Psychologie QUÉBEC

Le magazine de l'Ordre des psychologues du Québec

volume 27
numéro 05
septembre 10

www.ordrepsy.qc.ca : : Ordre des psychologues du Québec

> Le traitement des troubles de la personnalité

Un équilibre à maintenir dans l'offre de services psychologiques

ÉVOLUTION DES EFFECTIFS DANS LA PROFESSION DE PSYCHOLOGUE

L'ENCADREMENT DE LA PRATIQUE PROFESSIONNELLE

LE TRAITEMENT DE LA DÉPRESSION
CAHIER RECHERCHE ET PRATIQUE À L'INTÉRIEUR

ORDRE DES PSYCHOLOGUES DU QUÉBEC

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

PRENEZ DE L' **ASSURANCE**

ORDRE DES PSYCHOLOGUES DU QUÉBEC

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

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

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

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

1 800 361-8715
dpmm.ca/opq

MONTRÉAL | GATINEAU | JONQUIÈRE | QUÉBEC | TORONTO

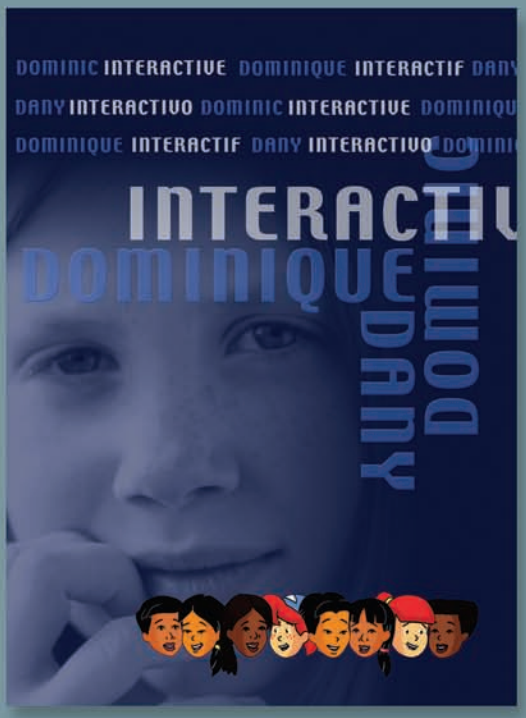
Vous avez tout à y gagner!

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

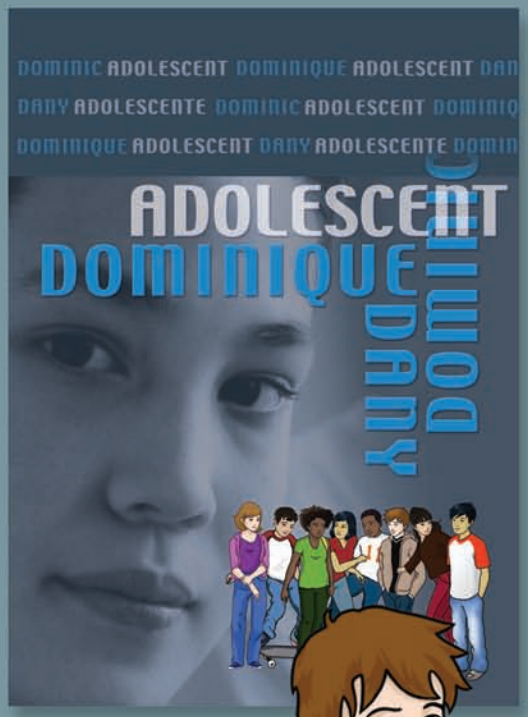
Dale
Parizeau
Morris
Mackenzie

CABINET DE SERVICES FINANCIERS

Dominique Interactif c'est quoi?



Version enfant (6 à 11 ans)



Version adolescent

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

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

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

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

> dossier p.16

Le traitement des troubles de la personnalité

Un équilibre à maintenir dans l'offre de services psychologiques

16_ Les psychologues contribuent à l'amélioration des services offerts aux personnes souffrant d'un trouble de la personnalité
Dr Sébastien Bouchard, psychologue

18_ L'approche dialectique comportementale en ressource non spécialisée : la recherche d'un équilibre gagnant
Hélène Busque, psychologue

22_ Soutenir les intervenants du réseau œuvrant auprès de patients présentant un trouble de la personnalité limite
Dr Sébastien Bouchard et Dr Étienne Julien, psychologues et Caroline Duval, gestionnaire au CSSS Québec-Nord

26_ La PGRO au service du développement des soins offerts aux personnes présentant un trouble de la personnalité
Dr Gilles Delisle et Alain Mercier, psychologues

29_ Les traitements adaptés aux troubles de la personnalité : approches diverses, même engagement thérapeutique
Monique Bessette, psychologue

33_ La thérapie des schémas
Dr Pierre Cousineau, psychologue

Remise des Prix de l'Ordre

C'est à compter de 18 h 30 le vendredi 29 octobre prochain qu'aura lieu la cérémonie de remise des Prix de l'Ordre. Cette soirée d'envergure se tiendra dans la salle du restaurant Le Parlementaire située au Parlement de Québec, à deux pas des lieux du congrès; les congressistes séjournant à l'hôtel Hilton pourront s'y rendre en moins de cinq minutes! Un cocktail dînatoire sera servi sur place. Une soirée sympathique où l'excellence de la profession sera soulignée avec éclat et élégance!

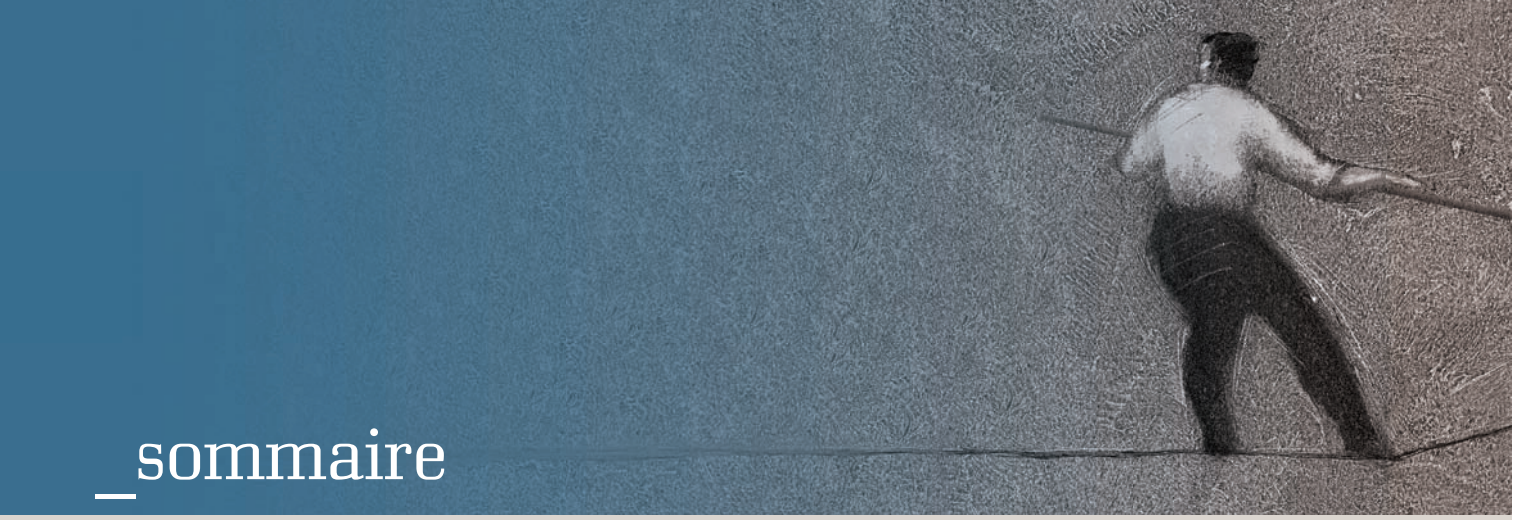
Cette activité est gratuite, mais l'inscription est obligatoire. Si vous assistez au congrès, n'oubliez pas de cocher la case « Remise des Prix » dans votre formulaire; sinon, téléphonez à l'Ordre au 514 738-1881 ou au 1 800 363-2644 pour réserver votre place.

100 % PC
PERMANENT
BIO GAZ ÉNERGIE

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.

FSC
Sources Mixtes
Groupe de produits issu de forêts bien gérées et d'autres sources contrôlées
Cert no. XXX-XXX-000
www.fsc.org

© 1996 Forest Stewardship Council



_sommaire

07_ Éditorial
Bonne rentrée!

09_ Secrétariat général
L'évolution des effectifs dans la profession de psychologue

11_ Pratique professionnelle
L'encadrement de la pratique professionnelle

13_ Affaires juridiques
Évolution des dossiers relatifs au projet de loi 21

15_ Congrès de l'Ordre 2010
Psychologue : une expertise qui s'impose

35_ Activités régionales et des regroupements / Colloques et congrès

36_ Tableau des membres / Petites annonces

38_ La recherche le dit

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

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

Envoi en poste publication,
numéro de convention 40065731

Rédactrice en chef :: Diane Côté

Comité de rédaction ::
Rose-Marie Charest, Nicolas Chevrier, Sébastien Bouchard

Rédaction :: Krystelle Larouche

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

Conception graphique et production ::
Quatuor Communication / quatuor.ca

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

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

Psychologie QUÉBEC

Dates de tombée des annonces publicitaires :
Novembre 2010 : 24 septembre 2010
Janvier 2011 : 19 novembre 2010

Institut VICTORIA
psychologie de la personnalité

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

Documentation disponible en ligne ou sur demande

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

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

VISITEZ NOTRE SITE WEB !
www.institut-victoria.ca

PSYCHOLOGIE DE LA PERSONNALITÉ

Responsable de la formation : Monique Bessette, M.Ps. (membre de la Faculté du Masterson Institute, New York)

► NOUVELLES FORMATIONS

■ Troubles alimentaires et troubles de la personnalité : traitement intégré

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

Montréal 150 $ (taxes incluses)
le 24 février 2011

Québec 150 $ (taxes incluses)
le 18 février 2011

■ Intervention en situation de crise et trouble de la personnalité

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

Montréal 275 $ (taxes incluses)
les 15 et 22 octobre 2010
les 22 et 23 mars 2011

■ Réadaptation physique et trouble de la personnalité

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

Montréal 275 $ (taxes incluses)
les 4 et 11 novembre 2010
les 5 et 6 avril 2011

► PERFECTIONNEMENT DE 3 JOURS

LES TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ : INTRODUCTION À L'INTERVENTION

Montréal 400 $ (taxes incluses)
Groupe A les 12, 19 novembre et 3 décembre 2010
Groupe B les 2, 9 et 16 février 2011
Groupe C les 12, 13 et 14 mai 2011

► CONTRE-TRANSFERT ET TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ

ATELIER D'UNE JOURNÉE

Montréal 150 $ (taxes incluses)
le 7 avril 2011

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

Éditorial
Bonne rentrée!

J'ai toujours adoré cette période de l'année qu'est la rentrée. Pour moi, elle signifie un renouveau dans la réalisation de projets professionnels, accompagné sans doute d'excellents souvenirs de ces années de formation où septembre était l'accès à de nouvelles connaissances et les retrouvailles avec les collègues.

