question, il faut d'abord rendre visible la réalité des enfants et des parents dont la vie familiale se caractérise par la vulnérabilité sociale. Cette réalité que Bédard (2002) qualifie de détresse sociale comporte un ensemble de dénivellations¹ contextuelles pouvant prendre de multiples formes dont les principales sont :

- la pauvreté économique impliquant une exclusion plus ou moins importante des échanges de production et de consommation;
- la désaffiliation ou l'isolement social qui limitent la participation à des réseaux sociaux qui génèrent des possibilités sur les plans affectif, cognitif, occupationnel, etc.;
- l'exposition répétée à des actes de violence (interpersonnelle ou institutionnelle) créant un environnement aride et inhospitalier qui marque leur corps, leur esprit et leurs relations;
- les obstacles à l'appropriation des « instruments de pensée » de la culture dominante qui affaiblissent les capacités à communiquer, à s'informer et à acquérir des savoirs qui sont valorisés socialement;
- la perte de pouvoir sur les circonstances de leur vie qui crée un monde subjectif imprévisible.

Ces dénivellations constituent un terrain fertile pour l'apparition d'une foule de problèmes personnels et interpersonnels (par exemple, les troubles de santé mentale, la violence familiale, la consommation de substances, les retards globaux de développement, les échecs scolaires, les démêlés avec la justice).

Dans la même foulée, Soulet (2005) invite à se méfier de la tendance, à l'intérieur des sociétés contemporaines, à individualiser les situations de vulnérabilité sociale en parlant des enfants, des parents ou des personnes vulnérables. Il propose plutôt de considérer la vulnérabilité sociale selon une perspective structurelle, c'est-à-dire comme étant la répartition inégale, parmi une population donnée, de la possibilité d'être blessé. Cela suggère que l'organisation mentale des personnes exposées à de fortes possibilités d'être blessées ainsi que les relations sociales qu'elles établissent sont façonnées par les défis de préservation de soi à l'intérieur d'un contexte où chaque action devient hautement « risquée ».

Il apparaît donc nécessaire de comprendre les phénomènes purement psychologiques (les processus neuropsychologiques, cognitifs, langagiers, affectifs, comportementaux et relationnels) en fonction de ces réalités sociales dénivellées et adverses qui sont présentes à l'intérieur des sociétés contemporaines. Par conséquent, la santé mentale des personnes, le développement des enfants, l'exercice des responsabilités parentales de même que l'établissement et le maintien des relations intimes sont lourdement affectés par les formes de réponse au stress façonnées par ce type d'environnement social (Bronfenbrenner, 2005; Felitti et coll., 2006; Lacharité, 2005; Perry, 2008). Cet article propose quelques principes permettant de charpenter le travail du psychologue lorsque ce dernier entre en jeu dans la vie d'enfants ou de parents exposés à des circonstances de vulnérabilité sociale.

LA FONCTION ÉTHIQUE DU TRAVAIL CLINIQUE

Il faut mentionner d'emblée que les enfants et les parents évoluant dans des espaces sociaux adverses vont habituellement être assujettis à une large surface de contact avec les multiples facettes (santé, services sociaux, éducation, justice, etc.) du dispositif de services aux personnes mis en place dans les sociétés contemporaines (Grevot et Lacharité, 2009; Lacharité et coll., 2005). Cette proximité institutionnelle entre les familles et les établissements de services (s'étalant souvent sur plus d'une génération, de familles, mais aussi de professionnels) ne doit pas seulement être comprise en termes instrumentaux (par exemple,

accès, complexité et continuité des services fournis et reçus). Elle doit aussi être saisie en termes de ses effets psychologiques sur le développement identitaire des enfants et des parents (Gubrium et Holstein, 2001). Dans ces contextes, la question « qui suis-je? » à laquelle tout individu doit répondre devient particulièrement complexe à aborder non seulement en raison des incohérences et des creux de la vie quotidienne de ces personnes, mais aussi en raison des diverses formes de captation institutionnelle, plus ou moins confuses, dont elles font l'objet (Lacharité, 2009). Dans cette optique, les professionnels (incluant les psychologues) ne font pas seulement partie de la solution pour ces familles, ils font aussi partie du problème. Par conséquent, le travail clinique du psychologue auprès des enfants et des parents vivant dans ces familles soulève des enjeux éthiques qui peuvent être décrits à travers les deux questions suivantes :

- Dans quelle mesure l'action du psychologue se limite-t-elle à ajuster le fonctionnement des enfants ou des parents dans le but de leur permettre de mieux « faire avec » des circonstances de vie difficiles?
- Dans quelle mesure la responsabilité professionnelle du psychologue se limite-t-elle à ses décisions et à ses gestes individuels et tient peu compte d'une forme de responsabilité collective, c'est-à-dire qu'il partage avec d'autres intervenants?

Ces deux questions dessinent à grands traits les contours de ce que l'on peut appeler la fonction éthique que joue le psychologue auprès des membres de familles en situation de vulnérabilité sociale. Ainsi, cette fonction éthique est remplie si, premièrement, son travail clinique contribue au couplage entre, d'une part, ses connaissances, ses compétences et ses privilèges professionnels et, d'autre part, les aspirations, les rêves et les projets que ces parents et ces enfants ont réussi à préserver face aux obstacles quotidiens qu'ils rencontrent. Deuxièmement, cette fonction est remplie si le psychologue conçoit sa pratique selon une logique de coordination et de relais entre lui et les autres acteurs qui gravitent autour de ces familles.

L'injonction *primum non nocere*² constitue un élément important d'un guide de pratique avec les familles en situation de vulnérabilité sociale. Ce principe se transpose notamment dans l'attention ou, mieux encore, la vigilance du psychologue à l'égard des effets de sa présence, de ses décisions et de ses actions sur la vie des enfants et des parents. Or, le meilleur moyen de mettre en œuvre cet aspect de la fonction éthique du travail clinique du psychologue passe par le fait d'accorder une valeur performative

à l'alliance thérapeutique et à la participation active de ces personnes aux services qu'il offre (Lacharité, 2009). Tout obstacle à cette alliance et à cette participation contribue directement à réduire ou à dénaturer l'aide et le soutien professionnel offerts (Lacharité, 2011). En fait, une partie substantielle du travail thérapeutique dans ces situations consiste à affronter et à trouver des solutions aux contraintes qui interfèrent avec l'établissement et le maintien de l'alliance et de la participation.

_UN REGARD CLINIQUE QUI VOIT LES PERSONNES EN CONTEXTE

Une perspective écosystémique (Bronfenbrenner, 2005) constitue probablement la grille la plus judicieuse d'analyse et de compréhension de la réalité psychologique des enfants et des parents en situation de vulnérabilité sociale. Il ne s'agit pas ici de favoriser une approche d'interprétation et d'intervention plutôt qu'une autre, mais de prendre en considération le fait que le choix que le psychologue fait d'une approche constitue une forme de regard qu'il propose, voire impose, aux personnes. Cela constitue, par conséquent, un type d'action pouvant être vécu comme une confrontation, une disqualification, et parfois même une colonisation des modes de compréhension de leur vie employés par ces personnes. Ainsi, les formes de regard clinique qui exposent le fonctionnement psychologique de la personne en l'isolant de son contexte, voire en oblitérant celui-ci, s'avèrent particulièrement corrosives pour les familles qui sont confrontées au poids de circonstances, passées et présentes, particulièrement lourd (Bédard, 2002). Un regard clinique qui voit la « personne en contexte » fournit aux enfants et aux parents de ces familles un espace de réflexion (aussi restreint soit-il) leur permettant de se percevoir et de se raconter « à distance » des problèmes qui saturent leur vie et de se dégager en partie d'une identité saturée de ces problèmes (Madigan, 2011; White, 2007).

_UNE POSTURE CLINIQUE DIALOGIQUE

Plusieurs travaux de recherche ont montré le potentiel traumatique des situations familiales caractérisées par la vulnérabilité sociale (Lacharité et Éthier, 2007; Milot et coll., 2010a, 2010b). Le type de traumatisme qui apparaît dans ces situations est qualifié de « complexe », « relationnel » ou « développemental », tout dépendant de ce sur quoi porte la description de ce phénomène. Cette forme particulière de traumatisme psychologique n'est pas spécifiquement associée à un ou des événements dans la vie d'une personne (une agression, un accident, une catastrophe environnementale ou sociale, etc.), mais plutôt à un contexte où

les relations intimes deviennent une source de danger (Van der Kolk, 2003)³. Dès lors, un enjeu important du travail clinique avec les membres de ces familles repose sur la posture relationnelle adoptée par le psychologue lorsqu'il les invite à s'engager affectivement et cognitivement à l'intérieur d'une relation thérapeutique. Cette relation thérapeutique devient rapidement le théâtre où se jouent les souffrances, ainsi que les modes d'adaptation à celles-ci, que ces personnes ont vécus au cours de leur histoire personnelle (et donc sur un mode du transfert comme on le voit dans n'importe quelle situation thérapeutique). Mais c'est aussi le théâtre de souffrances qu'elles continuent à vivre chaque jour de leur vie (et donc sur un mode où leur réalité quotidienne s'introduit constamment dans le travail thérapeutique). On pourrait qualifier de monologique la posture relationnelle d'un psychologue, dont le travail clinique :

- ne favorise pas, voire interfère activement avec ce qu'il faut bien appeler la *rencontre* entre lui et la ou les personnes qui reçoivent ses services;
- aseptise sur le plan affectif la relation qu'il entretient avec celles-ci (leur souffrance, leur rage, leur frayeur, etc.);
- laisse peu de place aux résonances que l'expérience de ces personnes peut susciter chez lui.

À l'opposé, une posture dialogique dans le travail clinique avec ces familles implique au moins deux choses pour le psychologue :

- de se « mouiller », non seulement sur le plan affectif, mais aussi sur le plan socioculturel, lorsqu'il entre en relation;
- de développer des habiletés lui permettant de contenir⁴ une grande partie de ce qui caractérise l'expérience de ces personnes;
- de disposer de conditions (par exemple, sous forme de supervision ou d'activités collectives de codéveloppement) lui permettant de se « sécher » ou de prendre du recul par rapport à ce que cette relation fait résonner en lui.

Ainsi, cette idée de posture dialogique avec les familles en situation de vulnérabilité nous rappelle qu'à la base de tout travail clinique se situe un principe de pluralité des consciences et des voix qui s'expriment dans le cadre de la relation thérapeutique et que cette relation s'inscrit plus largement à l'intérieur de formes d'organisation sociale peuplées d'obstacles et de contraintes à la production du bien-être et du développement psychologiques des personnes.

_CONCLUSION

À la question posée dans le titre de cet article, une réponse s'impose. La psychologie dont ont besoin les familles en situation de vulnérabilité sociale est nécessairement une psychologie transposée « à l'échelle du social ». Une telle transposition du psychologique exige évidemment des efforts individuels (par chaque psychologue dans le travail qu'il fait), mais aussi collectifs (par l'ensemble de la « planète Psychologie »). De plus, cette transposition s'applique à toutes les dimensions de la psychologie (neuropsychologie, psychologie cognitive, psychodynamique, comportementale, sociale, etc.) ayant un rôle à jouer dans la compréhension de l'expérience vécue par les enfants et les parents en situation de vulnérabilité sociale. Cette réponse succincte à la question soulevée dans le titre de cet article mérite également d'être prolongée. Il s'agit alors de souligner qu'avec ces familles, la priorité en matière de travail clinique réside dans l'application des facteurs communs à la pratique psychologique (Wampold, 2001) à l'intérieur de cadres sociaux particulièrement corrosifs de l'alliance thérapeutique et de la participation des personnes aux services qu'elles reçoivent. Il faut dès lors concevoir que cette alliance et cette participation sont constamment sous haute contrainte dans le travail avec ces familles.

_Notes

- 1 Le concept de dénivellation n'est pas une figure de style. Il permet de penser la situation des personnes en situation de vulnérabilité autrement qu'à travers l'application de catégories : pauvre/riche, malade/en santé, violent/non violent, isolé/affilié, etc. Il convie à considérer l'être humain de manière dimensionnelle, c'est-à-dire en termes de divers continuums ou surfaces (plutôt que de catégories mutuellement exclusives) qui font apparaître des rapports complexes entre les personnes et le contexte à l'intérieur duquel elles négocient les particularités de leur vie.
- 2 Locution qui signifie « d'abord, ne pas nuire ». Elle constitue l'un des principaux préceptes en médecine.
- 3 Le diagnostic de syndrome de stress posttraumatique (SSPT) réussit difficilement à rendre compte de la complexité des manifestations neurodéveloppementales, cognitives, langagières, affectives et comportementales chez les enfants (et, plus tard, les adultes) exposés à des situations de grande vulnérabilité sociale.
- 4 Le concept de contenance fait référence aux travaux du psychanalyste Bion (2004, 2005) et réfère notamment à la capacité d'une personne (par exemple, un parent) de créer une enveloppe psychique autour d'une autre (par exemple, un bébé). Ce concept s'applique également à la relation thérapeutique.