La rentrée 2010 revêt un caractère particulier pour l'Ordre. En effet, c'est au cours de cette année que nous passerons des principes à la réalité dans l'implantation de la nouvelle réglementation qui découle du projet de loi 21. L'encadrement de la psychothérapie et la réserve d'activités prendront effet au fur et à mesure que les règlements seront adoptés, certains par l'Office des professions, d'autres par l'Ordre. Dans tous les cas, cela implique un travail énorme pour tous les secteurs de l'Ordre. D'importantes responsabilités s'ajoutent à celles que nous avions déjà. Plusieurs défis nous attendent; la compétence, la créativité, la motivation et l'énergie devront être au rendez-vous. Heureusement, la volonté de bien réaliser ce projet semble dynamiser tant la permanence que les membres des différents comités de l'Ordre, ce qui est ressenti comme une énergie nouvelle. Ce sera une belle rentrée.

Je souhaite que cette énergie se répande dans toute la profession. En effet, les changements de la prochaine année n'auront de valeur que s'ils donnent des résultats heureux sur le terrain. Pour ce faire, chacun devra faire preuve d'ouverture, de curiosité, et de motivation à faire de mieux en mieux, voire différemment dans certains cas. Nous savons par exemple que les psychologues seront appelés à travailler en étroite collaboration avec d'autres intervenants, et ce, autant dans le réseau public que dans le secteur privé. Le projet de loi 21 prévoit ces échanges interprofessionnels et, dans ce sens, rejoint les recommandations des groupes de recherche et des psychologues sur le terrain, comme vous pourrez le constater en lisant le dossier du présent numéro sur les interventions psychologiques auprès des personnes présentant des troubles de personnalité limite. La deuxième édition du *Cahier recherche et pratique* sur le choix des meilleurs traitements pour la dépression met lui aussi l'accent sur l'importance de la collaboration avec les différents professionnels de la santé. Chacun aura besoin non seulement d'information et de soutien, mais aussi de l'inspiration que peuvent lui apporter les autres.

Le prochain congrès a été élaboré dans le but de fournir des réponses à ces besoins. C'est en pensant aux nouvelles activités réservées, notamment, que les membres du comité organisateur ont choisi bon nombre de formations. Car, rappelons-le, ces activités sont déjà pratiquées par les psychologues, mais la réserve en rehausse l'exigence des compétences pour les exercer. Le congrès permettra aussi de nombreux échanges tant avec les collègues qu'avec les formateurs et les représentants de l'Ordre. Chaque professionnel a besoin du contact avec les autres pour évoluer, se sentir soutenu, se valider, solidifier son identité professionnelle et, particulièrement cette année, s'approprier un projet collectif.

La profession de psychologue a l'occasion de prendre un nouvel élan. Nous réussirons à le prendre si nous sommes nombreux à faire nôtre ce projet. Je souhaite sincèrement que vous soyez présents en grand nombre à ce congrès construit en accord et en harmonie avec les suites du projet de loi 21. Je vous invite à faire partie de ce beau projet, de ce nouvel élan que prend notre profession. D'ici là, bonne rentrée!

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

_Journée de formation sur le nouveau code de déontologie

ORDRE DES PSYCHOLOGUES DU QUÉBEC

L'Ordre des psychologues du Québec organise une tournée sur le nouveau code de déontologie dans différentes régions de la province. Cette journée de formation permettra aux psychologues de prendre connaissance des nouvelles dispositions du code émis depuis 2008 pour ainsi les intégrer à leur pratique.

OBJECTIFS DE LA JOURNÉE DE MISE À JOUR

Désireux de soutenir les psychologues dans ce processus de mise à jour, l'Ordre met sur pied une journée de formation continue qui vise à :

:: prendre connaissance de l'évolution des obligations en matière déontologique ;

:: comprendre le sens des principales dispositions du nouveau code ;

:: réfléchir sur l'impact du nouveau code sur la pratique professionnelle ;

:: mettre à l'épreuve son jugement professionnel ;

:: répondre à de grandes questions telles :

- Qui est mon client ?
- Est-il possible de développer une relation personnelle avec un client ?
- Le secret professionnel et la confidentialité, y sommes-nous contraints en tout temps, en toutes circonstances, peu importe avec qui nous sommes en relation ?

LA FORMATRICE

La journée sera animée par M^me^ Élyse Michon, psychologue. M^me^ Michon est bien au fait de l'évolution de la déontologie et des besoins des psychologues en la matière puisque, depuis plusieurs années déjà, l'Ordre lui confie la responsabilité de l'enseignement du cours de déontologie qu'il offre sur une base régulière.

LES FRAIS D'INSCRIPTION

Dans le but de permettre au maximum de psychologues d'y participer, cette activité est offerte moyennant 125$, incluant les taxes et le repas du midi.

Seuls les paiements par chèque ou par carte de crédit sont acceptés.

Pour tous les détails ou pour vous inscrire en ligne, consultez le www.ordrepsy.qc.ca/membres

_Formulaire d'inscription

1. **IDENTIFICATION** (en lettres moulées S.V.P.)

Nom : _____

Prénom : _____

Numéro de permis : _____

Adresse : _____

_____

_____

Ville : _____

Code postal : _____

Tél. bureau : ( ) _____

Tél. rés. : ( ) _____

Retournez le formulaire rempli accompagné de votre chèque à :

Ordre des psychologues du Québec
1100, avenue Beaumont, bureau 510
Mont-Royal, Québec, H3P 3H5
Inscription par télécopieur *(carte de crédit seulement)* : 514 738-8838

2. CHOIX DE SESSION

Veuillez cocher la session de formation à laquelle vous souhaitez assister :

( ) 24 septembre 2010	Montréal
( ) 1er octobre 2010	Saguenay
( ) 22 octobre 2010	Drummondville
( ) 5 novembre 2010	Gatineau
( ) 26 novembre 2010	Québec
( ) 28 janvier 2011	Laval
( ) 11 février 2011	Montréal
( ) 25 février 2011	Montérégie
( ) 11 mars 2011	Repentigny
( ) 25 mars 2011	Blainville

3. PAIEMENT

( ) Chèque ( ) Carte de crédit

Paiement par carte de crédit :

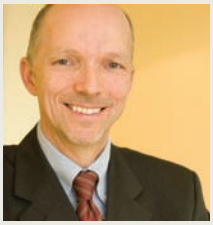
Nom : _____

Numéro de la carte : _____

Expiration : _____

_Secrétariat général

L'évolution des effectifs dans la profession de psychologue



Stéphane Beaulieu / Psychologue
Secrétaire général
stephanebeaulieu@ordrepsy.qc.ca

C'est un fait maintenant reconnu, les employeurs québécois ont de la difficulté à pourvoir certains postes de psychologues. Qu'il s'agisse de postes dans le secteur public ou dans le secteur privé, les employeurs doivent fréquemment prolonger la période de recrutement avant de pouvoir sélectionner le bon candidat. De plus, il n'est pas rare que certains postes ne puissent être pourvus faute de candidatures. Nous tenterons ici de dresser un état de la situation sur l'évolution des effectifs en psychologie au Québec ainsi que sur les perspectives d'avenir pour la profession.

_L'AUGMENTATION RELATIVE DE L'EFFECTIF

Le nombre de psychologues était de 8469 au 31 mars 2010[1]. Bien que ce nombre augmente chaque année, il est important de savoir que cette augmentation est très relative. En effet, pendant que le nombre réel de membres de l'Ordre continue d'augmenter, le taux de croissance de l'effectif, quant à lui, diminue. Parallèlement, les besoins du réseau public et du secteur privé augmentent ainsi que le nombre de départs à la retraite, créant ainsi une situation de déséquilibre entre l'offre et la demande.

La croissance du nombre de psychologues diminue de façon constante depuis les années 1990, et cette diminution s'accentue depuis les cinq dernières années. Ainsi, le taux de croissance annuel moyen était de 3,6 % de 1990 à 2000 et de 2,6 % de 2000 à 2010. Ce taux est de 2,1 % au cours des cinq dernières années (soit de 2005 à 2010)[2]. À titre d'exemple et uniquement aux fins de comparaison, en tant qu'employeur, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) requiert une augmentation moyenne annuelle constante de 3 % de sa main-d'œuvre professionnelle, incluant les psychologues[3]. On note là un écart important, et ce, pour le seul réseau de la santé et des services sociaux (RSSS).

Malgré le fait que le nombre de psychologues continue d'augmenter au Québec, la croissance de la profession ralentit.

Deux facteurs expliquent le ralentissement de la croissance, soit la réduction du nombre d'admissions dans les programmes d'études donnant accès au permis de l'Ordre[4] et le vieillissement du corps professionnel.

_RÉDUCTION DU NOMBRE D'ADMISSIONS DANS LES PROGRAMMES UNIVERSITAIRES

Selon les données provenant de la Conférence des recteurs et des principaux des universités du Québec (CREPUQ), depuis les trois dernières années, il y a annuellement une moyenne de 267 nouvelles inscriptions dans les programmes de psychologie menant au permis de l'Ordre. Selon les besoins de main-d'œuvre évalués par le MSSS, à compter de l'année 2014, le réseau de la santé devrait recruter annuellement l'ensemble des nouveaux diplômés pour subvenir à ses besoins de main-d'œuvre, et ce, pour plusieurs années consécutives. Dans les faits, si on se fie à la tendance des cinq dernières années, le réseau de la santé et des services sociaux embauche en réalité environ 45 % des nouveaux diplômés. Bien entendu, les psychologues orientent aussi leur carrière dans d'autres secteurs d'emploi. Cette situation fait toutefois craindre un important déficit du point de vue du recrutement de psychologues dans le réseau de la santé et des services sociaux (RSSS) à court et à moyen terme.

_DÉPARTS À LA RETRAITE

Selon les modèles prévisionnels de la Commission administrative des régimes de retraite d'assurances (CARRA) visant les départs à la retraite dans le RSSS, 4 psychologues sur 10 auront quitté le réseau pour leur retraite d'ici 2025. On estime qu'il faudra renouveler près de la moitié de l'ensemble des ressources professionnelles en psychologie au cours des 15 prochaines années, soit plus de 1100 postes de psychologues[5].

Le nombre de nouveaux diplômés ne suffit pas à la demande et les départs à la retraite s'accentuent; une pénurie anticipée?

_UNE PÉNURIE ANTICIPÉE

Ces constats sont inquiétants. Bien qu'on ne puisse pas parler d'une diminution du nombre de psychologues au Québec, force est de constater que l'offre ne suffira pas à la demande au cours des 15 prochaines années et que les signes d'une pénurie éventuelle se font déjà sentir. Notons toutefois que le MSSS n'a pas encore classé les psychologues au nombre des professionnels qualifiés « en pénurie ». Par contre, le ministère considère que les psychologues sont « au nombre des titres d'emploi les plus vulnérables dans le réseau de la santé et des services sociaux ». L'Ordre suit l'évolution de la situation en collaboration avec les experts du ministère (voir détail sur les Groupes de pilotage, plus bas). Les observations provenant « du terrain » portent cependant à confirmer qu'il y a déjà une situation de pénurie dans certaines régions du Québec et dans certains secteurs de pratique, notamment le secteur de l'enfance et du développement.