Bibliographie

- Bédard J. (2002). *Familles en détresse sociale*. Anne Sigier : Québec.
- Bion, W.R. (2004). *Éléments de psychanalyse*, Paris, PUF
- Bion, W.R. (2005). *Aux sources de l'expérience*, Paris, PUF
- Bronfenbrenner, U. (2005). *Making Human Being Human*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Felitti, V.J., Bremner, J.D., Walker, J.D. et coll. (2006). The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood. *Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 256, 174-186.
- Gilbert N., Parton N. et Skivenes M. (2011). *Child Protection Systems: International Trends and Orientations*. Oxford University Press: New York.
- Grevot, A., Lacharité, C. (2009). Familles et dispositifs de protection de l'enfance, des relations marquées par les contextes nationaux : mise en perspective France-Québec. *Santé, Société et Solidarité*, 8, 109-117.
- Gubrium, J.F., Holstein, J.A. (2001). *Institutional Selves: Troubled identities in a postmodern world*. Oxford: Oxford University Press.
- Lacharité, C. (2005). From Risk to Psychosocial Resilience: Conceptual Models and Avenues for Family Intervention. *Texto & Contexto Enfermagem*, 14, 71-77.
- Lacharité, C. (2009). Approche participative auprès des familles. Dans Lacharité, C., Gagnier, J.P. (sous la direction de), *Comprendre les familles pour mieux intervenir : Repères conceptuels et stratégies d'action*. Montréal : Chenelière. 157-182.
- Lacharité, C. (2011). La participation des parents : enjeux liés à la centration sur les besoins des enfants dans les situations de protection de l'enfance. Dans M. Boutanquoi et D. Fablet (sous la direction de), *Précarité et pratiques professionnelles en protection de l'enfance*, 63-72.
- Lacharité, C., de Montigny, F., Miron, J.M., Devault, A. et coll. (2005). *Les services offerts aux familles à risque ou en difficultés : Modèles conceptuels, stratégies d'actions et réponses aux besoins des parents*. Rapport de recherche présenté au Fonds québécois de recherche sur la société et la culture.
- Lacharité, C., Éthier, L.S. (2007) Traumatisme et maltraitance : stress post-traumatique chez les enfants et fonctionnement mental de leur mère en contexte de maltraitance. *Revue internationale d'éducation familiale*, 24, 1-12.
- Lacharité C. et Goupil E. (2013). Les familles à problèmes multiples : interventions socio-éducatives et enjeux éthiques. In : *Traité de l'éducation familiale*. G. Bergonnier Dupuy, H. Milova, P. Durning (éd.). Dunod : Paris; p. 447-466.
- MacMillan H.L., Wathen C.N., Barlow J., Fergusson D.M., Leventhal J.M. et Taussig H.N. (2009). Interventions to prevent child maltreatment and associated impairment. *The Lancet* 373: 250-266.
- Madigan, S. (2011). *Narrative Therapy*. Washington, DC: APA.
- Mikton C. et Butchart A. (2009). Child maltreatment prevention: A systematic review of reviews. *Bulletin of the World Health Organization* 87: 353-369.
- Milot, T., St-Laurent, D., Éthier, L.S., Provost, M. (2010a). Trauma-related symptoms in neglected preschoolers and quality of mother-child relationship. *Child Maltreatment*, 15, 293-304;
- Milot, T., Éthier, L.S., St-Laurent, D., Provost, M. (2010b). The role of Trauma Symptoms in the Development of Behavioral problems in maltreated children's. *International Journal of Child Abuse and Neglect*, 34 (4), 225-234
- Perry, B.D. (2008). Child maltreatment: a neurodevelopmental perspective on the role of trauma and neglect in psychopathology. In T.B. Beauchaine, S.P. Hinshaw (éd.), *Child and Adolescent Psychopathology*. NY: Wiley, 93-128.
- Soulet, M.H. (2005). La vulnérabilité comme catégorie paradoxale de l'action publique. [mijsgd.ds.iscte.pt/textos/politicas%20sociais/Soulet%20La%20vulnerabilite%20paradoxale.pdf], document récupéré le 6 novembre 2011.
- Van der Kolk, B.A. (2003). The neurobiology of childhood trauma and abuse. *Child and Adolescent Clinics of North America*, 12, 293-317.
- Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings*. Mahwah: Lawrence Erlbaum.
- White, M. (2007). *Maps of Narrative Therapy*. New York: Norton.

Formation continue Gestion de la douleur chronique

RA00330-13 / 7 crédits reconnus par l'OPQ

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

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



Formation 2013
6 décembre : Montréal

Formations 2014
31 janvier : St-Jérôme
21 février : Terrebonne
28 mars : Sherbrooke
9 mai : Gatineau
30 mai : Chicoutimi

Objectifs de la formation

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



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

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



1



2



3



4



5

1 Isabelle Tremblay / Psychologue

M^{me} Tremblay est doctorante en psychologie-neuropsychologie à l'Université du Québec à Chicoutimi (UQAC) et elle exerce la psychologie en santé mentale adulte en CLSC.

2 Laurie Scullion

M^{me} Scullion est doctorante en neuropsychologie clinique. Elle effectue sa recherche sur l'expérience des parents dont un enfant est atteint d'ataxie récessive spastique de Charlevoix-Saguenay.

3 D^{re} Julie Bouchard / Psychologue

La D^{re} Bouchard est professeure en neuropsychologie clinique à l'UQAC et membre du Groupe de recherche interdisciplinaire sur les maladies neuromusculaires (GRIMN).

4 D^{re} Jacinthe Dion / Psychologue

La D^{re} Dion est professeure en psychologie clinique de l'enfance et de l'adolescence à l'UQAC et membre du Centre de recherche sur les problèmes conjugaux et les agressions sexuelles (CRIPCAS).

5 Maud-Christine Chouinard / Ph. D.

La D^e Chouinard est professeure à l'UQAC en soins infirmiers et membre du GRIMN.

— Annonce d'un diagnostic d'une maladie dégénérative : ses impacts et les meilleures pratiques

L'annonce d'un diagnostic d'une maladie dégénérative chez un enfant est une expérience marquante et douloureuse pour les parents, expérience qui aura aussi nécessairement des impacts majeurs sur l'adaptation de ces derniers à cette nouvelle réalité. De même, pour les professionnels de l'équipe traitante, annoncer une maladie dégénérative est une tâche difficile pour laquelle ils reçoivent peu de formation. Bien qu'il n'y ait pas de « bonnes » façons d'annoncer une telle nouvelle, certaines études démontrent que des facteurs sont à considérer afin de faciliter ce moment, car la façon dont l'annonce est effectuée peut influencer de manière importante la réaction et l'adaptation des parents. Nos recherches sur l'annonce des maladies dégénératives, spécifiquement l'ataxie récessive spastique de Charlevoix-

Saguenay (ARSCS) et la polyneuropathie sensitivomotrice avec ou sans agénésie du corps calleux (NSM), deux maladies dégénératives et orphelines¹, nous démontrent aussi que ce n'est pas seulement le moment de l'annonce qui est crucial pour les parents, mais également la façon dont le suivi est réalisé. En effet, les maladies neurodégénératives, deuxième cause de handicap au monde, ont des impacts majeurs sur la qualité de vie de l'enfant et de sa famille, particulièrement sur les parents, qui jouent un rôle capital dans leur développement. La collaboration des parents avec l'équipe soignante est donc une condition gagnante pour l'enfant. Or, pour que cette collaboration soit efficace, certains éléments doivent être considérés par les professionnels de l'équipe soignante.

_L'EXPÉRIENCE DU PARENT VIS-À-VIS DE L'ANNONCE

L'annonce d'un diagnostic est souvent vécue par les parents comme « le début d'une fin du monde ». Bien que l'expérience de l'annonce du diagnostic soit personnelle à chacun, il est tout de même possible de répertorier certains besoins et réactions communs chez les parents qui vivent cette situation de même que des similitudes et des différences par rapport au sexe des parents (voir Tremblay, Bouchard et Dion, 2011, pour plus de détails). Les résultats de plusieurs études indiquent que les parents sont entre autres submergés par la tristesse, la colère et la culpabilité et qu'un processus de deuil prend place dès l'annonce du diagnostic. Ce deuil peut aussi être réactivé lors de périodes de dégénérescence observées chez l'enfant ou lorsque les étapes du développement de l'enfant n'évoluent pas selon la « normalité ».

_LES BESOINS DES PARENTS À L'ÉGARD DE L'ANNONCE DU DIAGNOSTIC

Au moment de l'annonce du diagnostic, les parents ont d'abord besoin de ressentir de la compassion de la part du professionnel et de percevoir une bonne attitude chez ce dernier. En effet, ils ont besoin d'empathie et d'écoute, et ce, en tout temps à partir de l'annonce du diagnostic jusque dans le contexte des soins quotidiens.

Lors de l'annonce du diagnostic, plusieurs parents, ébranlés par le choc, notent l'impression de devenir sourds aux propos du professionnel. Donc, seule une petite partie de l'information divulguée à ce moment serait retenue. D'ailleurs, les résultats de nos travaux indiquent que les parents ne sont pas tous prêts à en apprendre sur la maladie à ce moment et certains préféreraient se laisser du temps avant d'obtenir des informations sur la maladie afin d'être mieux disposés à écouter les professionnels.

Concernant leur besoin d'informations, en plus de mentionner leur désir de recevoir des informations claires et concises, les parents indiquent qu'ils auraient aimé recevoir davantage d'informations à propos de la vie au quotidien et du processus de dégénérescence. Par contre, les parents se montrent conscients du peu d'informations disponibles pour ce type de maladie (dégénérative et orpheline). Les parents auraient également besoin d'informations quant à leur rôle d'aidant naturel pour leur enfant et sur la façon d'annoncer cette triste nouvelle

à leurs proches. Donc, outre le soutien moral, la présence et la disponibilité, un des premiers rôles de l'équipe traitante serait la guidance parentale.

En somme, les parents ont plusieurs besoins à l'égard de l'annonce du diagnostic d'une maladie dégénérative (voir le tableau 1).

_IMPACTS DE L'ANNONCE D'UN DIAGNOSTIC ET BESOINS À LONG TERME

Les parents peuvent être préoccupés par le fait que leur enfant ne pourra pas être autonome comme ils le souhaiteraient et penser que les rêves et espoirs qu'ils avaient pour leur enfant sont brisés. L'image de l'enfant parfait disparaît, pouvant ainsi créer une blessure narcissique chez les parents; réduire l'écart entre leurs attentes, leurs désirs et la réalité peut alors représenter un grand défi. Certains parents vont avoir des attentes trop élevées concernant les réussites de l'enfant, ce qui peut entraîner déception, frustration, agressivité et un sentiment d'échec, alors que d'autres vont vouloir surprotéger l'enfant. Les parents vivent donc beaucoup d'émotions, parfois contradictoires, mais doivent tout de même veiller à exercer leurs différentes tâches dans l'ensemble des sphères de leur vie, en plus de celles reliées à la maladie telles que chercher de l'information et coordonner les soins de l'enfant. Pour la majorité des parents, bien que les besoins de soutien et d'informations demeurent au fil des années, certains besoins peuvent se modifier ou se greffer à leur nouvelle réalité compte tenu de l'évolution de la maladie et des impacts qui en découlent. En voici quelques exemples :

- Les parents notent souvent le besoin de compréhension de la part de l'employeur en ce qui concerne la conciliation travail-famille, qui est d'autant plus laborieuse. Par exemple, les parents doivent s'absenter de leur travail plus que la moyenne des employés en raison des nombreux rendez-vous que la maladie impose.
- En raison de l'implication que demande la maladie de l'enfant, certains parents laissent de côté leur réseau social. Les groupes de soutien peuvent être alors très aidants, car ils y trouveront des suggestions de la part des autres parents sur les façons de vivre au quotidien. À l'opposé, d'autres parents pourront percevoir trop de désespoir et de négatif dans ces groupes.

- Compte tenu de la lourdeur de la tâche pour le parent, le besoin de répit ressort également, pour que le couple se retrouve ou pour passer des moments entre amis. Néanmoins, il ne serait pas toujours simple d'en obtenir.
- En raison de la dégénérescence physique, un soutien d'ordre physique est nécessaire afin d'assurer certains soins et traitements, comme le prêt d'équipements. Les parents auront également besoin d'information et d'orientation vers les différents services pour les aider à adapter leur domicile.
- En ce qui concerne la prise en charge de l'enfant, le parent a aussi besoin de sentir qu'il est un membre actif de l'équipe soignante et d'avoir une relation de partenariat avec les professionnels.
- Dans le contexte des soins quotidiens, le sentiment de solitude, le stress inhérent à l'éducation et aux besoins particuliers de l'enfant seraient les principales raisons pour lesquelles le besoin d'aide psychologique serait indispensable pour certains parents.

De son côté, la fratrie des personnes atteintes partage généralement les mêmes préoccupations que ses parents; ils peuvent se sentir isolés et différents des autres familles. Ils peuvent éprouver du ressentiment à l'égard de l'enfant malade qui monopolise l'attention des parents et qui rend parfois les activités familiales difficiles. En raison des diverses limitations physiques et cognitives chez l'enfant malade, la gestion des activités familiales peut devenir complexe chez certaines familles. Les défis rencontrés par la famille peuvent donc mener à une augmentation du stress et à un déséquilibre au sein de la dynamique familiale, ce qui augmente pour chacun les risques d'avoir des problèmes de santé physique ou mentale.

TABLEAU 1

BESOINS DES PARENTS À L'ÉGARD DE L'ANNONCE

Empathie, écoute et disponibilité de la part des professionnels

Informations sur la maladie et sur le rôle d'aidant naturel

Temps pour assimiler la nouvelle

Soutien de la part des professionnels, proches ou autres (p. ex. groupe de soutien)

Espoir vis-à-vis de la description des symptômes

_STRATÉGIES D'ADAPTATION

La façon dont les parents réagissent et s'adaptent à un diagnostic difficile dépend de plusieurs facteurs, notamment de leurs attentes, de leurs expériences antérieures ainsi que des prédispositions individuelles. En effet, vis-à-vis d'une maladie dégénérative chez leur enfant, la majorité des parents apprennent à s'adapter en prenant la vie au jour le jour, en attendant que les événements viennent comme ils se présentent et en arrêtant de se projeter dans l'avenir. Bien qu'ils vivent avec un souci continu, appréhendant l'avenir de leur enfant et l'évolution de la maladie (qui leur fait vivre des deuils continuels), la plupart d'entre eux apprennent graduellement à apprécier la qualité de vie de leur enfant. Certains se mobilisent et font plusieurs recherches sur Internet concernant la maladie. Plusieurs font aussi preuve de normalisation afin de permettre à leur enfant d'avoir une vie comme celle des autres enfants. Par exemple, dans le cas des enfants atteints d'ARSCS ayant des difficultés motrices, certains parents n'imposent aucune limite à l'enfant concernant les activités sportives et l'encouragent à se relever lorsqu'il tombe. La rationalisation et les attitudes réalistes sont également présentes à long terme chez plusieurs parents.

_RECOMMANDATIONS EN CE QUI CONCERNE L'ANNONCE ET LE SUIVI

En somme, l'annonce du diagnostic d'une maladie grave est un événement crucial orientant la vie actuelle et future des enfants et de leurs parents. Certaines règles doivent donc être prises en compte lors de l'annonce afin d'en limiter l'impact, puisqu'elle peut affecter la relation parent-enfant ainsi que la capacité des parents à s'adapter psychologiquement à cette nouvelle réalité. Ces règles se basent sur les facteurs facilitants et les besoins (tableau 1) des parents démontrés dans les recherches. Étant donné les conséquences de la maladie dans la vie de l'enfant de même que dans celle des parents sur les plans personnel, social et familial, il est aussi important que les professionnels prennent en considération l'ensemble de la famille dans le suivi. Le tableau 2, tiré de nos études et de nos recensions d'écrits², propose des recommandations aux professionnels de la santé pour l'annonce d'un diagnostic de maladie dégénérative³.

TABLEAU 2

RECOMMANDATIONS POUR EFFECTUER L'ANNONCE

Effectuer l'annonce du diagnostic dès que l'investigation médicale est terminée et que le diagnostic est confirmé.

Confier l'annonce du diagnostic au professionnel qui détient l'expertise de la maladie (p. ex. le neurologue) ou à celui qui connaît le mieux l'enfant et qui a la plus grande proximité avec la famille.

Avoir une bonne relation avec les parents et développer un partenariat entre le parent et l'équipe soignante.

Être dans un environnement calme et propice à l'intimité.

Prévoir suffisamment de temps pour répondre aux questions des parents et expliquer les termes utilisés afin que les parents comprennent le langage utilisé.

S'assurer de la présence des deux parents.

Prendre en compte l'histoire et le type de personnalité des parents.

Être empathique, à l'écoute et disponible aux parents.

Respecter le besoin de temps des parents. Leur demander s'ils souhaitent en savoir plus ou s'ils préfèrent attendre à un autre moment.

Donner des informations claires et concises. Ne pas censurer certaines informations dans le but de protéger les parents, puisque cela porterait atteinte à la relation de confiance entre ces derniers et les intervenants.

Identifier les forces et les limites de l'enfant tout en décrivant les caractéristiques de sa condition, en étant réaliste et non fataliste.

Éviter l'humour lors de l'annonce du diagnostic, puisqu'il peut être mésinterprété, notamment par les parents anxieux.

Fixer systématiquement une rencontre ultérieure à l'annonce initiale afin de s'assurer que l'information pertinente ait été bien assimilée par les parents.

Orienter les parents vers les ressources nécessaires (aide psychologique, groupe de soutien, etc.).

Offrir du soutien pour l'ensemble de la famille. Si nécessaire, fixer une rencontre avec les autres membres de la famille.

Effectuer une prise en charge rapide pour le suivi.

Fournir au professionnel de la formation ou de la supervision psychologique pour l'aider à annoncer une telle nouvelle et à tolérer la souffrance des parents.

_Notes

- 1 Une maladie orpheline est une maladie dite rare, c'est-à-dire que sa prévalence est de moins d'une personne sur 2000. La plupart de ces maladies sont chroniques et dégénératives.
- 2 Au Québec, les professionnels peuvent aussi se référer au programme d'intervention interdisciplinaire et familiale PRIFAM. Il s'agit d'un programme d'intervention précoce d'approche systémique qui permet de répondre, d'une part, aux besoins des parents pendant et après l'annonce d'un diagnostic et d'aider, d'autre part, les professionnels (infirmières pratiquant en périnatalité) à soutenir les familles.
- 3 Toutes les informations figurant dans cet article sont tirées des documents cités dans la bibliographie ou de nos recherches en cours.

_Bibliographie

Atlas : Country resources for neurological disorders. (2004). [Brochure]. Genève : World Health Organization and World Federation of Neurology.

Belhadi, A., Spiess, J. Baleyte, J.M., et Moussaoui, E. (2011). Accompagner les parents au cours de l'annonce d'un handicap. *Soins pédiatrie/Puériculture*, 263, 32-35.

Conseil de la famille et de l'enfance Québec (2008). Avis sur le soutien aux familles avec enfants handicapés : Trois priorités pour une meilleure qualité de vie [Brochure]. Québec : Gouvernement du Québec.

Devoldère, C. (2011). Le diagnostic et l'annonce du handicap. *Soins Pédiatrie/Puériculture*, 263, 14-17.

Jan, M., et Girvin, P. (2002). The communication of neurological bad news to parents. *The Canadian Journal of Neurological Sciences*, 29, 78-82.

Lacombe, D., Toussaint, E. (2007). Annonce du diagnostic d'une maladie génétique et prise en charge psychologique des patients et de leur entourage. *La presse médicale*, 36, 1520-1525.

Meleski, D. D. (2002). Families with chronically ill children: A literature review examines approaches to helping them cope. *The American Journal of Nursing*, 102(5), 47-54.

Newton, K., Lamarche, K. (2012) Take the challenge: strategies to improve support for parents of chronically ill children. *Home Healthcare Nurse*, 30(5), 1-8.

Ollé, M. (1985). L'information des familles ou « l'annonce du handicap aux parents ». *Soins Psychiatrie*, 60, 21-23.

Paré, H., Léveillé, D., et Fortier, R. (2004). L'aspect psychologique. Dans Vanasse, M., Paré, H., Brousseau, Y., et D'Arcy, S. (éd.), *Les maladies neuromusculaires chez l'enfant et l'adolescent* (p. 153-166). Québec : Hôpital Sainte-Justine.

Pelchat, D., et Lefebvre, H. (2004). Apprendre ensemble, le PRIFAM : programme d'intervention interdisciplinaire et familiale Montréal, QC : Chenelière McGraw-Hill.

Rallison, L. B., et Raffin-Bouchal, S. (2013). Living in the in-between: families caring for a child with a progressive neurodegenerative illness. *Qual Health Res*, 23(2), 194-206. doi: 10.1177/1049732312467232.

Tremblay, I., Bouchard, J., et Dion, J. (2011). L'annonce d'un diagnostic de maladie chronique chez un enfant. *Éducation du patient et enjeux de santé*, 20(4), 107-113.



FORMATION CONTINUE EN HYPNOSE

28^e CONGRÈS DE LA SQH

L'hypnose : de la douleur au mieux-être

29 ET 30 NOVEMBRE 2013 | AU NOUVEL HÔTEL, À MONTRÉAL

L'hypnose pour soulager la douleur et la souffrance : grandir avec le patient

Avec **D^r David Paterson, Ph.D.**, professeur à l'École de Médecine de l'Université de Washington et chercheur parrainé par les « National Institutes of Health ».

Auteur de "Clinical Hypnosis for Pain Control".

Aspect clinique du traitement de la douleur par l'hypnose

Avec **Gaston Brousseau**, psychologue, prix Pierre Janet 2011 pour l'Étude et les Applications Médicales de l'Hypnose et auteur de *L'hypnose, une réinitialisation de nos sens*.

Ce congrès est reconnu par l'OPQ pour des fins de formation continue en psychothérapie.

Formation de base en hypnose clinique et médicale

Avec **D^r Claude Verreault**, dentiste, et **Michel Landry**, psychologue

8-9 ET 22-23 FÉVRIER 2014 | À MONTRÉAL

No. de reconnaissance OPQ : RP00212-12 pour 30 heures

Visitez notre site : www.sqh.info

Renseignements : **514 990-1205**



Dr^e Mireille Joussemet / Psychologue

La Dr^e Joussemet est professeure agrégée au Département de psychologie de l'Université de Montréal. Ses recherches portent sur l'auto-détermination, le développement et le bien-être des enfants.



Geneviève A. Mageau / Ph. D.

La Dr^e Mageau est professeure agrégée au Département de psychologie de l'Université de Montréal. Ses recherches se penchent sur la définition, les déterminants et les conséquences du soutien à l'autonomie dans les relations hiérarchiques.



Julie Emond Pelletier

M^{me} Emond Pelletier est doctorante en psychologie, recherche-intervention, à l'Université de Montréal. Sa recherche porte sur le soutien de l'auto-détermination des personnes ayant une déficience intellectuelle.

Mieux comprendre le style parental optimal : la contribution de la théorie de l'autodétermination

Devenir parent amène un changement sur le plan des préoccupations et aspirations, plaçant le bien-être et l'adaptation des enfants au centre de celles-ci. Heureusement, en plus d'y accorder une très grande importance, les parents exercent également une influence considérable sur le développement de leurs enfants. En effet, parmi les déterminants environnementaux de la santé mentale des enfants, la qualité du style parental est considérée comme l'une de ses origines principales^{1,2}. Par exemple, alors que la qualité des services de garde a un impact significatif sur l'ajustement des enfants, cet effet est de plus petite taille que l'effet d'un style parental de qualité². La qualité du style parental est aussi un facteur de résilience. Par exemple, à la suite d'un divorce, elle est le facteur le plus déterminant de l'ajustement psychologique des enfants^{3,4}.

Les styles parentaux se caractérisent par un type d'interaction parent-enfant pouvant être observé à travers diverses situations, colorant ainsi le climat familial dans lequel l'enfant se développe⁵. À l'aide d'une approche typologique, les premières recherches en psychologie du développement ont montré que le style parental le plus bénéfique pour la santé mentale des enfants est le style démocratique (*authoritative*)⁶⁻⁸. Un grand nombre d'études, réalisées dans divers pays, ont confirmé que, comparativement aux styles permissif ou autoritaire, ce style parental est associé à un meilleur ajustement chez les enfants et les adolescents^{9,10}.

Plus récemment, des recherches ont visé à extraire les différentes composantes du style démocratique¹¹. Comparativement à l'approche typologique, qui « classe » les parents dans une catégorie ou une autre, l'approche dimensionnelle évalue à quel point chacune des dimensions est présente. Bien que le style parental varie d'un parent à l'autre, les dimensions varient également grandement d'un jour (ou d'une situation) à l'autre, et ce, chez un même parent¹². L'approche dimensionnelle permet ainsi

de prendre en considération les variabilités inter-individuelles, mais aussi intra-individuelles.

LE STYLE PARENTAL DÉMOCRATIQUE

Le style parental démocratique peut se décomposer en trois dimensions principales : la chaleur, l'encadrement et le soutien de l'autodétermination¹³⁻¹⁵. La chaleur (aussi appelée l'acceptation, l'implication ou l'affection) réfère à l'implication bienveillante du parent auprès de son enfant. Le contraire de cette dimension est le rejet, la froideur ou même l'hostilité. L'encadrement (aussi appelé le contrôle comportemental, la structure) réfère à la présence de règles de conduite, sous forme d'attentes claires, réalistes et accompagnées de conséquences prévisibles. Son opposé est le « laissez-faire » ou la permissivité. Enfin, le soutien de l'autodétermination (SA; aussi appelé le soutien de l'autonomie, l'autonomie psychologique) réfère à l'empathie envers l'enfant et au respect de ses idées et initiatives^{16,17}. Le contraire du SA est le contrôle psychologique, qui vise à contrôler non pas la conduite de l'enfant, mais son monde psychologique (les préférences, idées, sentiments de l'enfant)¹⁸. Le contrôle psychologique se caractérise par de la manipulation, de la pression ou de l'intrusion¹⁹. Ainsi, le parent qui exerce du contrôle psychologique utilise son pouvoir ou la relation qu'il a avec l'enfant afin que celui-ci pense, se sente et soit d'une certaine façon. Les comportements contrôlants peuvent être explicites (p. ex. avec des menaces) ou implicites (p. ex. avec de l'amour conditionnel)²⁰.

Bien qu'il soit utile de savoir que le style parental optimal est composé de ces trois « ingrédients essentiels », les procurer aux enfants n'est pas toujours naturel ni facile. Au quotidien, (1) amener ses enfants à adopter les comportements socialement acceptables, (2) sans nuire à leur besoin d'autodétermination, et ce, (3) tout en maintenant une relation parent-enfant positive représente un réel défi.

Alors que l'importance de la chaleur et de l'encadrement ainsi que les répercussions négatives du contrôle psychologique sont reconnues depuis fort longtemps en psychologie du développement, relativement peu d'études dans ce domaine ont été faites sur les comportements qui composent le SA, limitant ainsi nos connaissances au sujet de la façon dont les trois dimensions parentales peuvent coexister. C'est en intégrant les connaissances issues de la recherche en motivation humaine (faite dans le cadre de la théorie de l'autodétermination; TAD) que le SA a pu être étudié dans le contexte familial.

La TAD²¹⁻²³ identifie trois besoins psychologiques fondamentaux et universels, qui doivent être satisfaits pour un développement sain et un fonctionnement optimal : le besoin d'affiliation sociale (avoir des contacts sociaux enrichissants, sentir que l'on appartient à un groupe, une famille), celui de compétence (se sentir capable d'agir sur son environnement et d'atteindre ses buts) et celui d'autodétermination (aussi appelée autonomie; sentir qu'il est possible d'instaurer ses propres comportements en plus d'agir en conformité avec ses valeurs). Depuis plus de 35 ans, les recherches réalisées dans différents domaines de vie ont démontré que plus les figures d'autorité soutiennent les trois besoins psychologiques de leurs subordonnés (p. ex. les élèves, les employés, les patients), meilleures sont les résultantes chez ces derniers (p. ex. les efforts, la performance, le bien-être, la santé). Dans le domaine familial, l'identification de ces trois besoins psychologiques est particulièrement significative, puisque chacune des trois dimensions parentales optimales correspond à l'un des trois besoins²⁴. En se montrant chaleureux, encadrants et respectueux, les parents aident leurs enfants à satisfaire leurs besoins d'affiliation sociale, de compétence et d'autodétermination, respectivement, et favorisent ainsi leur développement.

L'une des raisons pour lesquelles le SA a reçu relativement moins d'attention dans le domaine du développement (comparativement à la chaleur et à l'encadrement) est peut-être la confusion entourant le concept même d'autodétermination^{25,26}. En effet, l'autodétermination ne doit pas être confondue avec l'indépendance (se débrouiller seul, sans aide). Bien que les enfants dépendent de moins en moins des autres avec l'âge, leur besoin d'autodétermination, lui, est présent tout au long de leur développement²⁰. Dans le cadre de la TAD, l'autodétermination signifie être à l'origine de ses comportements et y adhérer totalement²⁷. Quand un enfant suit une règle de conduite de façon autodéterminée, il s'est approprié la règle et la suit de plein gré. Après réflexion, une règle peut en effet être perçue comme étant en accord avec les buts, les intérêts et les valeurs de l'enfant, même si cette règle provient à l'origine du parent. En comprenant l'importance de la règle, l'enfant peut alors s'autoréguler et se sentir authentique et en cohérence avec lui-même. Par exemple, un enfant peut sentir que son « locus de contrôle » est interne lorsqu'il se brosse les dents, s'il comprend et adhère à la valeur de cette tâche, et ce, même si elle ne lui procure pas de plaisir.

À l'inverse, un enfant peut se sentir obligé et contraint lorsqu'il fait une activité quand il ressent de la pression, externe ou interne (p. ex. pour éviter d'être puni ou de ressentir de la honte). Au-delà de la simple obéissance, une autorégulation autodéterminée se caractérise par de l'intégration et de la flexibilité²⁵.