_LES AUTRES SECTEURS D'EMPLOI

Outre les secteurs de la santé et des services sociaux, les deux principaux autres secteurs d'emploi des psychologues sont le réseau de l'éducation et la pratique privée. Les données disponibles sont moins nombreuses pour ces deux secteurs d'emploi. Les spécialistes des prévisions de la main-d'œuvre du MSSS sont toutefois d'avis qu'il est réaliste de penser que l'effet de la réduction de la croissance se fera aussi sentir dans ces secteurs. Les experts du MSSS ont appliqué le modèle prévisionnel

utilisé au RSSS à celui du secteur de l'éducation et de la pratique privée[6]. En considérant les trois principaux secteurs d'emploi des psychologues combinés, on estime qu'au cours des 15 prochaines années, il se créera un déséquilibre entre l'offre et la demande, entraînant un écart cumulatif négatif évalué à 1 439 psychologues. Il ne fait nul doute que la profession de psychologue fait face à des défis importants.

_LES SOLUTIONS

L'Ordre siège au Groupe de pilotage du secteur de la santé et des services sociaux (volet santé mentale et relations humaines). Les groupes de pilotage ont été instaurés sous l'égide de la Direction générale du personnel réseau et ministériel - Planification de la main-d'oeuvre du MSSS et ont pour mandat d'informer et de conseiller les instances ministérielles sur les questions relatives aux effectifs dans le réseau afin d'assurer une offre de service adéquate pour la population. Des solutions sont à l'étude pour faciliter le recrutement de psychologues et favoriser la rétention dans le réseau, qu'ils s'agissent des conditions de travail, notamment l'aménagement des horaires de travail pour concilier le travail et la famille. Des projections ont aussi été faites visant à augmenter le nombre d'heures travaillées par les psychologues évoluant à temps partiel dans le RSSS, ce qui représente 46 % des psychologues qui y travaillent. Des postes à temps partiel pourraient être transformés en postes à temps complet. Cette solution s'avère toutefois partielle et n'apporterait qu'un correctif mineur. Tout d'abord, il n'est pas certain que les psychologues seraient au rendez-vous. Une telle mesure viserait principalement les jeunes psychologues. Les psychologues qui sont dans le réseau depuis plusieurs années et qui ont développé une pratique privée en parallèle sont peu susceptibles de vouloir augmenter leurs heures dans le réseau public. Les psychologues voient en effet un intérêt à varier leur pratique et ont pris l'habitude de jumeler deux sources de revenus compte tenu du fait que la rémunération en pratique privée est nettement plus avantageuse que celle du réseau public. À cet égard, plusieurs observateurs sont d'avis que la non-compétitivité du secteur public sur le plan salarial, par rapport à la pratique privée, deviendra un enjeu central d'accessibilité aux services psychologiques au Québec dans un avenir rapproché. L'écart salarial important entre le secteur public et le secteur privé favorisera le secteur privé. Par ailleurs, le fait d'augmenter les heures travaillées dans le public se ferait au détriment des heures disponibles pour l'offre de service au privé. Le problème d'accès au service demeurerait donc sensiblement le même.

_L'IMMIGRATION

L'Ordre travaille à mettre en place des mesures favorisant l'accès au permis pour les psychologues formés à l'extérieur du Québec[7]. Un programme de formation d'appoint a été élaboré et sera offert à l'Université de Sherbrooke[8]. Un règlement a récemment été adopté permettant l'accès au permis de l'Ordre aux psychologues canadiens. L'Ordre négocie présentement une entente de mobilité avec la France. Ces éléments aussi n'apporteront qu'une solution partielle, notamment parce que nous ne connaissons pas l'impact réel de telles mesures, considérant que le phénomène de vieillissement de la population est relativement généralisé à l'ensemble des pays industrialisés.

_NOUVELLES ADMISSIONS DANS LES PROGRAMMES

Les modèles prévoient qu'il faudra augmenter le nombre d'admissions de façon substantielle dans les programmes universitaires de formation. Cet élément de solution est inévitable. Malgré le fait qu'on observe une augmentation de près de 20 % du nombre de places dans les programmes de psychologie au cours des dernières années[9], cette augmentation est nettement insuffisante pour répondre à la demande. Il est cependant difficile de déterminer de façon précise quel serait le nombre de places supplémentaires requises pour répondre à la demande. Ceci devra être l'objet d'une étude plus détaillée, en concertation avec les universités et les milieux de pratique (pour évaluer et cibler les populations et les besoins).

De son côté, l'Ordre demeurera vigilant face à cet important problème et fera tout en son pouvoir pour contribuer au maintien d'une offre de service compétente et en quantité suffisante pour la population.

_Notes

1 *Rapport annuel 2009-2010* de l'OPQ

2 Information provenant de la base de données du tableau des membres de l'Ordre.

3 Information provenant d'un document produit par la Direction de l'analyse et du soutien informationnel du MSSS, intitulé : « Portrait de la main-d'œuvre dans le secteur des services sociaux – Octobre 2009 »

4 On note une réduction du nombre d'admission dans les programmes universitaires de formation préparatoire à l'exercice de la profession depuis la fermeture des programmes de maîtrise en psychologie au début des années 2000. L'exigence doctorale pour l'accès au permis de l'Ordre est entrée en vigueur en juillet 2006.

5 La moyenne d'âge des psychologues œuvrant dans le réseau est de 43 ans et près du tiers de l'effectif est âgé de plus de 50 ans. Cette moyenne est plus élevée que la moyenne d'âge de l'ensemble des professionnels du RSSS.

6 Les modèles prévisionnels du MSSS, incluant celui de la CARRA pour les départs à la retraite, ont été appliqués à ces deux secteurs d'emploi. Les moyennes d'âges réelles des psychologues ont été prises en compte, celles-ci provenant de la base de données du tableau des membres de l'Ordre.

7 Notons au passage que les modèles prévisionnels du MSSS ne tiennent pas compte de l'octroi des permis pas voie d'équivalence, qui sont au nombre de 40 par année en moyenne. Cette donnée modifie donc les projections.

8 Ce programme a été développé avec le soutien financier du ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles (MICC).

9 La moyenne des admissions dans les programmes de doctorat en psychologie était d'environ 225 étudiants de 2003 à 2005. La moyenne des 3 dernières années est de 267 admissions.

_Pratique professionnelle

L'encadrement de la pratique professionnelle

Pierre Desjardins / Psychologue
Directeur de la qualité
et du développement de la pratique
pdesjardins@ordrepsy.qc.ca

_L'ÉVOLUTION DES CONNAISSANCES

L'évolution des connaissances et des pratiques professionnelles en psychologie, comme dans d'autres domaines, se fait de nos jours à un rythme accéléré. Ce qui allait de soi et qui était considéré hier comme les assises de notre pratique est aujourd'hui rigoureusement remis en question, étudié et mis à l'épreuve de la science. C'est ainsi que le champ des connaissances se transforme, s'enrichit et que les psychologues multiplient leurs efforts pour s'assurer de maintenir et de développer les compétences requises à leur exercice professionnel.

Les psychologues, qui ont une pratique active sur le terrain, doivent investir une partie de leur énergie pour suivre l'actualité scientifique et être au fait des nouvelles pratiques dans leur domaine, tel que le prescrit l'article 5 de notre code de déontologie[1]. En matière de compétences, le projet de loi 21 a reconnu que les psychologues ont ce qu'il faut, notamment pour exercer la psychothérapie, évaluer les troubles mentaux, le retard mental et les troubles neuropsychologiques[2], en leur réservant entre autres ces activités. Les psychologues doivent se montrer dignes de cette confiance en assurant le maintien et le développement de leurs compétences comme ils l'ont toujours fait[3]. Rappelons de plus qu'il s'agit ici d'une obligation professionnelle telle que le stipule l'article 7 de notre code de déontologie :

> Le psychologue s'acquitte de ses obligations professionnelles avec compétence, intégrité, objectivité et modération.
>
> Le psychologue évite toute fausse représentation en ce qui a trait à sa compétence, à l'efficacité de ses propres services ou de ceux généralement rendus par les membres de sa profession.

_LES GUIDES DE PRATIQUE

Il y a présentement un consensus reconnaissant l'importance de produire des guides de pratique. Il y a multiplication de ce type de documents, et ce, dans tous les domaines. Ces documents font généralement un état de situation, un résumé des dernières connaissances ou découvertes et des propositions ou recommandations sur les façons d'intervenir en insistant notamment sur l'intégration des données probantes disponibles.

Aux États-Unis, l'American Psychological Association (APA) a décidé d'emboîter le pas à plusieurs associations professionnelles de par le monde et a résolu récemment de se consacrer sérieusement à l'élaboration de tels guides. Plus près de nous, au Québec, l'Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS), l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), les agences de santé et de services sociaux, les associations regroupant les différents établissements du réseau de la santé et des services sociaux, les ordres professionnels, pour ne nommer que ces quelques organisations, produisent également des guides de pratique.

_L'INESSS

Le 11 juin dernier, l'Assemblée nationale du Québec adoptait le projet de loi 67, celui-ci créant l'INESSS. Cet institut réunit dorénavant l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS) et le Conseil du médicament du Québec. Dans le cadre de son mandat, l'INESSS voit à l'élaboration de guides de pratiques multidisciplinaires et intersectorielles destinés à l'ensemble des intervenants du système de santé et de services sociaux. Auparavant, l'AETMIS, soucieuse d'exercer son leadership en la matière, a amorcé une sérieuse réflexion sur cette question des guides de pratique et, pour ce faire, s'est penchée sur les documents-cadres que produisent différentes organisations. C'est dans ce contexte que nous avons répondu à leur invitation et leur avons présenté nos documents, faisant notamment ressortir l'importance de bien définir les termes, d'identifier les besoins réels, de mobiliser les acteurs-clés et de suivre un processus de production rigoureux.

Nous avons également participé à un panel d'experts dans le cadre d'une journée de réflexion que cette même agence a organisée sur le thème des guides de pratique[4], et où nous avons fait valoir entre autres l'importance de partir de la base et de s'aligner sur les besoins des professionnels et des intervenants issus du terrain pour garantir le succès des guides de pratique.

_LES LIGNES DIRECTRICES DE L'ORDRE

L'Ordre des psychologues doit jouer son rôle et s'assurer que le public est protégé, notamment en balisant les pratiques professionnelles qui sont les plus complexes et, par conséquent, le plus à risque de préjudice. Pour ce faire, il voit à identifier ce qui peut être pertinent et utile aux psychologues de sorte que le public bénéficie des meilleures pratiques.

Dans l'attente d'une certaine harmonisation de la terminologie concernant les guides de pratique, l'Ordre des psychologues identifie et définit trois types de documents qu'il s'emploie à produire, soit des *guides explicatifs*, des *cadres de pratique* et des *lignes directrices*[5]. Ce sont les *lignes directrices* qui visent à baliser l'exercice d'activités professionnelles particulières. L'Ordre travaille présentement à l'élaboration de *lignes directrices* portant sur :

:: l'exercice de la psychothérapie;
:: l'évaluation des troubles du spectre de l'autisme (travaux menés conjointement avec le Collège des médecins);
:: l'évaluation de la dyslexie (un trouble des apprentissages);
:: l'évaluation psychosociale des postulants à l'adoption internationale.