De la même manière, quand l'autorégulation émotive est autodéterminée, elle est aussi décrite comme étant intégrée et flexible^{17,28}. Selon la TAD, une autorégulation émotive saine implique plus que la seule gestion des émotions. En reconnaissant leurs émotions au lieu de les supprimer, les enfants peuvent utiliser l'information qu'elles transmettent, afin de guider leurs comportements^{28,29}. Une telle autorégulation émotive éviterait la trop grande rigidité de la régulation associée aux troubles intérieurs (par exemple, l'anxiété et la dépression), de même que l'absence d'autorégulation émotive, qui caractérise les troubles extériorisés (par exemple, l'opposition et l'agression)¹⁷.

_LA RECHERCHE PORTANT SUR LE SOUTIEN DE L'AUTODÉTERMINATION

Mais comment peut-on faire, en tant que parent, pour aider un enfant à s'autoréguler (p. ex. se brosser les dents, ranger ses choses, éviter de manger trop de sucreries) en se sentant en accord avec lui-même, plutôt que contraint ou en conflit intérieur? D'une part, il est recommandé de minimiser le contrôle « insidieux » dans la relation avec son enfant (p. ex. intrusion, surprotection, amour conditionnel) et d'éviter les stratégies coercitives, comme les menaces, la domination (p. ex. « fais-le parce que je te le demande »), les contingences externes (récompense s'il obéit; punition s'il n'obéit pas) et le langage contrôlant (donner des ordres, « tu dois », « il faut », « je veux que tu »). D'autre part, il est aussi important de remplacer ces comportements contrôlants par des stratégies qui, au contraire, soutiennent le besoin d'autodétermination de l'enfant.

Pour soutenir le besoin d'autodétermination d'autrui, il s'agit d'abord de le considérer comme une personne à part entière et de démontrer du respect envers les besoins, les préférences et les sentiments de cet individu^{22,24}. Les recherches empiriques ont défini le SA à l'aide de quatre éléments. Par exemple, lorsque l'on demande à un enfant de faire quelque chose, on peut (1) reconnaître-valider ses sentiments et sa perspective (« Ce n'est pas toujours drôle, se brosser les dents »). On peut aussi (2) partager les raisons d'être des règles et des requêtes (expliquer la valeur ou l'importance de la règle; p. ex. « En même temps, les brosser les rend toutes belles et les protège des caries »). Ensuite, sans abandonner la requête, on peut (3) offrir des occasions de faire des choix et de prendre des initiatives (p. ex. « Veux-tu les brosser avant ou après l'histoire? »; « Oh, tu as trouvé une nouvelle façon de mettre le dentifrice! »). Enfin, on peut (4) s'exprimer de façon à dépersonnaliser l'enjeu en se centrant sur

la tâche (p. ex. « C'est l'heure de... », « Je vois des dents qui n'ont pas encore été brossées »)^{30,31}. Cette définition, inspirée des écrits de Ginott³²⁻³⁴, a été utilisée dans les études récentes portant sur le SA³⁵. Ces études ont démontré les effets positifs du SA dans de nombreux domaines, par exemple à l'école, dans le milieu du travail, des loisirs et de la santé³⁶.

Dans le domaine familial, un nombre grandissant d'études a montré que le SA parental favorise la santé mentale des enfants (p. ex. l'intégration de règles, la motivation, l'autorégulation, l'adaptation scolaire et sociale, le bien-être)³⁷⁻⁴¹ alors qu'il est négativement lié aux problèmes extériorisés^{3,42}. Le SA augmente également le bien-être et favorise l'autorégulation des jeunes lorsqu'ils apprennent des tâches fastidieuses⁴³, et ce, même chez des jeunes ayant des difficultés d'adaptation sévères⁴⁴. Malgré les bienfaits importants associés au SA, peu d'études se sont penchées sur les façons de le promouvoir chez les parents. Il semble pourtant important d'informer et d'éduquer les parents au sujet de la façon dont ils peuvent soutenir l'autodétermination de leurs enfants, tout en leur donnant le cadre et la chaleur dont ils ont besoin.

_L'ATELIER « NOS ENFANTS : COMMENT LEUR PARLER POUR QU'ILS ÉCOUTENT, LES ÉCOUTER POUR QU'ILS PARLENT »

Un projet d'implantation et d'évaluation de programme a été entamé, afin de vérifier si le soutien de l'autodétermination peut être enseigné, en plus des deux autres dimensions parentales. Le but de ce projet était également de vérifier si l'enseignement des trois dimensions parentales peut favoriser une meilleure santé mentale chez les enfants de la population générale. L'atelier « Nos enfants : comment leur parler pour qu'ils écoutent, les écouter pour qu'ils parlent » (*How to talk so kids will listen & listen so kids will talk*) de Faber et Mazlish⁴⁵⁻⁴⁹ a été sélectionné puisque, parmi les ateliers existants, celui-ci semblait le plus complet sur le plan de l'enseignement des habiletés de base permettant de favoriser les trois dimensions du style parental optimal, et ce, très concrètement (voir le tableau 1).

TABLEAU 1

LA PRÉSENCE DES TROIS DIMENSIONS PARENTALES OPTIMALES DANS L'ATELIER « NOS ENFANTS : COMMENT LEUR PARLER POUR QU'ILS ÉCOUTENT, LES ÉCOUTER POUR QU'ILS PARLENT »

La chaleur : La création et le maintien d'une relation parent-enfant positive sont au cœur de cet atelier. Il ne s'agit pas d'apprendre à exprimer de l'amour ou de l'affection, mais plutôt à écouter et à répondre aux enfants de manière à ce qu'ils se sentent aimés et acceptés pour ce qu'ils sont. Cette dimension est donc omniprésente tout au long de l'atelier.

Le cadre : Cet atelier souligne l'importance des limites et enseigne aux parents comment en fixer. Les parents apprennent comment communiquer leurs attentes, donner de la rétroaction et des conséquences naturelles (p. ex. demander de réparer un objet si l'enfant l'a brisé et faire de la résolution de problèmes). Ces habiletés permettent aux parents d'exercer leur rôle d'autorité avec plus de confiance et moins de culpabilité.

Le soutien de l'autodétermination : L'atelier transmet avec justesse l'essence du SA, car il est basé sur le travail de Ginott³²⁻³⁴, dont les travaux ont inspiré la définition opérationnelle du SA³⁰. La première partie de l'atelier aborde l'empathie, la pierre angulaire de cet atelier. Il est aussi enseigné aux parents comment encourager les initiatives de leurs enfants, communiquer leurs attentes avec respect et aider leurs enfants à atteindre leur plein potentiel en évitant de les confiner dans certains rôles. Ces habiletés aident ainsi les parents à considérer leurs enfants comme des êtres à part entière, ayant des pensées et des sentiments qui leur sont propres.

L'objectif de cette étude était d'évaluer les effets de cet atelier sur le style parental et sur la santé mentale des enfants. À ce jour, plus de 100 parents ont déjà participé à l'atelier (un soir par semaine, pendant sept semaines), dans une dizaine d'écoles de la région de Montréal. Un total de 82 parents (de familles différentes) ont rempli les questionnaires, avant et après avoir participé à l'atelier. Parmi les enfants assez âgés pour le faire, 44 d'entre eux ont rempli des questionnaires aux mêmes moments que leur parent, mais à l'école.

Les résultats de cette étude préliminaire⁵⁰ sont encourageants. En effet, en comparant les données recueillies après l'atelier à celles qui avaient été recueillies avant, on constate que les trois dimensions importantes du style parental sont plus élevées. Les parents rapportent plus de chaleur, d'encadrement et de SA après avoir participé à l'atelier. De plus, les données recueillies auprès des enfants corroborent le fait que les parents font moins l'usage de contrôle psychologique après avoir suivi l'atelier. Sur le plan de la santé mentale des enfants, les résultats démontrent une diminution des problèmes extériorisés et intériorisés à la suite de l'atelier. Les parents rapportent aussi moins de désobéissance de la part de leurs enfants. Enfin, le niveau de bien-être rapporté par les enfants (mesuré par les émotions positives, la satisfaction de vie et l'estime de soi) s'est aussi amélioré avec le temps.

Ces résultats suggèrent qu'il est possible d'enseigner des habiletés parentales qui améliorent le niveau de chaleur, d'encadrement et de SA des parents participant. Il est aussi encourageant de constater qu'un atelier offert à la population générale puisse amener une amélioration du bien-être des enfants en plus d'une diminution de leurs problèmes d'ajustement. Ensemble, ces résultats nous portent à croire que cet atelier peut contribuer à la promotion et à la protection de la santé mentale des enfants. Une étude à plus grande échelle avec des groupes témoins (essai contrôlé randomisé) sera réalisée afin de tenir compte de l'influence du passage du temps, de vérifier si les bienfaits sur la santé mentale des enfants proviennent bel et bien de l'atelier et s'ils perdurent dans le temps.

Finalement, en démontrant les bienfaits associés à l'enseignement de l'ensemble des dimensions parentales importantes, cette étude souligne également toute la pertinence de l'application de la TAD dans le domaine familial. Avec sa conceptualisation de l'autodétermination et son accent sur les interactions optimales, la TAD apporte un éclairage nouveau sur la façon dont les parents peuvent encadrer leurs enfants et s'impliquer auprès d'eux tout en soutenant leur besoin d'autodétermination.

Bibliographie

1. Masten AS, Shaffer A. How Families Matter in Child Development: Reflections from Research on Risk and Resilience. *Families count: Effects on child and adolescent development*. New York, NY: Cambridge University Press; US; 2006:5-25.
2. NICHD Early Child Care Research Network. Child-care effect sizes for the NICHD Study of Early Child Care and Youth Development. *American Psychologist*. Feb-Mar 2006;61(2):99-116.
3. Leon K. Risk and protective factors in young children's adjustment in parental divorce: A review of the research. *Family Relations: An Interdisciplinary Journal of Applied Family Studies*. Jul 2003;52(3):258-270.
4. Wolchik SA, Wilcox KL, Tein J-Y, Sandler IN. Maternal acceptance and consistency of discipline as buffers of divorce stressors on children's psychological adjustment problems. *Journal of Abnormal Child Psychology: An official publication of the International Society for Research in Child and Adolescent Psychopathology*. Feb 2000;28(1):87-102.
5. Darling N, Steinberg L. Parenting style as context: An integrative model. *Psychological Bulletin*. May 1993;113(3):487-496.
6. Baumrind D. Effects of authoritative parental control on child behavior. *Child Development*. 1966;37(4):887.
7. Baumrind D. Current patterns of parental authority. *Developmental Psychology*. Jan 1971;4(1, Pt.2):1-103.
8. Maccoby EE. The role of parents in the socialization of children: An historical overview. *Developmental Psychology*. Nov 1992;28(6):1006-1017.
9. Dwairy M, Achoui M, Filus A, Rezvan nia P, Casullo MM, Vohra N. Parenting, mental health and culture: A fifth cross-cultural research on parenting and psychological adjustment of children. *Journal of Child and Family Studies*. Feb 2010;19(1):36-41.
10. Pong S-I, Johnston J, Chen V. Authoritarian parenting and Asian adolescent school performance: Insights from the US and Taiwan. *International Journal of Behavioral Development*. Jan 2010;34(1):62-72.
11. Gray MR, Steinberg L. Unpacking authoritative parenting: Reassessing a multi-dimensional construct. *Journal of Marriage & the Family*. Aug 1999;61(3):574-587.
12. Critchley CR, Sanson AV. Is parent disciplinary behavior enduring or situational? A multilevel modeling investigation of individual and contextual influences on power assertive and inductive reasoning behaviors. *Journal of Applied Developmental Psychology*. Jul-Aug 2006;27(4):370-388.
13. Schaefer ES. A configurational analysis of children's reports of parent behavior. *Journal of Consulting Psychology*. Dec 1965;29(6):552-557.
14. Aunola K, Nurmi J-E. The role of parenting styles in children's problem behavior. *Child Development*. 2005;76(6):1144-1159.
15. Hart CH, Newell LD, Olsen SF. Parenting skills and social-communicative competence in childhood. *Handbook of communication and social interaction skills*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Publishers; US; 2003:753-797.
16. Grolnick WS, Deci EL, Ryan RM. Internalization within the family: The self-determination theory perspective. *Parenting and children's internalization of values: A handbook of contemporary theory*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons Inc; US; 1997:135-161.
17. Ryan RM, Deci EL, Grolnick WS, La Guardia JG. The significance of autonomy and autonomy support in psychological development and psychopathology. *Developmental psychopathology, Vol 1: Theory and method*. 2nd ed. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons Inc; US; 2006:795-849.
18. Grolnick WS. *The psychology of parental control: How well-meant parenting backfires*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates Publishers; US; 2003.
19. Barber BK. Parental psychological control: Revisiting a neglected construct. *Child Development*. Dec 1996;67(6):3296-3319.
20. Soenens B, Vansteenkiste M. A theoretical upgrade of the concept of parental psychological control: Proposing new insights on the basis of self-determination theory. *Developmental Review*. Mar 2010;30(1):74-99.
21. Deci EL, & Ryan, R. M. *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*. New York: Plenum; 1985.
22. Deci EL, Ryan RM. The "what" and "why" of goal pursuits: Human needs and the self-determination of behavior. *Psychological Inquiry*. 2000;11(4):227-268.

23. Ryan RM, Deci EL. Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*. Jan 2000;55(1):68-78.
24. Grolnick WS, Ryan RM. Parent styles associated with children's self-regulation and competence in school. *Journal of Educational Psychology*. Jun 1989;81(2):143-154.
25. Ryan RM, Deci EL, Grolnick WS, La Guardia JG. *The significance of autonomy and autonomy support in psychological development and psychopathology*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons Inc; US; 2006.
26. Silk JS, Morris AS, Kanaya T, Steinberg L. Psychological control and autonomy granting: Opposite ends of a continuum or distinct constructs? *Journal of Research on Adolescence*. 2003;13(1):113-128.
27. Ryan RM, Deci EL. Autonomy Is No Illusion: Self-Determination Theory and the Empirical Study of Authenticity, Awareness, and Will. *Handbook of Experimental Existential Psychology*. New York, NY: Guilford Press; US; 2004:449-479.
28. Grolnick WS, Kurovski CO, Gurland ST. Family processes and the development of children's self-regulation. *Educational Psychologist*. Win 1999;34(1):3-14.
29. Levenson RW. The intrapersonal functions of emotion. *Cognition and Emotion*. Sep 1999;13(5):481-504.
30. Koestner R, Ryan RM, Bernieri F, Holt K. Setting limits on children's behavior: The differential effects of controlling versus informational styles on children's intrinsic motivation and creativity. *Journal of Personality*. 1984;54:233-248.
31. Ryan RM. Control and information in the intrapersonal sphere: An extension of cognitive evaluation theory. *Journal of Personality and Social Psychology*. 1982;43(3):450-461.
32. Ginott HG. The theory and practice of "therapeutic intervention" in child treatment. *Journal of Consulting Psychology*. Apr 1959;23(2):160-166.
33. Ginott HG. *Group psychotherapy with children: The theory and practice of play-therapy*. 1961.
34. Ginott HG. *Between parent and child: New solutions to old problems*. 1965.
35. Joussemet M, Landry R, Koestner R. A self-determination theory perspective on parenting. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*. Aug 2008;49(3):194-200.
36. Moreau E, Mageau GA. The importance of perceived autonomy support for the psychological health and work satisfaction of health professionals: Not only supervisors count, colleagues too! *Motivation and Emotion*. Sep 2012;36(3):268-286.
37. Ryan RM, Connell JP. Perceived locus of causality and internalization: Examining reasons for acting in two domains. *Journal of Personality and Social Psychology*. Nov 1989;57(5):749-761.
38. Guay F, Ratelle CF, Chantal J. Optimal learning in optimal contexts: The role of self-determination in education. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*. Aug 2008;49(3):233-240.
39. Grolnick WS, Ryan RM, Deci EL. Inner resources for school achievement: Motivational mediators of children's perceptions of their parents. *Journal of Educational Psychology*. Dec 1991;83(4):508-517.
40. Soenens B, Vansteenkiste M. Antecedents and outcomes of self-determination in 3 life domains: The role of parents' and teachers' autonomy support. *Journal of Youth and Adolescence*. Dec 2005;34(6):589-604.
41. Downie M, Chua SN, Koestner R, Barrios M-F, Rip B, M'Birkou S. The relations of parental autonomy support to cultural internalization and well-being of immigrants and sojourners. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*. Jul 2007;13(3):241-249.
42. Williams GC, Cox EM, Hedberg VA, Deci EL. Extrinsic life goals and health-risk behaviors in adolescents. *Journal of Applied Social Psychology*. Aug 2000;30(8):1756-1771.
43. Joussemet M, Koestner R, Lekes N, Houliort N. Introducing uninteresting tasks to children: A comparison of the effects of rewards and autonomy support. *Journal of Personality*. Feb 2004;72(1):139-166.
44. Savard A, Joussemet M, Emond Pelletier J, Mageau GA. The benefits of autonomy support for adolescents with severe emotional and behavioral problems. *Motivation and Emotion*. 2013;(sous presse).
45. Faber A, Mazlish E. *How to talk so kids will listen & Listen so kids will talk*. New York: Rawson; 1980.
46. Faber A, Mazlish E. *How to Talk So Kids Will Listen & Listen So Kids Will Talk*. updated. New York: Perennial Currents; 2000.
47. Faber A, Mazlish E. *Parler pour que les enfants écoutent, écouter pour que les enfants parlent*. Aux Éditions du Phare; 2002.
48. Faber A, Mazlish E. *How to Talk So Kids Will Listen: Group Workshop Kit*. New York: Faber/Mazlish Workshops, LLC, 2010.
49. Faber A, Mazlish E. *Parler pour que les enfants écoutent*; Trousse d'animation. Aux Éditions du Phare; 2001.
50. Joussemet M, Mageau G, Koestner R. Promoting optimal parenting and children's mental health: A preliminary evaluation of the How-to parenting program. *Journal of Child and Family Studies*. 2013; (sous presse).

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

Cette offre s'adresse à vous!

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

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

Au plaisir de vous accueillir!



Nathalie Otis / Psychologue

M^{me} Otis exerce en pratique privée auprès des familles et au Centre jeunesse de Montréal. Elle s'intéresse notamment au lien d'attachement et aux problématiques de victimisation sexuelle.

La thérapie 3W : *Watch, Wait and Wonder*

Cet article propose un survol de l'évolution de la thérapie *Watch, Wait and Wonder*, de l'essentiel de la technique, des indications de son utilisation, de ses avantages, le tout ponctué de situations cliniques.

Les travaux précurseurs de John Bowlby et Mary Ainsworth sur la théorie du lien d'attachement ont eu des répercussions positives sur la clinique infantile et familiale. Aujourd'hui, les impacts des expériences relationnelles précoces sur le développement psychoneurobiologique de l'enfant sont davantage documentés (Schore, 2003). Même si les dommages neuroaffectifs d'une relation d'attachement déficiente ne sont pas aussi apparents qu'une blessure physique, les études tendent à démontrer les « effets perceptibles dans les processus mentaux sous-jacents de la personnalité et de la psychopathologie » chez l'adulte (Fonagy, 2004, p. 53). Ainsi, la prévention quant aux relations précoces aurait un effet décisif sur le développement psychoaffectif. Les interventions centrées sur le changement des *patterns* relationnels seraient donc à considérer (Tarabulsy et coll., 2008) d'où la pertinence de la thérapie *Watch, Wait and Wonder*, ou 3W, visant la relation parent-enfant.

Au cours des années 1970, Alvin R. Mahrer et ses collègues ont développé une thérapie où la mère était guidée par son bébé et suivait ses initiatives. L'une des prémisses étant que l'enfant présente d'emblée des compétences perceptuelles et motrices que la proximité de la mère peut consolider (Mahrer et coll., 1976). À la fin des années 1970, Frank K. Johnson et ses collègues se sont intéressés à la technique du fait qu'elle s'apparente à la thérapie adulte au sens où le sujet (le bébé) partage spontanément des éléments de son vécu intérieur. Ils ont surnommé cette thérapie *Watch, Wait and Wonder* (Johnson et coll., 1980). Vers la fin des années 1980, Elisabeth Muir et ses collègues l'ont modifiée vers sa forme actuelle.

Les principes cliniques du 3W se basent sur les travaux de Bowlby sur la relation d'attachement, de Winnicott sur le *holding* maternel (la manière dont la mère supporte psychiquement son bébé) et de Bion sur la capacité de contenance de la mère (Lojkasek, Muir et Cohen, 2008). L'hypothèse centrale est que la négociation des expériences relationnelles entre la mère et l'enfant est déterminante quant à l'émergence de problématiques chez ce dernier. Les difficultés surviendraient lorsque la mère est indifférente ou inconsciente vis-à-vis de l'individualité de son enfant, ce qui

l'amènerait à répondre aux besoins de ce dernier en fonction de ses propres enjeux intrapsychiques (Muir et coll., 1999, p. 24-29). Le 3W permettrait une « re-création interactionnelle de tout un système relationnel reflétant les expériences passées et courantes de la mère » (Muir, 1992, p. 319).

La technique du 3W consiste en une séance de thérapie divisée en deux parties. D'abord, il est proposé au parent de s'installer au niveau de son enfant (par exemple sur le tapis de jeu ou à la table d'enfant) et de suivre les initiatives de ce dernier selon ses activités et intérêts. Le terme « activité » est utilisé plutôt que « jeu », car l'enfant ne joue pas nécessairement. La consigne est de répondre aux interactions de l'enfant, mais de ne pas entreprendre l'activité. Le parent doit laisser l'enfant libre tant que la sécurité n'est pas compromise et il est encouragé à l'observer. Le temps accordé peut varier de 10 à 30 minutes selon la situation relationnelle. En voici deux exemples : une enfant¹ de 13 mois dont le père est assis sur le tapis et la regarde faire des allers-retours autour de lui, lui donnant puis reprenant un jouet plusieurs fois. Lorsqu'elle interagit par gestes, mimiques ou vocalises avec lui, le père lui répond sans l'inciter ou la contraindre à faire une autre activité. Ces consignes peuvent également s'appliquer à un enfant plus âgé. Par exemple, une mère et un garçon de 6 ans qui entreprend un jeu de petites voitures. L'enfant partage les voitures donnant « les méchants » à la mère. Cette dernière suit ses instructions sans les remettre en question, même si elles lui conviennent plus ou moins.

En deuxième partie de rencontre, le thérapeute discute avec le parent des observations de ce dernier, de ses affects lors de l'activité et de ses représentations du vécu de l'enfant. Les éléments positifs observés sont soulignés par le thérapeute alors que, dans la mesure du possible, les aspects négatifs ne sont pas abordés directement. Le 3W encourage une sensibilité parentale positive ajustée aux besoins de l'enfant et décourage les intrusions inopportunes en amenant le parent à percevoir de lui-même leurs impacts négatifs. Cette partie de la rencontre est également un espace pour un travail thérapeutique plus large où les enjeux intrapsychiques du parent peuvent être explorés graduellement. Lorsque l'enfant est plus âgé, il est pertinent à notre avis de lui permettre d'ouvrir sur son vécu interne dans la mesure de ses capacités. Par exemple, demander au garçon de 6 ans ce qu'il a apprécié ou non dans l'activité.

Au cours des années, notre travail avec les différentes réalités familiales et les succès rencontrés avec la thérapie 3W nous ont amenés à étendre son application. D'abord privilégiée pour les enfants d'âge préscolaire, cette méthode plutôt inclusive peut être utilisée du nourrisson à l'enfant d'âge scolaire et avec tous les types de parents : mère, père, beau-parent, parent d'accueil ou d'adoption. L'objectif de l'intervention peut être curatif comme préventif. Effectivement, il peut être pertinent d'utiliser cette méthode afin de travailler d'emblée la relation d'attachement du parent ou du parent substitué avec l'enfant lors de situations d'adoption, de reconstitution familiale ou de réunification familiale après l'immigration, par exemple. Sur le plan curatif, les situations favorables à son utilisation sont multiples : situations présentant des enjeux relationnels; différentes symptomatologies de l'enfant (irritabilité, pleurs excessifs, opposition, problèmes d'alimentation ou de sommeil, etc.) ou du parent (anxiété, affects dépressifs, colère envers l'enfant, etc.), etc. Toutefois, certaines situations peuvent faire l'objet de contre-indications, mais il demeure important d'en juger au cas par cas. Par exemple, lorsque les conflits du couple parental sont à l'origine des principales difficultés de la dyade, que l'autre parent est en désaccord avec la thérapie ou que le parent ciblé est non disponible au processus (dépression profonde, décompensation, toxicomanie importante, difficulté sur le plan de l'empathie ou du jugement, etc.).

Les avantages de la thérapie 3W sont nombreux autant pour l'enfant que pour le parent et le thérapeute. Ainsi, l'enfant présenterait un lien d'attachement plus positif (ou plus « sécuritaire ») avec son parent, il serait en mesure d'exercer une meilleure régulation interne de ses émotions et il présenterait des gains cognitifs (Cohen et coll., 1999, 2002). De son côté, le parent vivrait un plus grand sentiment de compétence parentale, une meilleure compréhension du vécu affectif de son enfant et moins de comportements intrusifs à son égard. De plus, les mères étudiées vivraient moins d'affects dépressifs (Cohen et coll., 1999, 2002). Selon certaines études, les résultats positifs ressentis par la dyade à la suite du 3W seraient plus rapides qu'une psychothérapie mère-enfant axée sur l'introspection (Cohen et coll., 1999, 2002). De fait, dans le cadre de notre pratique, nous avons régulièrement observé des améliorations significatives après la cinquième rencontre de thérapie. Les effets positifs du traitement se maintiendraient pour les deux approches étudiées au-delà de six mois après la fin du traitement (Cohen et coll., 1999, 2002).

À travers notre pratique, nous avons constaté qu'il y a également des bénéfices pour le thérapeute : la flexibilité du 3W permet une intervention avec un large éventail de difficultés relationnelles parent-enfant, de tenir compte des différences culturelles et de s'ajuster au vécu contemporain de la dyade. Ainsi la méthode

permet de demeurer centré sur ce qui pose problème dans la relation tout en permettant des ajustements du cadre selon les besoins. Par exemple, la rétroaction vidéo (Tucker, 2006) peut être un support intéressant. Cette technique, en complément au 3W, peut faciliter l'introspection avec certains parents dont le travail de mentalisation est plus ardu. Il est aussi possible d'utiliser la méthode en groupe (French, 2011).

Certains résultats positifs peuvent apparaître assez rapidement, ce qui peut encourager autant la dyade que le thérapeute et soutenir l'élaboration du lien de confiance. Cependant, afin de saisir et de résoudre certains enjeux intrapsychiques, il est nécessaire d'être patient et à l'écoute des différentes symboliques et répétitions relationnelles autant qu'intergénérationnelles. Par exemple, une mère nous consulte pour l'énurésie de sa fille de 8 ans. La mère se révèle anxieuse et présente un désir de performance et de contrôle, alors que l'enfant est agitée et opposante. Les améliorations chez la dyade, autant sur le plan de la symptomatologie de l'enfant qu'en ce qui concerne la mère et leur relation, vont de progressions en régressions. Le processus nous permettra de comprendre que la mère est habitée par la crainte que sa fille devienne comme sa propre mère, instable et impulsive, d'où le contrôle exercé sur l'enfant et l'intolérance vis-à-vis du moindre écart.

De la danse à deux du parent et de l'enfant émerge une multitude d'éléments conscients et inconscients qui, une fois évalués, analysés et travaillés, peuvent tendre vers une résolution. Par exemple, le processus de thérapie 3W d'un père et son fils de 4 ans nous a amenés à saisir que l'un des enjeux relationnels inconscients du père était sa difficulté à s'identifier et à se reconnaître à travers son fils, et par le fait même à l'aimer : le père, plutôt introverti, présentait depuis l'enfance des stigmates corporels au visage, alors que son fils était beau et de nature enjouée. Patiemment, il nous a été possible d'amener le père à percevoir leurs points communs, à tolérer sa propre apparence physique, à développer de la fierté pour son garçon et finalement à consolider la relation d'attachement père-fils. Pour le petit, les impacts positifs sur son développement psychoaffectif ont suivi naturellement la progression du père.

Utilisé de manière préventive, le 3W permet également des résultats intéressants. Par exemple, une jeune immigrante nous consulte à la suite de la naissance de sa fille. Loin de sa famille et de ses amies, sans réseau, submergée par la question des études et l'adaptation à la nouvelle société, elle est convaincue d'être incompetente avec le nourrisson de 2 mois. Notre travail thérapeutique de *holding* lui a permis de mettre en perspective sa sensibilité parentale naturelle et de se faire confiance.