Les échéanciers sont serrés et, si tout se déroule comme prévu, ces travaux seront terminés en 2011.

L'Ordre a également pour projet d'élaborer des *lignes directrices* sur :

:: l'évaluation des troubles mentaux;
:: l'évaluation des troubles de la communication;
:: l'exercice de la supervision;
:: l'intervention à distance (la « télépsychologie » ou l'utilisation en psychologie des nouvelles technologies).

Pour le moment, aucun échéancier n'a été déterminé pour ces derniers projets.

_LA VALEUR LÉGALE DES DOCUMENTS-CADRES

Les documents-cadres produits par l'Ordre orientent donc le travail des psychologues. Bien que ces documents n'aient pas la même portée que les lois et les règlements, dont fait partie le code de déontologie, il demeure qu'ils établissent en quelque sorte des normes de meilleures pratiques. Bien sûr, le psychologue garde une certaine latitude, par exemple lorsqu'il s'agit de choisir une approche psychothérapeutique pouvant convenir à un client donné[6]. En tout temps, il est tenu d'exercer son jugement professionnel, puisqu'il est exclu qu'il applique aveuglément ce qui est généralement recommandé, sans prendre en compte les indications et les risques de préjudice. Ainsi, dans certains cas, il est possible qu'un psychologue juge qu'il a à agir autrement que ce que recommanderaient les *lignes directrices*, ce qui alors impliquerait qu'il documente et justifie ses décisions.

_LE *CAHIER RECHERCHE ET PRATIQUE*, UN PROJET PILOTE

L'Ordre poursuit son projet pilote qu'est la publication de quelques numéros par année de son *Cahier recherche et pratique*. Ces cahiers ne font pas partie des guides de pratique ou des documents-cadres, bien que les psychologues puissent s'y référer pour mettre à jour leur pratique. On y fait le pont entre la recherche et la pratique, ce qui permet d'être davantage au fait des données de la recherche et de mieux suivre l'évolution des pratiques.

Le premier numéro, celui de mars 2010, portait sur l'efficacité des interventions en psychothérapie. Le second, distribué aux psychologues en même temps que ce numéro du magazine *Psychologie Québec*, documente la question du traitement de la dépression.

_CONCLUSION

Il faut certes accueillir favorablement cet intérêt accru pour les guides de pratique et saluer cette volonté générale d'agir pour soutenir les professionnels ou intervenants dans leur obligation de maintenir et développer leurs compétences. Les psychologues pourront plus facilement améliorer leurs pratiques en ayant accès à un nombre grandissant de guides ou autres documents du même ordre. Y aurait-il lieu cependant de craindre une arrivée massive ou désordonnée de tels documents? Il faut espérer que cette abondance anticipée des guides de pratique n'ait pas pour effet d'en banaliser l'importance ni de créer de la confusion.

_Notes

1 Le psychologue exerce sa profession selon des principes scientifiques et professionnels généralement reconnus et de façon conforme aux règles de l'art en psychologie.

2 Sous réserve dans le cas de l'évaluation des troubles neuropsychologiques de détenir une attestation de formation.

3 Le sondage mené par l'Ordre auprès des psychologues en 2007 indiquait qu'en moyenne, ceux-ci consacraient plus de 65 heures par année à des activités de formation continue et plus de 135 heures par année à des lectures spécialisées.

4 C'est le 30 avril dernier qu'a eu lieu cette journée de réflexion intitulée : *Les guides de pratique dans le secteur des services sociaux. Du pourquoi au comment.* Les textes s'y rapportant sont accessibles en ligne à l'adresse suivante : http://servicessociaux.aetmis.gouv.qc.ca/index.php?id=4

5 Pour en connaître davantage sur la question, voir Desjardins, P. (2008). « Du soutien à la pratique des psychologues. » *Psychologie Québec*, 25(1), 10.

6 Voir à cet égard la politique de l'Ordre en ce qui concerne la pratique fondée sur les données probantes. Ce document est accessible en ligne à l'adresse suivante : www.ordrepsy.qc.ca/extranet/pdf/2008_09_01_Politique_donnees_probantes_traduction_APA.pdf

FORMATION

De janvier 2011 à décembre 2011

CENTRE DE PSYCHOLOGIE Gouin

39, boulevard Gouin Ouest
Montréal (Québec) H3L 1H9

Téléphone : 514 331-5530
Télécopieur : 514 336-9166

www.cpgouin.ca

La psychopathologie à travers l'approche psychodynamique des méthodes projectives

Responsable du programme : Odile Husain, Ph.D.

Programme de 20 séminaires étalés sur une période d'une année (40 heures) qui s'adresse à des professionnels intéressés par l'évaluation de la personnalité au moyen des méthodes projectives (Rorschach et TAT) et désireux d'approfondir la compréhension dynamique du fonctionnement psychique par l'analyse qualitative du discours (relation d'objet, identité, angoisse, défenses, processus de pensée). L'étude détaillée d'un grand nombre d'organisations psychopathologiques contribuera à la compétence des participants en matière de diagnostic différentiel.

Pour plus de renseignements : Odile Husain, 514 285-2262, poste 1

Pour inscription avant le 15 décembre 2010 : Johane Martel, 514 331-5530
jmartel@cpgouin.ca

_Affaires juridiques

Évolution des dossiers relatifs au projet de loi 21

Me Édith Lorquet

Conseillère juridique et secrétaire
du conseil de discipline

elorquet@ordrepsy.qc.ca

_L'ENCADREMENT DE LA PSYCHOTHÉRAPIE

Avant l'entrée en vigueur des dispositions législatives concernant l'encadrement de la psychothérapie, l'Office des professions doit déterminer par règlements :

- les conditions d'utilisation du titre de psychothérapeute;
- les normes de délivrance du permis;
- le cadre des obligations de formation continue selon les modalités fixées par résolution par le Collège des médecins et l'Ordre des psychologues, les sanctions pour non-respect et les cas de dispense;
- les conditions de délivrance du permis relatives aux psychothérapeutes non admissibles à un ordre professionnel et les dispositions du Code des professions et des règlements de l'Ordre des psychologues qui leur seront applicables;
- une liste d'interventions qui ne constituent pas de la psychothérapie.

Les ordres n'ont pas encore été consultés sur ces règlements. Toutefois, comme la majorité de ces sujets ont été discutés dans le cadre des travaux du Comité d'experts sur la modernisation de la pratique professionnelle en santé mentale et en relations humaines et que les recommandations contenues dans son rapport (Trudeau) ont non seulement fait l'objet d'un consensus auprès des ordres professionnels concernés, mais également auprès de tous les intervenants intéressés, nous sommes d'avis que l'Office des professions donnera vraisemblablement suite à ces recommandations. Il n'en demeure pas moins que ces règlements ne pourront être adoptés par l'Office qu'après consultation du conseil consultatif interdisciplinaire. Suivra une consultation auprès, notamment, des ordres professionnels visés. Ensuite, ces règlements seront soumis au gouvernement du Québec qui pourra les approuver avec ou sans modification.

La nomination des membres de ce comité par le gouvernement, prévue initialement pour septembre 2009, a eu lieu le 23 juin dernier. Des difficultés rencontrées par certains ordres quant à la disponibilité de leurs candidats sont à l'origine de cet important retard. Les psychologues qui ont été recommandés par l'Ordre des psychologues et nommés à ce comité sont le **Dr Gilles Delisle**, clinicien, formateur et professeur associé à l'Université de Sherbrooke, qui agira comme président de ce comité et le **Dr Martin Provencher**, clinicien, professeur adjoint à l'École de psychologie de l'Université Laval et chercheur.

_LES DIRECTIVES ADMINISTRATIVES

Il est important de faire la différence entre ce que réserve le projet de loi 21 et certaines directives administratives par lesquelles seules les conclusions transmises par certains professionnels permettent de donner accès aux services spécialisés requis par les personnes présentant, par exemple, des troubles du spectre de l'autisme (TSA), des troubles des apprentissages ou de la communication. Soulignons que le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a révisé les consignes émises dans le réseau de la santé afin qu'une personne ait accès au traitement à la suite du diagnostic d'un TSA par un médecin ou à la suite de l'évaluation faite par un psychologue confirmant la présence d'un TSA. Malheureusement, au moment d'écrire ces lignes, le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MELS) n'avait pas encore modifié ses directives. L'ensemble de ses formulaires, notamment ceux visant les troubles mentaux, les troubles de la communication ainsi que l'accès aux outils d'aide à la communication, devrait être adapté en conformité avec les lois professionnelles. À cet égard, différentes interventions ont déjà été entreprises par l'Ordre des psychologues afin que la situation change et que l'évaluation faite par le psychologue donne accès aux services.

_MISE EN PLACE DU RÉSEAU DE RÉPONDANTS

Comme le guide explicatif relatif au projet de loi 21 sera l'outil de référence quant à l'interprétation de cette loi et qu'il pourra évoluer et s'adapter aux réalités des milieux, il est très important que ce qui s'en dégage soit discuté, connu et compris par les différents partenaires. À cette fin sera mis en place, à l'automne 2010, un réseau de répondants parmi lesquels siégeront, notamment, les ordres professionnels concernés, des représentants du MELS, du MSSS, des établissements du réseau de la santé, des commissions scolaires, des centres de réadaptation en déficience intellectuelle, des centres jeunesse, bref, de tous les milieux où œuvrent les professionnels en santé mentale et en relations humaines.

_LA SITUATION DES TECHNICIENS

Une table d'analyse de la situation des techniciens en travail social, en éducation spécialisée et en technique d'intervention en délinquance a été constituée dès septembre 2009. Ses travaux devraient permettre d'orienter les décisions, principalement au regard du partage éventuel avec les techniciens de certaines activités réservées en vertu du projet de loi 21 et de la pertinence que ces techniciens soient encadrés par le système professionnel. Les travaux de la table devraient se terminer en septembre 2010 afin qu'un rapport soit produit et remis, en décembre 2010, au ministre responsable de l'application des lois professionnelles. Rappelons que cet échéancier avait été convenu avec les partis de l'opposition lors de la commission parlementaire.

_HABILITATION POUR L'ÉVALUATION DES TROUBLES NEUROPSYCHOLOGIQUES

Dans le numéro précédent de *Psychologie Québec*, j'avais annoncé que je ferais état des commentaires et questionnements reçus lors de la consultation tenue en mai dernier ainsi que des réponses de l'Ordre. Or au moment d'écrire ces lignes, l'analyse de ces commentaires n'était pas encore terminée. Ce bilan se fera donc dans un numéro subséquent.

International Society
for Traumatic Stress Studies

La section du Stress Traumatique de la Société Canadienne de Psychologie vous invite à la :

26e conférence annuelle de l'International Society for Traumatic Stress Studies

Les 4, 5 et 6 novembre 2010

Ateliers pré-conférence le 3 novembre 2010

Hôtel Le Centre Sheraton Montréal

C'est le moment idéal pour devenir membre de la section du Stress Traumatique de la Société Canadienne de Psychologie (SCP)! Grâce à notre récente affiliation avec l'International Society for Traumatic Stress Studies, les membres et les étudiants affiliés à la section du Stress Traumatique de la SCP ont droit à un rabais lors de leur inscription au congrès.