En conclusion, depuis une dizaine d'années, nous avons expérimenté divers aménagements de la thérapie 3W dont les effets sont généralement concluants lorsque les contre-indications ne sont pas rencontrées. Les processus thérapeutiques partagés avec les dyades sont riches et les résultats grandement bénéfiques pour les enfants, les parents, leur famille et le thérapeute.

Note

- 1 Toutes les situations cliniques présentées ont subi des modifications majeures afin de préserver la confidentialité.

Bibliographie

Cohen, J.N., Muir, E., Lojkasek, M., Muir, Parker, C. J., Barwick, M. et M. Brown. 1999. « Watch, wait and wonder: Testing the effectiveness of a new approach to mother-infant psychotherapy », *Infant Mental Health Journal*, vol. 20(4), p. 429-451.

Cohen, J.N., Lojkasek, M., Muir, E., Muir, R. et C.J. Parker. 2002. « Six-month follow-up of two mother-infant psychotherapies : convergence of therapeutic outcomes », *Infant Mental Health Journal*, vol. 23(4), p. 361-380.

Fonagy, P. 2004. *Théorie de l'attachement et psychanalyse*. Éditions Érès, 271 p.

French, N. 2011. « Learning to wonder together : a group approach to work with parents and infants in a community setting », *Infant Observation*, vol. 14, no 1, April, p. 75-88.

Johnson, F.K., Dowling, J. Et D. Wesner. 1980. « Notes on infant psychotherapy ». *Infant Mental Health Journal*, vol. 1, no 1, spring, p. 19-33.

Lojkasek, M., Muir, E. et N.J. Cohen. 2008. « Watch, Wait and Wonder : Infants as agents of change in a play-based approach to mother-infant psychotherapy », chapitre 11 de *Play therapy for very young children*, Maryland : Rowman and Littlefield Publishers, p. 279-305.

Mahrer, A.R., Levinson, J.R. et S. Fine. 1976. « Infant psychotherapy : Theory, research, and practice ». *Psychotherapy : Theory, research and practice*, vol. 12, no 2, summer, p. 131-140.

Muir, E. 1992. « Watching, waiting, and wondering : Applying psychoanalytic principals to mother-infant intervention », *Infant Mental Health Journal*, Vol. 13, No.4, Winter, p. 319-328.

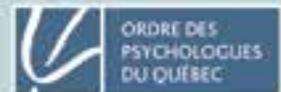
Muir, E., Lojkasek, M. et N.J. Cohen. 1999. *Watch, Wait and Wonder : A manual describing a dyadic infant-led approach to problems in infancy and early childhood*. Toronto : Hincks-Dellcrest Centre, 177 p.

Schore, A.N. 2003, traduction 2008. *La régulation affective et la réparation du Soi*. Les Éditions du CIG pour la traduction française, 416 p.

Tarabulsky, G.M., Pascuzzo, K., Moss, E., St-Laurent, D., Bernier, A., Cyr, C. et K. Dubois-Corntois. 2008. « Attachment-based intervention for maltreating families », *American Journal of Orthopsychiatry*, vol. 78, no 3, p. 322-332.

Tucker, J. 2006. « Using video to enhance the learning in a first attempt at "Watch, Wait and Wonder" », *Infant Observation*, August, 9(2), p. 125-138.

Cours de déontologie et professionnalisme



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

M^{me} Élyse Michon, formatrice



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

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

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

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

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

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

PROCHAINES FORMATIONS : À MONTRÉAL

• 31 janvier et 8 février 2014

• 7 mars et 4 avril 2014

SÉANCES D'INFORMATION SUR LA PARENTALITÉ APRÈS LA RUPTURE

Harry Timmermans, psychologue

Initiative du ministère de la Justice du Québec, la « Séance sur la parentalité après la rupture » est une rencontre gratuite d'information pour les parents dans un contexte de séparation ou de divorce. Animée par deux médiateurs familiaux, un du domaine psychosocial et un du domaine juridique, elle a lieu le soir, de 18 h à 20 h 30, à différents moments de la semaine et dans divers palais de justice. L'aspect psychosocial de l'information offerte concerne le choc psychologique de la séparation, les besoins et les réactions des enfants et les difficultés de la communication. Sur le plan juridique, on aborde les conséquences légales d'une séparation et les différents aspects de la médiation familiale.

Toute personne a besoin de comprendre ce qui lui arrive pour mieux le vivre. L'objectif de cette rencontre est d'aider les personnes se trouvant dans ce contexte de séparation en leur fournissant un maximum d'information susceptible de bien orienter les décisions qu'elles ont à prendre. Dans les situations où les parents ne s'entendent pas au sujet de la garde des enfants, leur participation à cette séance sera bientôt obligatoire avant l'introduction d'une requête en divorce. Cela dit, toute personne intéressée peut participer à cette rencontre sur une base volontaire.

La séance d'information a lieu dans 4 palais de justice (Montréal, Longueuil, Québec et Gatineau), mais elle est aussi diffusée en visioconférence dans les 42 palais de justice du Québec où siège la Cour supérieure.

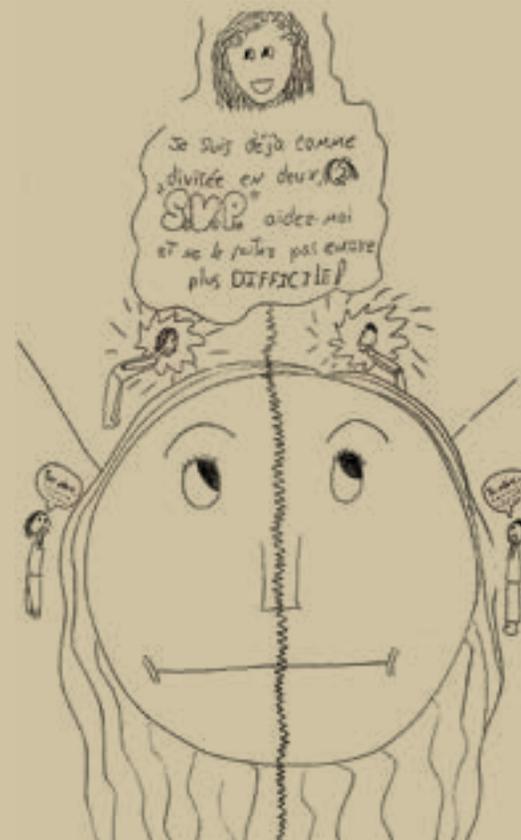
Pour participer à cette rencontre, il faut s'inscrire au préalable. Vous pouvez le faire en appelant au 1 866 536-5140, option 4. Pour plus de renseignements ou pour connaître les dates des séances, consultez le www.justice.gouv.qc.ca, puis cliquez sur le lien « Se séparer ».

LIEUX D'AIDE POUR LES ENFANTS AUX PRISES AVEC UNE SÉPARATION PARENTALE CONFLICTUELLE

D^{re} Isabelle Perna, psychologue

Alors que la séparation est souvent la solution choisie par les adultes, elle s'avère parfois difficile à vivre, surtout lorsque ces derniers ne parviennent pas à isoler leurs conflits conjugaux de leurs responsabilités parentales. Pendant cette période tumultueuse, il importe d'offrir aux enfants un lieu d'expression et d'écoute. Cela peut être réalisé dans le cadre d'un groupe d'échange et d'entraide tel que le groupe Confidences du Centre jeunesse de Montréal (CJM). Ce groupe s'adresse aux enfants âgés de 6 à 12 ans dont les parents reçoivent des services du CJM, soit après s'être engagés à tenter de régler le litige qui les oppose par le biais d'un processus de médiation familiale ou à la suite d'une ordonnance d'expertise psychosociale de la Cour supérieure. Pendant quatre semaines, à raison d'une rencontre hebdomadaire de deux heures, les enfants viennent partager avec un petit groupe de pairs leur vécu de la séparation. Ceci leur permet tout d'abord de constater qu'ils ne sont pas les seuls aux prises avec une telle situation. Puis, à travers diverses activités, ils s'outillent peu à peu afin de mieux exprimer leurs besoins à leurs parents et, par ricochet, de mieux vivre la séparation. En toute fin, lors d'une rencontre bilan en présence de leurs parents et de l'animatrice, ils ont l'occasion de mettre en pratique leurs nouveaux apprentissages. La participation des enfants au groupe et surtout l'expression de leurs besoins à leurs parents amènent souvent ces derniers à différencier leurs propres besoins et blessures de ceux de leurs enfants et à se mobiliser, pour eux et dans leur intérêt.

La participation au groupe Confidences relève de l'autorité parentale. Pour plus d'informations, veuillez vous adresser à la D^{re} Isabelle Perna, psychologue, au 514 393-2292.





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

Vient de paraître



1

1_LA FAMILLE ET LES PARENTS D'AUJOURD'HUI

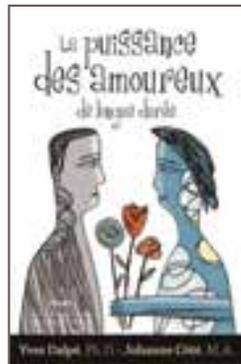
Comment être un bon père ou une bonne mère? Par le biais de vignettes cliniques, inspirées des questions les plus fréquemment posées aux psychologues, éducateurs et médecins, l'auteure aborde dans ce livre différents thèmes tels que les problèmes de comportement et d'adaptation, la discipline, le développement sexuel, la communication, l'acquisition de l'autonomie, le deuil... Un livre qui répond aux interrogations des parents en proposant des pistes d'interventions utiles et pertinentes.

Nathalie Parent, psychologue
Les Éditions Québec-Livres

2_LA PUISSANCE DES AMOUREUX DE LONGUE DURÉE

Ce livre fait la démonstration que nous sommes responsables de notre bonheur conjugal. La vie de couple est abordée dans cet ouvrage par le traitement de sujets concrets comme la fréquence des relations sexuelles, l'infidélité, la dépression, la colère, les conflits et la capacité d'aimer. S'inspirant des recherches actuelles et de leur expérience de cliniciens, les auteurs nous renseignent sur tout ce qui nous permettra de vivre une bonne relation de couple à long terme.

Yves Dalpé et Johanne Côté, psychologues
Les Éditions Québec-Livres



2



3

3_GAGNER SA VIE SANS LA PERDRE

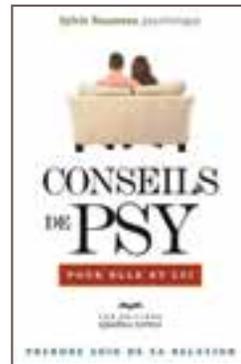
Comment les gens articulent-ils ces deux incontournables de l'existence : le travail et l'argent? Grâce à des rencontres avec des patients, des amis, des artistes, des hommes d'affaires, des jeunes de la rue, l'auteur témoigne des différentes histoires qu'il a entendues sur l'argent : il y a celui qui rend coupable, celui qui fait jouir, celui qui n'arrête pas de s'empiler, celui qui fait rêver, celui qui cimente l'identité (je suis ce que je gagne), etc. Pourquoi ce livre? Parce que l'argent est une source inépuisable de névrose. Parce que trop de gens consacrent des efforts surhumains à en faire (ou à ne pas en faire) encore et encore, sans comprendre précisément ce que cela représente pour eux.

Jean-François Ducharme, psychologue
Les Éditions Québec-Livres

4_CONSEILS DE PSY POUR ELLE ET LUI

Les routes de Laurence (elle) et de François (lui) se croisent. Ils se plaisent. De la passion durant laquelle leurs corps et leurs âmes ont l'impression de s'entremêler à la lutte pour le pouvoir qui transforme leur amour en champ de bataille... Cette histoire est la leur. Dans leur cheminement vers un mieux-être personnel et conjugal, elle et lui pourront compter sur des conseils de psy. C'est ainsi que ce livre pourra aider le lecteur à écrire les prochains chapitres de sa propre histoire d'amour.

Sylvie Rousseau, psychologue
Les Éditions Québec-Livres



4



5

5_FORMIDABLE MOI APPREND À VIVRE AVEC DES PARENTS SÉPARÉS

Destiné aux enfants de 6 à 12 ans, ce guide d'intervention illustré leur permettra de trouver une foule de manières de s'adapter aux conséquences de la séparation de leurs parents, quel que soit le moment auquel les difficultés surviennent (avant l'annonce, pendant la séparation ou même beaucoup plus tard). Chacune des sections présente une introduction théorique à l'intention des adultes et est suivie d'explications simples et imagées, dans des mots d'enfants. Plusieurs exercices concrets et des illustrations amusantes ponctuent cet ouvrage pour tous ceux qui souhaitent donner aux enfants des outils efficaces pour traverser sereinement le processus de la séparation parentale.

Nathalie Couture et Geneviève Marcotte, psychologues
Éditions Midi trente

Activités régionales et des regroupements

_ACTIVITÉS DE FORMATION DE LA RÉGION SAGUENAY/LAC-SAINT-JEAN

Le comité de formation continue de la région Saguenay/Lac-Saint-Jean invite les psychologues de la région à deux journées de formation qui se tiendront prochainement dans la région.

La première journée, le vendredi 29 novembre 2013, portera sur *L'évaluation du TDAH chez l'adolescent et l'adulte* et sera animée par la D^{re} Marie Claude Guay, neuropsychologue. Notez que cette activité, qui aura lieu de 8 h à 16 h à l'Hôtel Le Montagnais, à Saguenay, est reconnue par le programme de formation continue en psychothérapie pour 6,5 heures.

La deuxième journée, le vendredi 31 janvier 2014, de 8 h à 16 h, aura comme thème *Le symptôme somatique a-t-il un sens?* et sera animé par la D^{re} Monique Brillon, psychologue. Cette activité, qui aura lieu de 8 h à 16 h à l'Hôtel Universel, situé au Complexe Jacques-Gagnon à Alma, est également reconnue pour 6 heures par le programme de formation continue en psychothérapie.

Pour de plus amples renseignements sur les activités régionales au Saguenay/Lac-Saint-Jean, communiquez avec M. Réjean Simard, psychologue, au 418 251-4838.

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

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

D'abord, dans la région de l'Outaouais, une conférence intitulée *Servir avec le sourire : une responsabilité individuelle ou organisationnelle?* aura lieu le 22 novembre prochain. Puis, le 24 février 2014, une autre conférence aura lieu, celle-ci ayant pour thème *Favoriser la santé psychologique et la performance au sein des équipes de travail – Avancées théoriques et pratiques novatrices d'intervention auprès des équipes de travail*. Notez que ces deux conférences auront lieu de 13 h 30 à 16 h 30 à Gatineau.

Ensuite, dans la région de Québec, le 29 novembre, un atelier interactif ayant comme thème *Le recrutement et les médias sociaux* se déroulera à l'Université Laval. Toujours à Québec, le 24 janvier 2014, une conférence est organisée ayant comme thème *La gestion virtuelle des équipes ou la gestion des équipes virtuelles*. Ces deux événements auront lieu de 13 h à 16 h, à l'Université Laval.

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

_ACTIVITÉS DU REGROUPEMENT DES PSYCHOLOGUES CLINIENS ET CLINIENNES DE QUÉBEC

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

D'abord, le 15 novembre prochain, le RPCCQ organise une journée de formation ayant pour thème *Une nouvelle thérapie cognitive avant-gardiste et soutenue empiriquement pour le TOC*. Cette formation, reconnue pour 6 heures par le programme de formation continue en psychothérapie de l'Ordre, sera animée par le D^r Kieron O'Connor, psychologue.

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

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

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

Tableau des membres

En date du 29 septembre 2013

_NOUVEAUX MEMBRES

Arsenault, Marianne
Beaudoin, Axelle
Bineau, Marilyn
Blanc, Sébastien
Boulos, Nancy
Brami, Mathieu
Brouillette, Kim
Carrier, Jean-Nicolas
Deault, Louise
El Khouri, Myriam
Filion, Rachel
Fraser, July

Gagnon, André
Gagnon, Christine
Georgieva, Petya
Gingras, Normand
Kessous, Nicolas
Larouche, Caroline
Lefebvre, Marie-Andrée
Lefebvre, Marie-Pier
Lidji, Pascale
Lopez, Nadège
Lortie, Mélissa
Methqal, Ikram

Michaud, Frédéric
Mikulowicz, Daniel
Nobert, Karine
Paré, Marie-Julie
Paulin-Pitre, Geneviève
Perreault, Valérie
Picard, Laurie
Poupard, Maude
Raymond, Daisy
Regnault, Olivia
Roy, Philippe
Sauriol, Sylvie

Starr, Rachel
Sylvain-Roy, Stéphanie
Sylvestre, Kevin
Vanasse Larochelle,
Julien-Pierre

_DÉCÈS

Desrosiers, François Xavier
Souligny, Suzanne

Registre des psychothérapeutes

En date du 29 septembre 2013

_NOUVEAUX DÉTENTEURS DE PERMIS

Abou-Samra, Wardieh (Rosie)
Afana, Abdelhamid
Bédard, Joanne
Belley, Claudine
Blumstein-Bond, Sharon
Boucher, Marie-Claude
Boudreau, Jacqueline
Boudreault, Geneviève
Bowman, Gillian
Brassard, Chantale
Brookman, Lisa
Charest, Ugo
Chassin, Isabelle
Chaumel, Jean-Philippe
Connolly, Patricia
Danis, Jocelyne
Dashkevich, Natalia
D'Asti, Anna Maria
Decarie, Maryline
Désy, Marguerite

Dominguez Lopez, Jorge
Alberto
Dubé, Marie-Josée
Dufour, Marianne
Dumais, Ghislain
Duvauchel, Martine
Ferron, Anik
Fortier-Cyr, Corine
Fournelle, Anne-Marie
Gagné, Joanne
Garwood, Nicki
Gendron, Emmanuelle
Girard, Magalie
Guillet, Lucie
Hébert, Clémence
Henry, Sylvie
Horwood-Shannon, Diana
Jha, Ranjana
Joron, Nicole
Lachance, Marc-André

Lajoie, Ginette
Lamarre, Gisèle
Larouche, Fernand
Leblanc, Gilles Benoit
L'Heureux-Letendre, Ariane
Lis, Barbara
Magonet, Howard
Massicotte, William
Meloche, Monique
Muhlegg, Mercedes
Pelchat, Valérie
Perna, Angelo
Pike, David
Pitts, Charles C.
Plouffe, Maria
Poirier, Geneviève
Pouliot-Olson, Germaine
Proulx, Isabelle
Prud'Homme, Jacqueline
Reynolds, James

Rhee, Cindy
Rioux, Gilles
Robert, Michel
Roy, Philippe
Roy, René
Roy, Sophie
Savoie, Gilles
Segal, Mona
Taylor-Lespérance, Kathleen
Tremblay, Chantalle
Tremblay, Marie-Eve
Trépanier, Nancy
Vargas De Luna, Myriam
Veilleux, Françoise
Veilleux, Sylvie
Wermeille, Jérôme
Wilkie, Lois

François Xavier Desrosiers 1932-2013



Un des pionniers de l'implantation de la psychologie humaniste à l'Université Laval nous a quittés. François Xavier Desrosiers s'est éteint très sereinement le 15 août dernier, à l'aube.

François Xavier est âgé de 29 ans quand la psychologie devient une discipline autonome, puis une profession. Déjà formé à la psychanalyse auprès du père Samson à l'Institut de psychothérapie du Québec, il termine ses études doctorales aux États-Unis, à Eugene en Oregon. À son retour, il enseigne en sciences de l'éducation à l'Université Laval et devient vite responsable des études de counseling en sciences de l'orientation. Spécialiste des approches de Carl Rogers sur l'intervention centrée sur la personne et de Sidney Jourard sur la transparence de soi, il enseigne les principes d'une relation d'aide fondée sur l'empathie, l'acceptation inconditionnelle d'autrui et l'authenticité. Il développe une pédagogie favorisant ces attitudes et habiletés. De plus, il place le développement personnel des psychothérapeutes comme l'une des conditions de succès de la thérapie.

En 1975, il est invité à prendre la direction de l'École de psychologie de l'Université Laval, alors en transition. Comme en counseling, il maintient ses convictions humanistes en mettant l'accent sur les aspects humains de la relation thérapeutique et sur les processus psychologiques plutôt que sur les aspects techniques. Cette position est assez radicale à ce moment-là, dans un monde dominé par la psychanalyse et le behaviorisme. Sa compréhension aristotélicienne de l'être humain s'assouplit graduellement pour s'ouvrir à la phénoménologie et ses convictions trouvent un appui dans le concept d'intersubjectivité de Husserl.

Plusieurs de ses collègues et étudiants pourraient signer l'un des témoignages suivants : « Des gens comme lui font partie de ceux qui seront toujours là. Comme professeur, comme superviseur, il était toujours disponible, et il répondait à nos questions avec le sourire. » « J'appréciais ce professeur. Il m'impressionnait par son attention et sa simplicité. » « Pour moi, il a été un mentor important. Sous son inspiration, je me suis intéressée aux relations interpersonnelles dans l'intervention. Il m'a motivée à poursuivre mes études de doctorat. Grâce à lui, j'ai pu faire la carrière que j'ai faite, il en a été le motivateur et le facilitateur, ce que je n'oublierai jamais. » « François a été pour moi, sur le long terme, un modèle d'humanisme, un bon collègue et un ami. »

*Oscar Hamel, M. Ps., psychologue clinicien
13 septembre 2013*

L'ASSOCIATION QUÉBÉCOISE DE GESTALT A 25 ANS

L'Association québécoise de gestalt fête ses 25 ans de vie active au sein de la communauté thérapeutique. Nous retrouvons ici quelques-uns de ces pionniers qui ont ouvert la voie de la gestalt au Québec, soit, de gauche à droite, les psychologues Jean Gagnon, Janine Corbeil, Diane Dulude, Gilles Delisle, et la présidente actuelle, Esther Larose. Bien vivante, l'Association compte plus de 120 personnes largement impliquées dans leur milieu.



SERVICE D'INTERVENTION D'URGENCE POUR LES PSYCHOLOGUES

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

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

Pour obtenir des renseignements supplémentaires sur ce service, visitez le site Web www.ordrepsy.qc.ca/membres.

Petites annonces

À LOUER/À PARTAGER

Bureaux à louer ou à partager, chemin Queen-Mary.

Édifice professionnel, bureaux bien isolés, bien aménagés, toilettes privées, occupation flexible, prix avantageux. Tél. : 514 909-2809.

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

Vieux-Terrebonne – Bureaux à louer.

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

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

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

À louer – Rue Cherrier, métro Sherbrooke.

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

Québec – Bureau disponible à l'heure, au mois ou à l'année situé sur 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, kinésithérapeutes, 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.

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

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

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

Québec – Bureaux à louer sur 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 fenêtrés. Salle d'attente et cuisinette équipée. Insonorisation supérieure et climatisation. Clientèle adulte. Au bloc, à la journée ou à forfait. Visitez notre site Web au <http://allardcadieux.ca> ou appelez au 450 663-7222.

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

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

L'endroit de choix pour combler ou trouver un emploi de psychologue



Depuis plusieurs années, les employeurs qui cherchent sérieusement des candidats psychologues affichent leurs offres d'emploi dans le site Web de l'Ordre.

Avec une moyenne de près d'un affichage par 2 jours, le service *Offres d'emploi* du site Web de l'Ordre est devenu l'endroit de choix pour y dénicher son nouvel emploi.

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

Pour voir toutes les offres présentement affichées : www.ordrepsy.qc.ca/emplois

Pour vous abonner aux Alertes emploi : www.ordrepsy.qc.ca/alertesemploi

Bureau de consultation disponible dans une clinique médicale privée située à L'Assomption (10 minutes de Repentigny). Idéal pour psychologue. Location par jour ou mensuelle. Bureau luxueux. Service de prise de rendez-vous par la réceptionniste inclus. Téléphone : 450 589-3232, natacha70_1@msn.com.

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

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

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

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.

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

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

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

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

Grand bureau de psychothérapie, au CSRE, métro Vendôme. Fauteuils/divan, vue sur la montagne, ascenseurs, café en bas. Libre mercredi, 8 à 8. 514 484-4366.

Promenade Fleury – Ahuntsic. Bureau chaleureux au décor soigné à sous-louer. Diverses modalités de location. Climatisé, code de sécurité à l'entrée, Internet. Possibilité de références. 514 384-5000.

Laval – Bureau à sous-louer, à cinq minutes du métro Cartier, disponible les mercredis. Meublé, climatisé, salle d'attente, cuisine, stationnement. Très bon prix. 514 220-6590.

Sainte-Thérèse – Joli bureau à sous-louer à temps partiel ou à temps plein pour psychologues pour adultes. Bureau neuf, climatisé, insonorisé. Pascale Petit : 514 236-5638.

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

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

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

1^{er} septembre 2013 – Grand et joli bureau à partager. Saint-Joseph. Psychologues, psychothérapeutes, sexologue, intervenants, etc. Location heures/jour/soir ou journée complète. Insonorisé, cuisinette, etc. Eric : 514 663-0812.

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

Bureau à partager – Métro Laurier. Lundi, jeudi, vendredi disponibles. Au bloc ou à la journée. Communiquer avec Nathalie Brault : 514 598-8010.

Trois bureaux fermés. 1 400 pieds carrés et grande salle pour groupes. Possibilité de louer l'espace entier. 2000 \$/mois + TPS et TVQ. helene.lamoureux56@gmail.com.

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

Sainte-Foy (Québec) – Un bureau à louer à l'Institut de psychologie. Stationnement, cuisinette, salle de conférence, ligne téléphonique, accès Internet. lfraser@institutpsy.com, 418 522-1494, poste 34.

À Sainte-Julie – À sous-louer/partager. Idéal pour médiation familiale, psychothérapie, etc. Situé dans un centre professionnel, d'accès facile, salle d'attente et cuisinette partagées. 514 233-8365.

À louer sur le Plateau, rue Cherrier – Bureau meublé et équipé. À deux minutes du métro Sherbrooke. Termes à discuter : 514 234-7238.

Grand bureau meublé à louer de 3 à 5 jours/semaine. À Saint-Basile-le-Grand (route 116) dans un immeuble de professionnels, avec salle d'attente commune. 514 941-6017.

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

Terbonne (près autoroute 640) – Bureau pour psychologue incluant : salle d'attente, messagerie vocale, télécopieur/imprimante et Internet. Clientèle : adultes, enfants et familles. Disponibilités de jour et de soir. Location par jour (7 heures) ou à l'heure. Communiquez avec Espace Famille Lapinière au 450 477-1112 ou avec Nathalie Sauvé à sauve.n@videotron.ca.

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

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

Bureaux 11 pi X 13 pi (145 pieds carrés) – À partager 5 jours/semaine du jeudi au lundi inclusivement, dans un centre beauté santé, à Laval. 514 895-1585.

Outremont – Bureau à sous-louer. Chaleureux, insonorisé, salle d'attente. Champagnier coin Van Home, dans un bel édifice, à deux minutes du métro Outremont. Disponible les mardis, jeudis, samedis / **Office to share.** Cosy, soundproofed, waiting room. 2 blocks from the Outremont metro. Available: Tuesdays, Thursdays, Saturdays. Marianne : 514 490-0496, 514 817-1544.

Bureau à louer – Boulevard Saint-Joseph. 1 ou 2 jours/semaine. Tarifs avantageux, meublé, environnement calme et accueillant, références possibles. 514 475-6068, julieredpsy@hotmail.com.

N.D.G. Côte-des-Neiges – Bureau à louer ou à partager pour psychologues dans un bel édifice sur une rue tranquille à 5 minutes à pied du Métro Snowdon; comprend une insonorisation supérieure, une cuisinette, une salle d'attente privée, une toilette et l'accès Internet. Stationnement toujours disponible sur la rue. Prix abordable. 514 692-1622 / **N.D.G. Côte-des-Neiges – Office to let or share** for psychologists in a newly renovated building on a quiet street, 5 minutes from the Snowdon Metro Station. Superior soundproofing, kitchenette, private waiting room, toilet and wireless internet. Parking is always available on the street. Affordable pricing, call 514-692-1622.

Petites annonces (suite)

Saint-Bruno-de-Montarville – Très beau bureau à louer, moderne, épuré, très belle fenestration. Environnement de choix. Divers types de location possibles. Anne Deschênes : 438 828-8494.

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

Bureau à louer – Québec (Quartier Montcalm). 626, boulevard René-Lévesque Ouest. Immeuble pour psychologues. Bureau de 117 pieds carrés. Comprend salle d'attente, cuisinette, toilette privée. Renseignements : le626_rene@hotmail.com ou 418 952-1000.