Pour devenir membre de la section du Stress Traumatique de la SCP :
https://web.cpa.ca/membership/index.php?lang=FR

Les non-psychologues peuvent également adhérer à la SCP en tant que membre affilié spécial :
http://www.cpa.ca/membres/categoriesdemembres/affiliespecial

Pour plus de renseignements :
elena.saimon@douglas.mcgill.ca ou 514 761-6131, poste 2375

www.istss.org

CANADIAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION

SOCIÉTÉ CANADIENNE DE PSYCHOLOGIE

CONGRÈS DE L'ORDRE 2010

_Psychologue : une expertise qui s'impose

Les psychologues de toute la province sont invités à participer au prochain congrès de l'Ordre qui aura lieu à l'hôtel Hilton de Québec, du 28 au 30 octobre prochain, sous le thème *Psychologue : une expertise qui s'impose*. Ateliers de formation, discussions autour d'enjeux réels de la profession, conférences inspirantes livrées par des psychologues émérites; il vous sera difficile de faire votre choix parmi la programmation solide et variée que vous offre l'Ordre cette année!

Comme mentionné dans le programme du congrès et dans l'édition précédente du *Psychologie Québec*, les places pour les activités sont limitées. Vous devez donc vous inscrire sans tarder en remplissant le formulaire et en payant les frais.

_DEUX OPTIONS POUR VOUS INSCRIRE :

1) Remplir le formulaire en ligne au www.ordrepsy.qc.ca et payer par carte de crédit.
2) Remplir les cases blanches du formulaire à la dernière page du programme du congrès inséré dans votre *Psychologie Québec* de juillet, choisir le mode de paiement désiré et envoyer le tout à l'Ordre par la poste.

_DATES IMPORTANTES :

27 septembre : dernière journée pour profiter du tarif préférentiel de **179 $** par nuitée de l'hôtel Hilton. Pour ce faire, accédez au lien direct par notre site Web (www.ordrepsy.qc.ca) ou téléphonez à l'hôtel au 418 647-2411 en mentionnant que vous faites partie du groupe de l'Ordre des psychologues du Québec (code PSYA10).

13 octobre : dernière journée pour bénéficier des tarifs de préinscription au Congrès et pour adresser une demande de remboursement à l'Ordre.

Au plaisir de vous y rencontrer !

> En bref

_JAMES C. MACDOUGALL NOMMÉ MEMBRE DE L'ORDRE DU CANADA

Le psychologue James C. Macdougall a été nommé membre de l'Ordre du Canada par la gouverneure générale Michaëlle Jean le 1er juillet dernier. Le professeur de l'Université McGill s'intéresse au développement psychologique – notamment aux processus cognitifs et linguistiques ainsi qu'aux facultés de lire et d'écrire – des enfants malentendants ou souffrant de handicaps physiques. Ses autres recherches portent sur l'étude des facteurs affectant la santé mentale de la population malentendante et sur les enjeux reliés à la communication et aux aspects légaux.

_L'ÉCOLE MINI PSY DE L'INSTITUT DOUGLAS

Du 12 octobre au 2 novembre prochain aura lieu l'école Mini Psy organisée par l'Institut Douglas. En offrant l'expertise de psychologues, psychiatres et chercheurs à la communauté, l'école Mini Psy rend accessible des informations complexes sur la maladie mentale, le fonctionnement du cerveau et sur les troubles mentaux. Le public et les psychologues y sont conviés. Pour plus de renseignements ou pour vous inscrire, consultez le www.douglas.qc.ca/mini-psych.

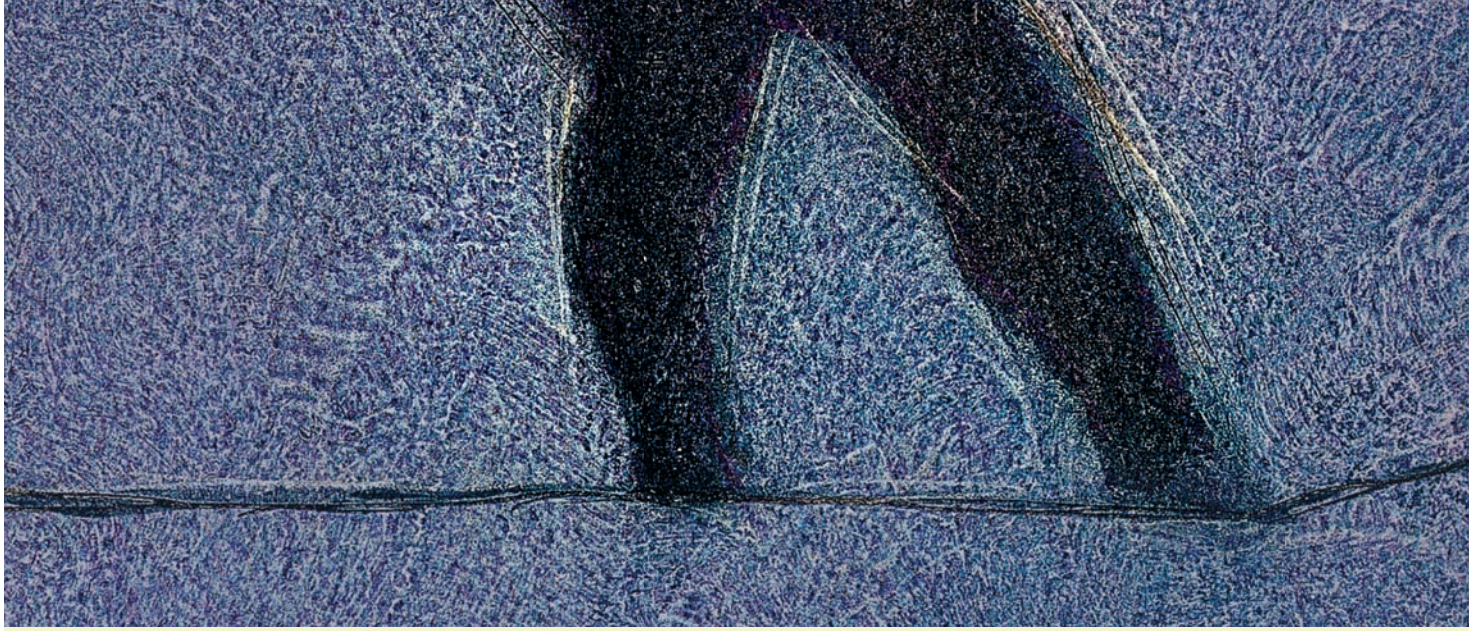
_UNE PSYCHOLOGUE NOMMÉE AU TRIBUNAL ADMINISTRATIF

Gertrude Rochelin, psychologue à la Commission scolaire de la Seigneurie-Mille-Îles, a été nommée le 19 juillet dernier comme membre psychologue du Tribunal administratif du Québec. Ce tribunal est le lieu où le citoyen peut faire valoir ses droits à l'encontre d'une décision prise par l'administration publique ou lorsque sa liberté est restreinte en raison de son état mental.

_DÉPART À LA RETRAITE DE MADAME LOUISE CAMIRAND-DUFF

Sur la photo de gauche à droite, le syndic, M. Denys Dupuis, Mme Louise Camirand-Duff et la présidente, Mme Rose-Marie-Charest

Le 13 juillet 2010, la présidente madame Rose-Marie Charest a tenu à souligner, en compagnie de tous les employés de l'ordre, le départ à la retraite de madame Louise Camirand-Duff qui assumait, à titre de syndique adjointe, un poste à temps partiel depuis son engagement en février 1995. Madame Camirand-Duff a collaboré aux activités d'enquête et au service d'information téléphonique portant sur l'éthique et la déontologie, dispensé par le bureau du syndic à l'intention des membres et du public. Un cadeau souvenir lui a été remis en guise de remerciement pour sa contribution à notre profession et de reconnaissance pour le travail qu'elle a accompli durant toutes ces années.



Dr Sébastien Bouchard / Psychologue

Le Dr Sébastien Bouchard, psychologue, a été responsable de 2003 à 2010 de la formation et du soutien au réseau pour le programme-clientèle de troubles sévères de la personnalité de l'Institut universitaire en santé mentale de Québec et professeur de clinique à l'Université Laval. Il est depuis peu professeur substitut à la TÉLUQ-UQAM et travaille en pratique privée à la Clinique des troubles relationnels de Québec.

_Les psychologues contribuent à l'amélioration des services offerts aux personnes souffrant d'un trouble de la personnalité

De 12 à 14 % de la population générale souffrirait d'un trouble de la personnalité (TP) et la présence d'un TP chez un individu est associée à une détérioration de sa qualité de vie comparable à celle vécue par les personnes souffrant de maladies physiques chroniques telles l'arthrite rhumatoïde, la maladie de Parkinson et la schizophrénie (Soeteman, Verheul & Busschbach, 2008). Au début des années quatre-vingt, l'amélioration de la validité des critères diagnostiques de l'axe II du DSM-III est venue valider et stimuler les recherches portant sur les TP, en particulier sur le trouble de la personnalité limite. Nous avons alors assisté à un foisonnement de publications et à la naissance de nombreux modèles de traitements prometteurs.

Ce dossier de *Psychologie Québec* vise à mettre en lumière quelques-uns des multiples acteurs d'une vague de changement qui déferle lentement mais sûrement sur le réseau de soins au Québec depuis plus d'une quinzaine d'années, une vague qui apporte un message d'espoir pour les personnes souffrant d'un trouble de la personnalité et pour leurs proches. En compagnie de leurs collègues psychiatres, travailleurs sociaux, ergothérapeutes et infirmières, les psychologues ont joué un rôle central dans l'organisation et l'amélioration de la prestation des services en santé mentale offerts aux patients souffrant d'un trouble de la personnalité limite.

L'idée de ce numéro thématique s'est fondée à partir de plusieurs observations. D'abord, l'évaluation et le traitement des personnes présentant un TP sont une compétence reconnue des psychologues depuis longtemps. En 2006, le rapport Trudeau portant sur la modernisation de la pratique en santé mentale reconnaissait comme essentielle une formation sur les théories de la personnalité et soulignait l'expertise des psychologues en matière d'évaluation de la personnalité (Office des professions du Québec, 2005).

Par ailleurs, dans les CLSC comme dans les hôpitaux du Québec, les patients présentant les difficultés les plus complexes et réfractaires aux traitements habituels sont généralement envoyés tôt ou tard en psychologie et en psychiatrie. Le plus souvent, ces cas complexes présenteront comme facteur de complication à l'approche habituelle des traits ou un trouble de la personnalité en comorbidité à l'axe II.

Enfin, autant en bureau privé que dans le réseau public, les psychologues ont généralement joué un rôle central au sein des équipes où se sont développés des programmes de traitement auprès des personnes présentant un TP. La recherche contemporaine suggère que la plupart des personnes présentant un trouble de la personnalité répondent assez bien à un traitement psychosocial structuré et à long terme, particulièrement dans le cas du trouble de la personnalité limite (Paris, 2010). Or dans la majorité des cas, la psychologie est la profession le plus souvent mise à part dans ces traitements nécessitant une bonne formation en psychopathologie adulte.

Étant donné qu'un patient présentant un trouble de la personnalité limite coûte environ 22 000 $ par année à l'État (Van Asselt, Dirksen, Arntz & Severens, 2007), il semble souhaitable comme société d'investir dans l'élaboration de programmes de traitement certes coûteux, mais rentables financièrement et socialement. Outre la

> Le traitement des troubles de la personnalité

Un équilibre à maintenir dans l'offre de services psychologiques

réduction de la souffrance morale, ces programmes contribuent à la réduction de l'utilisation des services de crise, à 'augmentation de la productivité au travail et à la diminution de la négligence parentale. Cela dit, les psychologues sont loin d'être les seuls professionnels à devoir s'impliquer dans l'amélioration des services et des traitements offerts aux personnes présentant un TP, mais force est de constater que leur contribution en tant que gestionnaire, coordonnateur, chercheur, superviseur ou psychothérapeute est d'une importance indéniable.

Nous avons choisi d'inviter les auteurs de ce numéro à partager leur expérience et leurs réflexions sur le développement des connaissances et des services offerts aux personnes souffrant d'un TP au Québec : madame Hélène Busque fait état de l'essor de l'approche dialectique comportementale et de son implantation dans de nombreux CLSC du Québec; Étienne Julien, Caroline Duval et Sébastien Bouchard rendent compte d'une collaboration entre une clinique de troisième ligne surspécialisée dans le traitement des troubles sévères de la personnalité et le CSSS de Québec-Nord; Gilles Delisle et Alain Mercier nous expliquent comment leur approche, la psychothérapie gestaltiste des relations d'objet, a contribué à améliorer les soins offerts aux personnes présentant un TP; Monique Bessette nous parle de ses quinze années d'expérience passées avec l'approche de Masterson et finalement, monsieur Pierre Cousineau nous parle de son parcours et du développement de la thérapie des schémas.

Faute d'espace, nous regrettons de n'avoir pu inviter toutes les équipes qui ont contribué à l'amélioration notable des soins offerts au Québec aux personnes souffrant d'un TP depuis les vingt dernières années. Il faut néanmoins mentionner les travaux de pionniers tels que ceux de l'équipe du CHUS-Hôtel-Dieu de Sherbrooke, de l'équipe du pavillon Albert-Prévost de l'Hôpital du Sacré-Coeur de Montréal, de l'équipe du CLSC Frontenac de Thetford Mines, de l'équipe de la Clinique sans mur de Rivière-du-Loup, de l'équipe de la Clinique sans mur de Rimouski et de bien d'autres.

Plus récemment, nous assistons également à une deuxième vague de développements provenant de diverses organisations. On pense évidemment aux travaux du groupe de l'École de psychologie de l'Université Laval formé en psychothérapie focalisée sur le transfert, à la Clinique des troubles relationnels complexes de la Cité-de-la-Santé de Laval, au projet de personnes-ressources en axe II du CSSS de Chicoutimi et à l'équipe des troubles relationnels et de la personnalité de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine. Avec l'aide des psychologues du Québec, toutes ces équipes contribuent à faire de notre réseau de soins un endroit où il est de plus en plus possible d'avoir accès à un traitement optimal lorsqu'on souffre d'un TP.

Grâce à son expertise en santé mentale, notre profession continuera d'être appelée à collaborer à l'implantation et à l'amélioration des programmes de traitement pour TP dans les divers CSSS et hôpitaux du Québec. De plus, un nombre grandissant de psychologues découvrent depuis peu qu'il est possible de prendre plaisir et de se sentir efficace dans son travail auprès de patients présentant un TP. Cela dit, il demeure que cette clientèle met souvent à rude épreuve notre capacité à demeurer mentalisant lors de moments chargés émotionnellement. Aussi, il est important de se rappeler que les équipes efficaces auprès de cas complexes ont généralement en commun de disposer d'un environnement où l'on a facilement accès à un cadre de travail hautement cohérent, du soutien émotionnel entre collègues, de la supervision continue et d'une relative autonomie professionnelle. Idéalement, c'est dans ces conditions optimales que l'on arrive à trouver en soi la détermination pour transformer une impression d'impasse thérapeutique en une opportunité de collaboration avec nos patients les plus difficiles.

_Bibliographie

Office des professions (2005). *Modernisation de la pratique professionnelle en santé mentale et en relations humaines*. Gouvernement du Québec, Bibliothèque nationale du Québec, 2005.

Paris, J. (2010). Effectiveness of different psychotherapy approaches in the treatment of borderline personality disorder. *Current Psychiatry Report*, 12(1), 56-60.

Soeteman, D. I., Verheul, R. & Busschbach, J..J.V. (2008). The burden of disease in personality disorders: diagnosis-specific quality of life. *Journal of Personality disorder*, 22(3), 259-268.

Van Asselt, A. D., Dirksen, C.D., Arntz, A., Severens, J. L. (2007). The cost of borderline personality disorder: Societal cost of illness in BPD-patients. *European Psychiatry*, 6, 354–361.

Hélène Busque / Psychologue

Hélène Busque est psychologue au CLSC Jacques-Cartier à Québec et est formatrice en pratique privée. Elle a développé un programme d'enseignement et d'implantation de l'approche dialectique-comportementale en CLSC qui s'est étendu à travers la province.

_L'approche dialectique comportementale en ressource non spécialisée : la recherche d'un équilibre gagnant

La dialectique centrale de la TDC est la recherche d'équilibre entre accepter la personne telle qu'elle est au moment de l'intervention et lui enseigner des manières de changer. Implanter un programme d'intervention inspiré de la TDC dans une ressource non spécialisée nécessite que l'on s'appuie sur cette même dialectique. Il s'agit de trouver et de garder l'équilibre entre la philosophie et les modalités du programme et les approches respectives des intervenants qui offrent des services à l'intérieur de celui-ci. Cet article présente un bref portrait de la présentation initiale, de l'implantation et du maintien de l'approche TDC dans les services de première ligne. Nous aborderons les défis et les retombées du projet. Enfin, nous exposerons brièvement les perspectives d'avenir de la TDC dans les ressources de première ligne.

Le contexte de ressources non spécialisées abordé ici est celui des services de première ligne offerts par les CLSC. Ces services s'organisent selon des programmes-clientèles. Une personne qui consulte pour un problème de santé mentale est orientée vers les équipes de santé mentale adulte (SMA) composées d'intervenants de diverses professions dont les connaissances, l'expertise et l'expérience diffèrent d'une personne à l'autre. Tous les intervenants des équipes SMA sont susceptibles d'intervenir auprès des personnes qui éprouvent des difficultés au plan de la personnalité, et ce, sans nécessairement avoir une formation spécifique de l'intervention auprès des personnes présentant un TPL. Le degré de confort, le sentiment de compétence et l'intérêt en lien avec cette intervention varient d'un intervenant à l'autre.

À la fin des années 1990, cette clientèle était plutôt impopulaire. Peu de CLSC lui offraient des services spécifiques et une majorité d'intervenants impliqués rapportaient vivre de l'inconfort dans plusieurs situations (menace suicidaire, tests des limites personnelles et thérapeutiques, surcharge émotionnelle). Les suivis individuels avaient tendance à être de longue durée sans nécessairement assurer des résultats significatifs et durables. L'intervention de crise prédominait, ce qui nuisait à l'atteinte des objectifs fixés préalablement. Plusieurs intervenants considéraient qu'avec le temps, le sentiment d'impuissance, l'épuisement et la confusion qu'ils expérimentaient finissaient par diminuer l'intérêt et la motivation à travailler avec cette clientèle.

Dans le cadre de notre projet de maîtrise, nous avons choisi d'aider les intervenants à retrouver le confort et l'enthousiasme indispensables pour aider efficacement cette clientèle particulièrement souffrante. Notre prémisse étant qu'un intervenant plus outillé, plus confiant et plus enthousiaste est plus efficace et aidant. La question de départ était : existe-t-il une approche d'intervention qui serait à la fois rassembleuse, efficace, aidante tant pour les intervenants que les clients et qui respecterait le plus possible l'identité professionnelle des intervenants? Ce projet s'est fait en collaboration avec Diane Allaire, alors psychologue au sein de l'équipe du Centre de traitement Le Faubourg Saint-Jean de l'IUSMQ.

À la suite de ces réflexions, nous avons retenu la TDC telle que proposée par Linehan (1993a). Celle-ci propose un programme structuré offrant différents modes d'intervention et une théorie articulée et accessible, dont l'efficacité a été démontrée (Linehan *et al.*, 1991; Tuner, 2000; Koons *et al.*, 2001; Bohus *et al.*, 2004; Van den Bosh *et al.*, 2005; Linehan *et al.*, 2006). Elle intègre des notions de différentes approches thérapeutiques et accorde beaucoup d'importance aux facteurs humains : le rôle de l'intervenant, du client et de leur relation, trois variables communes aux différentes approches thérapeutiques et déterminantes dans la réussite (Lecomte, 2010).

Notre objectif est de démontrer que la TDC est efficace et sa mise en œuvre possible même dans un contexte de ressources non spécialisées. À l'origine, l'adaptation du modèle s'est faite en collaboration avec les responsables et les intervenants de l'équipe SMA du CLSC Frontenac de Thetford Mines. Depuis, il est en vigueur dans les CSSS de Chaudière-Appalaches, Québec, Hull-Gatineau et Laval. Le modèle adapté évolue et se personnalise selon la réalité des organisations l'utilisant.

_LA COMPRÉHENSION DIALECTIQUE : REDÉFINITION DU SAVOIR-ÊTRE ET DU SAVOIR-FAIRE

Pour qu'une implantation de programme d'intervention soit réussie, il est primordial que l'offre de service et son articulation soient porteuses de sens pour les intervenants. En vue de créer une cohésion autour du projet, il faut d'abord établir une compréhension commune de la problématique.

Dans un contexte de ressource non spécialisée où les intervenants n'ont pas le même bagage clinique, le modèle contextuel de l'étiologie proposé par Linehan (1993a) est intéressant, puisqu'il facilite la compréhension du tableau clinique, orientant l'intervenant vers les attitudes et les stratégies d'intervention à préconiser. Ce modèle présuppose que les difficultés qu'éprouve la personne dans sa capacité à gérer adéquatement ses émotions résultent de l'interaction entre une vulnérabilité émotionnelle biologique et la présence d'un environnement invalidant. Ces personnes sont vulnérables émotionnellement et n'ont pas reçu l'encadrement nécessaire pour apprendre à gérer cette vulnérabilité et ont plutôt appris des comportements inadéquats pour s'autogérer et entrer en contact avec leur environnement. La figure 1 résume la conception dialectique du tableau clinique tel

que développée par Linehan. Celle-ci s'est particulièrement intéressée au trouble de la personnalité limite, mais cette conceptualisation de base est facilement transférable à d'autres troubles mentaux complexes.

Plusieurs intervenants sont rébarbatifs face à cette clientèle, souvent en raison des interprétations qu'ils se font des agissements de la personne. La présentation de ce modèle est à l'origine des changements chez les intervenants. Il se crée une forme d'empathie dynamique et un regard plus acceptant, ce qui tend à « neutraliser » certains préjugés tels que « ce sont des manipulateurs » ou des gens « qui font preuve de mauvaise volonté ». Cette compréhension de la personne et de ses difficultés remet en perspective son « hypersensibilité » et l'impact qu'elle peut avoir sur la construction de l'alliance thérapeutique et sur sa capacité d'accéder à son plein potentiel. Lorsque la personne est envahie pas ses émotions, il lui est difficile de rester en contact et de recourir à ses compétences « adaptées », que celles-ci soient déjà existantes ou nouvellement acquises.