Vieux La Prairie, Rive-Sud. Dans un édifice patrimonial de prestige, bureau insonorisé, climatisé avec salle d'attente. Plafonds 12 pieds. Différentes modalités de location (bloc d'heures, journées, semaines ou mois) et possibilité de références. 450 444-8700, www.girouxetessier.com.

Bureau à louer, avenue Decelles – Édifice professionnel, climatisé, spacieux, occupation flexible, bien aménagé, possibilité de références, disponibilité immédiate, métro Côte-des-Neiges. Téléphonnez au 514 487-6516.

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

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

Laval (Sainte-Rose) – Bureau à partager selon modalités très flexibles pour une pratique clinique dans un environnement accueillant et personnalisé. Marie-Josée Bleau : 514 923-4647.

Cowansville – Bureau de psychothérapie situé près de l'Hôpital BMP disponible pour sous-location. Salle d'attente et horaire flexible. Michelle Perreault : 450 242-2909 ou mperreault@cepeggranby.qc.ca.

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

Rosemère – À sous-louer. Bureau 125 pieds carrés, confortable, climatisé, grande fenêtre, salle d'attente, stationnements. À la journée ou au mois, temps complet ou partiel. Josée Touchette : 450 984-3250.

Bureau à partager près du métro Laurier. Très bel espace avec cachet, tout inclus. Disponible mardi et/ou mercredi. 165 \$ par jour par mois. 514 277-8763.

Centre de Thérapie de Montréal – Bureaux meublés à louer. Belle décoration, éclairé. Disponible au bloc. Métro Vendôme. Pour renseignements et photos : info@montrealtherapy.com, 514 244-1290.

_PSYCHOLOGUES RECHERCHÉ(E)S

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

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



Formation continue (en présence ou en ligne) 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 six livres sur la cohérence cardiaque et ses applications.

Numéro de reconnaissance : RA00136-12
14 heures de formation continue accréditées par l'OPQ

Prochaine formation en présence :
Québec : 9 & 10 novembre
Montréal : 30 novembre & 1er décembre

Formation en ligne www.eole.tv

Le biofeedback par la 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.

Formation en présence : www.equilibios.com/formations/ info@equilibios.com (514) 932-4744

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

Vieux La Prairie, Rive-Sud. Psychologue recherché pour clinique privée ayant ou désirant développer une pratique autonome. Possibilité de références et de supervision. 450 444-8700, www.girouxettessier.com.

Psychologue à temps partiel recherché à Saint-Constant pour clientèle enfants, adultes et couples. Références et services fournis. Communiquez avec Suzanne Bibeau au 450 633-0022.

La Clinique de Psychologie Sainte-Thérèse recherche psychologues pour enfants/adolescents (approche cognitive-comportementale) et neuro-psychologues pour enfants/adolescents et adultes. Références assurées. Travailleur autonome. Bureau meublé/décoré avec goût. Cuisine, photocopieur/télécopieur, Internet, etc. Sous-location par bloc, matin, après-midi et soir. Prix concurrentiels. Disponible dès maintenant. Cathy Cloutier : 450 434-7531, poste 112.

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

Besoin de références de clients? Clinique de psychologues recherche psychologues et psychothérapeutes (région du grand Montréal), désirant élargir leur clientèle de psychothérapie à leur bureau privé ou/et dans nos locaux. Disponibilités jours et soirées requises et approche adaptée au client. Aussi bureaux à louer disponibles. Renseignements : joseleeduc@hotmail.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. Enfants, adolescents. Évaluation, thérapie. Approche intégrative. Michèle Houde, M.A., psychologue clinicienne, neuropsychologue. 23 ans d'expérience (école, pédopsychiatrie, CRDP, clinique de développement). Laval. 514 813-2117.

_À VENDRE

Psychologue près de la retraite souhaite céder pratique privée florissante, établie depuis 25 ans dans Lanaudière/Laurentides, avec ou sans immeuble. Coaching offert, lgdemonfort@hotmail.com, 450 439-3922.

À Repentigny – Maison unifamiliale à vendre avec bureau en annexe, entrée indépendante et salle d'attente. Rare sur le marché! Beaucoup d'espace et clé en main. 3 + 1 chambres. Grand terrain de 11 600 pieds carrés et garage double détaché. Clientèle disponible. Services à proximité. Duproprio.com #403080. Annie Perreault : 450 585-0088.

Logiciel d'écriture de notes de psychothérapie : simple, peu coûteux et développé par des psychologues. Nos Dossiers : www.nosdossiers.net. / **Psychotherapy note writing software:** simple, inexpensive, and developed by psychologists. Note Designer: www.notedesigner.com.

CFSMO - FORMATIONS EN LIGNE

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

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

- 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@sss.gouv.qc.ca

FORAITS 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



La douleur chronique chez les personnes âgées

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

Le cas clinique

À la suite d'un accident de voiture, le patient de 68 ans consulte pour une douleur chronique au dos qui dure depuis plus de 10 mois. Les examens physiques ne révèlent aucune hernie ou lésion à la colonne. La douleur persiste. Son médecin parle d'une arthrose normale et hésite à augmenter sa médication par crainte de la dépendance. Le patient a abandonné les exercices de physiothérapie dont les bienfaits semblent avoir atteint un plateau. Des efforts excessifs auraient même amplifié ses symptômes. Il vous consulte à la suggestion de son médecin, qui se demande ce qu'il pourrait faire de plus pour lui.

La recherche le dit

On trouve des douleurs chroniques chez 25 % à 50 % des personnes âgées vivant dans la communauté (Park et Hughes, 2012). On considère comme une douleur chronique la douleur qui persiste plus que trois à six mois et qui affecte négativement les activités quotidiennes ou le bien-être de la personne (Andersen et coll., 2013). Peu de choses sont aussi incompréhensibles et aussi difficiles à accepter que la douleur chronique. Un signal qui devait nous alerter pour protéger nos tissus se déclenche apparemment sans raison. Sous son emprise, toute personne peut devenir irritable, insomniaque et anhédonique (MacDonald, Hébert et Stanbrook, 2011).

Les moyens psychosociaux de gestion de la douleur, en complément aux ressources pharmacologiques et chirurgicales, peuvent avoir un impact à court terme et être bien tolérés. Pour le traitement des douleurs chroniques chez les personnes âgées, la recherche appuie principalement l'utilisation de la thérapie cognitivo-comportementale, l'écoute de la musique et l'imagerie guidée avec l'utilisation de la relaxation musculaire progressive (Park et Hughes, 2012).

Green et coll. (2009) ont élaboré un programme de 10 semaines d'intervention cognitivo-comportementale s'adressant spécifiquement aux personnes âgées. Les chercheurs se sont assurés de la standardisation du traitement par l'utilisation d'un manuel et l'encadrement et la supervision des psychothérapeutes. Ce programme a amené une réduction importante de la perception subjective de la douleur et une plus grande utilisation de la relaxation comme stratégie de coping.

McCaffrey et Freeman (2003) ont utilisé une intervention relativement simple. Les personnes âgées d'un groupe expérimental qui écoutaient de la musique 20 minutes par jour pendant deux semaines ont obtenu une diminution importante de leur perception de leur douleur.

Baird et Sands (2004) rapportent quant à eux que des femmes âgées ont appris à remplacer les pensées négatives (telles que la pensée catastrophique) par des pensées dirigées vers la réduction de la douleur et l'augmentation de la mobilité. Ils pratiquaient également la relaxation musculaire progressive. Après 12 semaines, ces femmes avaient considérablement moins de douleur et moins de préoccupations au sujet de leur mobilité.

De façon globale, on utilise en général dans le domaine de la gestion de la douleur des stratégies de résolution de problème, l'encouragement à planifier des activités plaisantes, l'exercice,

la relaxation, l'ajustement du rythme des activités pour s'assurer de laisser un temps de récupération suffisant, une saine alimentation et l'arrêt du tabagisme (Andersen et coll., 2013). On favorise également une communication efficace avec la famille, les amis et les professionnels de la santé. Comme dans toutes les activités de changements d'habitudes de vie, l'intervenant explorera avec le patient l'importance des changements désirés ainsi que la capacité du patient à entreprendre ce type de traitement.

Dans son plan d'autogestion de la douleur pour les personnes âgées, Hadjistavropoulos (2012) met l'accent sur le maintien, la modification ou la création de rôles significatifs, l'adhésion au traitement pharmacologique, l'accès aux ressources ainsi que le sentiment d'efficacité personnelle. Il souligne l'importance d'ajuster les recommandations à la personne et les avantages de fournir un encadrement qui évite une mauvaise utilisation des recommandations.

Après un début de traitement hésitant, le patient dont nous avons parlé au début de cette rencontre est devenu moins préoccupé par sa douleur. Après avoir abordé l'impact de sa douleur sur sa vie conjugale et sexuelle, il a osé aborder le sujet avec sa conjointe, qui lui a offert le soutien inconditionnel dont il avait besoin. Cela lui a donné la permission de renoncer à la performance, de changer le rythme de ses activités et de retrouver sa capacité d'avoir du plaisir. Il connaît mieux sa douleur et fait ce qu'il faut pour en tenir compte dans la planification de ses activités. Il a constaté que même s'il doit renoncer à certaines façons de faire les choses, sa vie n'est pas finie. C'est le début d'un nouveau chapitre.

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

Bibliographie

- Andersen, L. N., Juul-Kristensen, B., Roessler, K. K., Herborg, L. G., Sorensen, T. L., et Sogaard, K. (2013). Efficacy of "Tailored Physical Activity" or "Chronic Pain Self-Management Program" on return to work for sick-listed citizens: design of a randomised controlled trial. *BMC Public Health*, 2013, 13,66, 1-8.
- Baird CL, Sands L. (2004). A pilot study of the effectiveness of guided imagery with progressive muscle relaxation to reduce chronic pain and mobility difficulties of osteoarthritis. *Pain Management Nursing*, 2004, 5, 97-104.
- Green S, Hadjistavropoulos T, Hadjistavropoulos H, Martin R, et Sharpe D. (2009). A controlled investigation of a cognitive behavioural pain management program for older adults. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 2009, 37, 221-226.
- Hadjistavropoulos T. (2012). Self-Management of Pain in Older Persons: Helping People Help Themselves. *Pain Medicine*, 2012, 13,567-571.
- MacDonald, N. E., Hébert, P. C., et Stanbrook, B. (2011). Better management of chronic pain care for all. *CMAJ*, November 8, 2011, 183, 16, 1815.
- McCaffrey R, Freeman E (2003). Effect of music on chronic osteoarthritis pain in older people. *Journal of Advanced Nursing*, 2003, 44, 517-524.
- Park, J., et Hughes, A. K. (2012). Nonpharmacological Approaches to the Management of Chronic Pain in Community-Dwelling Older Adults: A Review of Empirical Evidence. *JAGS*, 60, 555-568.



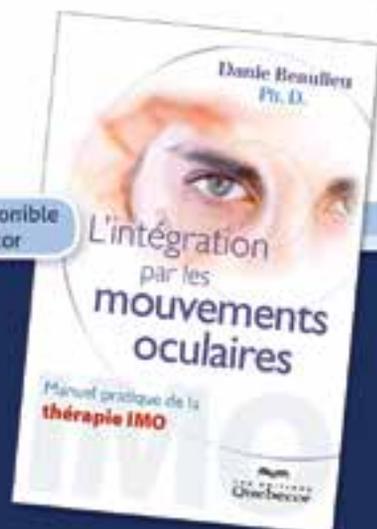
Intégration
par les mouvements
oculaires

IMO

Une solution globale et efficace aux souffrances
des personnes traumatisées.

Un traitement dont la rapidité honore le plein potentiel
d'autoguérison de l'être humain.

Maintenant disponible
chez Quebecor



Contenu

Niveau 1

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

Niveau 2

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

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

«Très stimulant. Ça a vraiment répondu à mes attentes! Merci beaucoup!»
Lucie Legault, psychologue

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

IMO-1 Montréal: 26-27 mars 2014 Formation continue IMO
IMO-2 Montréal: 25-26 sept 2014 Montréal: 28 mars 2014
24 sept 2014

8h30 à 17h30, les deux jours

Régulier: 6505 + tx = 747,335 / pers.
Réservation: 6005 + tx = 689,855 / pers.
Communautaire: 4005 + tx = 459,905 / pers. → Paiement trois semaines avant la tenue de la formation.
N.B.: 10 heures de formation continue sont nécessaires pour obtenir la certification professionnelle IMO 1

Formatrice: Danie Beaulieu, Ph. D., psychologue

Superviseurs accrédités:

Stéphane Mignault, psychologue
Stéphanie Deslauriers, psychologue
Annie Perrault, psychologue



**Thérapie
d'IMPACT**

UNE APPROCHE
VIVANTE,
DYNAMIQUE
ET IMPACTANTE

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

BYE BYE ANXIÉTÉ
Montréal: 7 octobre 2014

TECHNIQUES D'IMPACT
Approche individuelle
Montréal: 24 mars 2014

L'ART DE SEMER
Montréal: 10 avril 2014

Approche groupe, couple, famille
Montréal: 25 mars 2014

RELATIONS INTERPERSONNELLES
Montréal: 11 avril 2014

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

LE DEUIL ET SES ISSUES
Montréal: 9 octobre 2014

BURNOUT ET DÉPRESSION
Montréal: 8 octobre 2014

**Nouvelle
formation:**

*Êtes-vous Primate,
Automate ou Diplomate?*

Montréal:
10 octobre 2014
8 avril 2014

Tarifs par jour
de 3 à 5

Réservation: 2255 + tx = 258,605
Régulier: 2905 + tx = 287,445
Groupe (3 et plus): 2005 + tx = 229,955
Étudiant temps plein/
communautaire (avec preuve): 1255 + tx = 143,725

Réservation: Deux semaines avant la tenue de l'événement.

Tarif régulier: réservation trois à trois semaines avant la tenue de l'événement.

Tarif groupe: 3 personnes ou plus au même temps sous une même facture.

Les prix sont sujets à changements 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

En partenariat avec



ASSURANCE VIE, SANTÉ ET VOYAGE



Assurez-vous de profiter de la vie!

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

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

Appelez-nous pour de plus amples informations :

1 877 579-5585

dpmm.ca/opq

DPMM



Dale Parizeau
Morris Mackenzie

Cabinet de services financiers