En plus de présenter une vision différente de la problématique, ce modèle contextuel facilite l'identification de certains besoins potentiels et carences. On peut penser à des besoins personnels (« amour », sécurité, image de soi plus adaptée) et relationnels (honnêteté, acceptation, validation, valorisation), mais aussi à la nécessité de développer certaines compétences (conscience de soi et de l'autre, introspection, mentalisation, tolérance à la détresse, gestion des émotions, efficacité interpersonnelle). En identifiant les besoins et le mode de fonctionnement du client, l'intervenant peut ajuster son attitude et ses stratégies d'intervention selon la situation.

À l'intérieur du programme de traitement adapté, six principes de base guident notre attitude (savoir-être) et nos actions (savoir-faire) : le contact d'adulte à adulte, la responsabilisation, le respect mutuel, la prévisibilité, la stabilité et la cohérence. Intimement liés, ces principes tiennent compte de la dynamique particulière à cette clientèle et favorise un climat propice à la mise en place de changements.

Les trois premiers principes définissent notre vision de la personne et notre attitude à son égard. Les gens présentant un trouble de la personnalité ont souvent une perception négative d'eux-mêmes et de leurs capacités. Tenter de générer une image différente d'eux-mêmes est primordial, car elle favorise et facilite la mise en place du changement. Agir selon ces trois principes, c'est transmettre un message positif et puissant : « Vous êtes un adulte capable et digne de respect ». Une attitude qui repose sur ces principes permet de démontrer notre confiance et notre respect tout en informant la personne de nos attentes à son égard. Au départ, très peu de clients ont cette image d'eux-mêmes. La dialectique centrale sur laquelle repose la TDC est la recherche continuelle de l'équilibre entre l'acceptation de la personne telle qu'elle est sur le moment et l'invitation active à mettre en place les changements nécessaires pour améliorer sa qualité de vie. Cette approche est très sensible à la réalité de la personne tant dans son expérience personnelle que thérapeutique. L'attitude et la sensibilité du thérapeute sont centrales puisque cette conception dialectique présuppose une conscientisation de soi et de l'autre dans l'interaction (Lecomte, 2010) pour pouvoir s'ajuster aux mouvements du client (ambivalence, test relationnel, demande de prise en charge) et ainsi faciliter l'émergence de l'alliance, du confort mutuel et optimiser l'aide offerte. L'intervenant doit créer un espace chaleureux, respectueux et sécurisant, mais qui favorise aussi le changement. Pour générer le changement, il doit rechercher l'équilibre constructif entre une position d'acceptation, de validation et de soutien et une position où le changement est stimulé entre autres par la confrontation bienveillante et la résolution de problèmes. La figure 2 résume les points saillants d'une attitude dialectique.

Les trois autres principes, prévisibilité, stabilité et cohérence découlent eux aussi de la compréhension contextuelle de la problématique. Les gens présentant un trouble de la personnalité éprouvent régulièrement une profonde insécurité relationnelle les poussant à mettre à l'épreuve les limites de notre cadre personnel et professionnel avant de s'autoriser à porter un regard sur eux-mêmes. Bien que cette étape soit partie intégrante du processus thérapeutique, mettre en place les éléments favorisant le sentiment de sécurité est aidant tant pour la personne que pour l'intervenant. « Être rassurée » rend la personne disponible et facilite le processus de changement. La mise en place de ces trois principes communique à la personne : « Nous ne vous surprendrons pas, vous pouvez vous fier à nous, vous êtes en sécurité et vous pouvez vous détendre ». Les attentes mutuelles sur l'attitude et les services sont claires.

_STRUCTURE DU PROGRAMME ET MODALITÉS DE TRAITEMENT

Pour assurer une bonne orientation de services, en collaboration avec le client et son intervenant, un psychologue de l'équipe SMA procède à une évaluation psychologique. L'objectif du processus est que la personne s'identifie aux résultats et comprenne les raisons qui justifient son orientation vers le programme.

Le prétraitement (quatre à huit rencontres) a trois objectifs hiérarchisés : favoriser la prise de conscience des zones de souffrances récurrentes pour susciter le désir de s'investir dans un processus de changement; optimiser les chances que la personne adhère, persévère et ressorte satisfaite de sa démarche de changement; fournir l'information nécessaire à une prise de décision éclairée quant à l'investissement dans le programme. L'accent est mis sur le principe de travail d'équipe où le client et l'intervenant collaborent activement pour aider la personne à atteindre ses objectifs. La décision est officialisée par écrit.

Le programme, d'une durée de deux ans, propose cinq modalités de traitement qui diffèrent quelque peu du modèle original : suivi individuel, groupe psychoéducatif, contacts téléphoniques, rencontres supplémentaires, soutien aux intervenants.

Le suivi individuel est la pierre angulaire du programme. L'intervenant est responsable de la coordination des divers modes d'intervention et du maintien de la collaboration avec des partenaires externes. L'intervenant cherche à diminuer les comportements inadaptés et à favoriser la mise en place de réponses adaptées. Les efforts thérapeutiques s'inscrivent dans une démarche d'équipe où le client et l'intervenant jouent un rôle actif dans la définition des objectifs et la recherche de solutions. Généralement, un seul élément à la fois est travaillé. Le choix des objectifs tient compte de la hiérarchisation des cibles de travail proposées dans la TDC et est aussi influencé par l'approche clinique de l'intervenant.

Des bilans succincts sont régulièrement établis selon une fréquence prédéterminée. Ceux-ci permettent le partage d'un espace réflexif où le point est fait sur les progrès, la relation thérapeutique, la satisfaction du client face au déroulement du suivi. Les rétroactions réciproques favorisent les ajustements nécessaires pour assurer l'efficacité de la démarche et le maintien de l'implication du client.

Le groupe psychoéducatif est complémentaire au suivi individuel. On insiste sur l'enseignement et l'expérimentation. En plus de dégager le suivi individuel, cette modalité informe sur le fonctionnement relationnel des clients et permet l'exposition et la mise en pratique des compétences dans un milieu sécuritaire. Le contenu est une adaptation du matériel proposé par Linehan (1993b). Certains ajouts ont été apportés et la séquence de présentations des modules a été modifiée. Selon nous, la prise de conscience et la mentalisation (module 1 : sagesse interne) ainsi que la capacité à accepter la réalité et à tolérer ce qui ne peut être changé (module 2 : tolérance à la détresse) sont nécessaires à une gestion efficace des émotions (module 3 : gestion des émotions) et des relations (module 4 : efficacité interpersonnelle).

Les consultations téléphoniques sont limitées en fréquence et en durée. Plus souvent utilisées en début de processus, elles aident la personne à reprendre contact avec les compétences enseignées ou à déterminer si sa situation nécessite la mise en œuvre du plan d'urgence préétabli, dont la possibilité d'utiliser une rencontre supplémentaire.

Les rencontres supplémentaires sont une adaptation en matière de gestion des crises. La personne les utilise lorsqu'elle considère ne pas avoir les ressources nécessaires pour gérer une situation difficile et qu'une résolution de problème ne peut attendre la prochaine rencontre individuelle ou que l'accès à du soutien émotionnel diminuerait le risque de comportements dommageables. La personne gère de manière autonome sa banque de rencontres mensuelles. Celles-ci sont offertes par un intervenant de garde, ce qui évite que l'accès à une personne significative ne vienne renforcer la crise. Cette modalité a grandement diminué le nombre d'interventions de crise. Les clients rapportent que leur accès est suffisamment rassurant pour ne pas avoir à les utiliser (développement de la capacité à évaluer ses propres ressources ainsi que l'urgence). Le fait que ces rencontres ne soient pas offertes par leur intervenant principal les motive à tolérer l'inconfort (développement de la capacité à contenir l'affect). L'utilisation responsable de cette ressource est rapidement développée.

La supervision hebdomadaire est peu accessible dans les ressources non spécialisées. Par contre, les réunions cliniques mensuelles, l'ajout de réunions cliniques spécifiques du programme, l'appui ponctuel et les supervisions mensuelles fournissent un soutien intéressant. Cette modalité favorise l'entraide dans l'application des stratégies dialectiques et met en lumière les stratégies efficaces de l'intervenant et les progrès du client. Ces discussions de cas aident au maintien de la motivation et diminuent les risques d'épuisement professionnel.

_DÉFIS LIÉS À L'IMPLANTATION ET AU MAINTIEN

Les défis sont multiples. Les gestionnaires doivent accepter de modifier l'offre de service, appuyer le programme dans son ensemble, entériner la définition des rôles et responsabilités de chacun et faciliter la concertation des intervenants à l'interne comme à l'externe. L'implantation doit bien définir le processus, reconnaître l'importance de chacune des étapes et favoriser l'ouverture des intervenants face au programme et à l'approche TDC. Les intervenants doivent adhérer au projet afin de motiver le client et diminuer les réticences et doivent garder une attitude dialectique. Pour maintenir la qualité des services offerts et l'intégrité de l'approche, cette démarche doit être soutenue dans le temps, ce qui suppose que l'organisation doit maintenir son implication auprès des intervenants, donner accès à de la formation et de l'encadrement clinique pertinent et assurer la formation du nouveau personnel.

TABLEAU 1. LES APPORTS POSITIFS MENTIONNÉS PAR LES DIFFÉRENTS ACTEURS

LES GESTIONNAIRES	Offre de service qui répond aux besoins d'une clientèle particulière Programme reconnu et adapté basé sur une approche éprouvée Projet rassembleur dans un contexte de fusion Diminution de la détresse des intervenants et réduction des coûts d'absentéisme Augmentation de la satisfaction de la clientèle
LES INTERVENANTS	Augmentation des connaissances et compétences Augmentation de la confiance en eux et en leurs interventions Développement d'une vision et d'une attitude adaptées et aidantes Meilleure vue d'ensemble du suivi et de ses lignes directrices Diminution de la confusion et de l'isolement dans l'intervention Accès au matériel pour optimiser l'intervention et la gestion des situations particulières Augmentation du confort, de l'enthousiasme et du plaisir dans l'intervention
LES CLIENTS	Diminution de l'impulsivité et des comportements dommageables Développement de la capacité à s'arrêter, réfléchir et agir en fonction de leurs objectifs Meilleure connaissance d'eux-mêmes Développement d'un sentiment de compétence et d'une meilleure estime de soi Meilleure qualité de vie et efficacité accrue au plan personnel, émotionnel, relationnel et parental

_RETOMBÉES DE LA MISE EN PLACE DU PROGRAMME

La mise en place de ce programme a généré des bénéfices chez tous les acteurs. Nos objectifs étaient : une amélioration du confort et du sentiment d'efficacité des intervenants, l'amélioration du fonctionnement général du client et une relation thérapeutique réciproquement plus satisfaisante. Les éléments présentés à l'intérieur du tableau 1 résument la compilation des données recueillies auprès des gestionnaires, des intervenants et des clients.

_PERSPECTIVES D'AVENIR

Les perspectives d'avenir de la TDC sont intéressantes. Celle-ci demeure actuelle et intègre les concepts théoriques de plusieurs approches mises de l'avant actuellement. La TDC offre une approche de travail sécurisante, adaptée et adaptable. Les CSSS de la région de Québec revoient actuellement leur méthode de travail auprès des familles dont un des parents présente un trouble de la personnalité, mais qui consultent pour des difficultés en lien avec leurs enfants. L'approche à définir s'inspirera de la TDC.

La mise en œuvre de la TDC dans des ressources non spécialisées ne prétend pas avoir créé des experts en intervention, mais a permis à un maximum d'intervenants de développer une compréhension différente de cette problématique et des enjeux qui y sont liés. La nouvelle structure de l'offre de service et ses balises, la cohérence installée à l'intérieur des organisations, les mécanismes d'encadrement cliniques et le travail d'équipe ont créé un sentiment de sécurité et de compétence chez les intervenants. La satisfaction et le fonctionnement des clients se sont améliorés significativement. L'enthousiasme est présent, les intervenants sont motivés et motivants. Ces changements ne sont pas un aboutissement, mais favorisent l'optimisation de l'aide offerte. Il serait intéressant de procéder à une évaluation formelle de l'implantation et de l'efficacité du programme adapté. Cette étude devrait se faire dans un milieu où le programme est déjà bien intégré.

FIGURE 1. DIMENSIONS DIALECTIQUES DU TABLEAU CLINIQUE

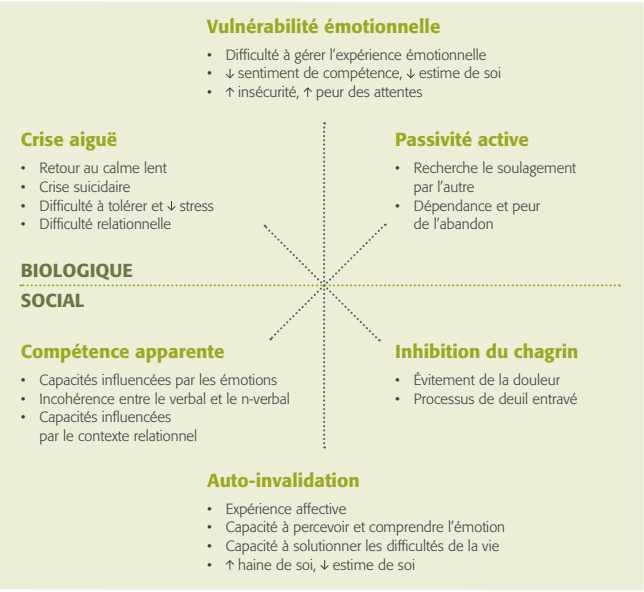


FIGURE 2. ATTITUDE DIALECTIQUE

_Bibliographie

Bohus, M., Haaf, B., Simms, T., LImberger, M. F., Schmahl, C., Unckel, C., Lieb, K., Linehan, M. M. (2004). Effectiveness of inpatient dialectical behavioral therapy for borderline personality disorder : A controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 42(5), 487-499.

Busque, H. (2000). Programme d'intervention auprès des personnes souffrant d'un trouble de la personnalité.

Castonguay, L. G. (2010). La recherche au service des cliniciens. *Documenter l'efficacité des interventions en psychothérapie: Cahier recherche et pratique*, 1(1).

Koons, C. R., Robins, C. J., Tweed, J. L., Lynch, T. R., Gonzalez, A. M., Morse, J. Q,. Bishop, G. K., Butterfield, M. I., Bastian, L. A. (2001). Efficacy of dialectical behavioral therapy in women veterans with borderline personality disorder. *Behavior Therapy*, 32(2), 371-390.

Lecomte, C. (2010). Comment améliorer son efficacité thérapeutique? *Documenter l'efficacité des interventions en psychothérapie: Cahier recherche et pratique*, 1(1).

Linehan, M. M., (1993a). *Cognitive Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. New York , NY, US: Guilford Press.

Linehan, M. M., 1993b, *Skills Training Manual for Treating Borderline Personality Disorder.* New York, NY, US: Guilford Press.

Linehan, M. M., Comtois, K. A., Murray, A. M., Brown, M. Z., Gallop, R. J., Heard, H. L., Korslund, K. E., Turek, D. A., Reynolds, S. K., Lindenboim, N. (2006). Two-years Randomized controlled trial and follow-up of dialectical behavior therapy vs therapy by experts for suicidal behaviors and Borderline Personality Disorder. *Archives of General Psychiatry*, 63(7). 757-766.

Turner, R. M. (2000). Naturalistic evaluation of dialectical behavior therapy-oriented treatment for Borderline Personality Disorder. *Cognitive and Behavorial Practice*, 7(4). 413-419

Dr Sébastien Bouchard
Psychologue

Le Dr Sébastien Bouchard, psychologue, a été responsable de 2003 à 2010 de la formation et du soutien au réseau pour le programme-clientèle de troubles sévères de la personnalité de l'Institut universitaire en santé mentale de Québec et professeur de clinique à l'Université Laval. Il est depuis peu professeur substitut à la TÉLUQ-UQAM et travaille en pratique privée à la Clinique des troubles relationnels de Québec.

Pour joindre les auteurs de cet article : sb_porte-voix@videotron.ca

Caroline Duval
Gestionnaire au CSSS Québec-Nord

Mme Caroline Duval, M. Ps., est, depuis l'an 2000, responsable à titre de gestionnaire de l'implantation et de l'harmonisation de l'offre de service du CSSS Québec-Nord pour les personnes ayant des traits ou un trouble de la personnalité.

Dr Étienne Julien
Psychologue

Le Dr Étienne Julien, psychologue-clinicien, est aussi formateur. Il a été en 2007 la première personne-ressource en axe II mandatée au CSSS Québec-Nord. Il a fait son internat en psychologie au Centre de traitement Le Faubourg Saint-Jean auprès de personnes présentant des troubles sévères de la personnalité et sa thèse de doctorat portait sur l'application de la théorie de l'autodétermination en psychologie de la santé.

_Soutenir les intervenants du réseau œuvrant auprès de patients présentant un trouble de la personnalité limite

L'intervention auprès des personnes présentant un trouble de la personnalité représente un défi de taille pour les équipes en santé mentale des Centres de santé et de services sociaux (CSSS) du Québec. Les auteurs de cet article ont été directement impliqués dans la mise sur pied d'une offre de formation et de supervision continue visant à soutenir les intervenants d'un CSSS œuvrant auprès de patients présentant un trouble de la personnalité limite (TPL) en première ligne. Après plus d'une dizaine d'années de mise en œuvre, les résultats de la collaboration entre le Centre de traitement Le Faubourg Saint-Jean (CTFSJ) et le CSSS de Québec-Nord a permis de mettre en lumière le rôle-clé que peuvent jouer les psychologues dans l'organisation et la prestation des services offerts aux personnes présentant un TPL.

Le trouble de la personnalité limite (TPL) est caractérisé par l'instabilité relationnelle et identitaire, l'impulsivité et la dysrégulation émotionnelle (APA, 2000). Au plan épidémiologique, le TPL est fréquent, avec une prévalence d'environ 1,8 % de la population générale (Torgersen, Kringlen & Cramer, 2001). Ce trouble est associé à de graves limitations psychosociales et à un risque de suicide estimé de 4 à 10 % (Lieb, Zanarini, Schmahl & Linehan, 2004). À la prévalence et la gravité clinique du TPL sont associés des coûts sociaux substantiels équivalant à environ 22 000 $ CA par année par patient (Van Asselt, Dirksen, Arntz & Severens, 2007)[1]. Or, les demandes de service des personnes souffrant d'un TPL posent plusieurs défis de taille pour les professionnels du réseau de services en santé mentale du Québec et certains aspects particuliers de ce trouble contribuent au développement fréquent d'un sentiment d'impasse thérapeutique (Bouchard, 2010).

_HISTORIQUE DE LA COLLABORATION

L'établissement d'une collaboration entre deux organisations doit généralement être fondé sur une complémentarité des mandats et des expertises afin d'être efficace. Dans le système de la santé au Québec, une clinique de troisième ligne en santé mentale a comme mandat de développer une expertise de pointe et d'offrir un traitement à l'intérieur d'un créneau d'intervention spécifique auprès d'une clientèle présentant des troubles sévères. De leur côté, les CSSS ont un mandat d'accueil, d'évaluation, de traitement et d'orientation des patients à travers les diverses lignes de soins en fonction de la sévérité de leur difficulté (Delorme, 2005). La collaboration dont il est fait mention dans le présent article est basée sur cette complémentarité des mandats et des expertises entre la première et la troisième ligne. Cette collaboration sous-tend également un des principes directeurs du Plan d'action en santé mentale selon lequel chaque patient devrait être dirigé vers la bonne ligne de soins dans des délais raisonnables et avoir accès à un traitement en fonction de la sévérité et de la complexité des difficultés qu'il rencontre. (Delorme, 2005).

Le Centre de traitement Le Faubourg Saint-Jean (CTFSJ) a entrepris ses activités en 1996 à Québec. Cette clinique surspécialisée de troisième ligne a eu comme mandat d'offrir un traitement structuré à la clientèle présentant un trouble sévère de personnalité. En 1997, le CTFSJ a commencé à mettre sur pied des groupes de supervision offerts à des intervenants ciblés des CSSS de la région de Québec. Un comité régional incluant les CSSS et le CTFSJ a également été mis sur pied en 2001 afin de favoriser le transfert de connaissances de la troisième ligne vers la première ligne de soins de Québec. Dans ce contexte, le Dr Évens Villeneuve, psychiatre et directeur médical du CTFSJ, a accepté de développer, en collaboration avec Brigitte Lefebvre, ergothérapeute, et Sébastien Bouchard, psychologue, une offre de soutien et de formation aux intervenants des CSSS de la région[2].

L'année 2003 a constitué un tournant important de cette collaboration. De fait, un psychologue du CTFSJ a été nommé à titre de responsable du soutien et de la formation au réseau et il a reçu le mandat d'offrir de la supervision de groupe directement à l'intérieur des murs des divers CSSS de la région de Québec. À raison de quatre rencontres par année, ce service avait et a toujours comme objectif d'aider les psychothérapeutes des CSSS à mieux moduler leurs réactions contre-transférentielles et à les aider à dénouer les impasses cliniques rencontrées.

_DÉVELOPPEMENTS RÉCENTS ET SITUATION ACTUELLE

Afin de prendre connaissance de l'expérience acquise et d'harmoniser l'offre de service des équipes en santé mentale du CSSS Québec-Nord, celle-ci a été révisée en 2006. Divers comités d'amélioration des pratiques ont été mis sur pied par le CSSS Québec-Nord, dont un comité dédié au suivi de la clientèle présentant un trouble de la personnalité. Entre autres initiatives, le CSSS Québec-Nord a mandaté un psychologue à titre de personne-ressource en axe II dans le but de mieux soutenir l'offre de service à l'intérieur des équipes en santé mentale (voir tableau 1). La fonction de personne-ressource comporte trois principaux mandats : offrir de la formation continue, contribuer aux rencontres de discussion de cas complexes et participer aux travaux du comité d'amélioration des pratiques mis sur pied. Depuis sa création, l'idée de miser sur un modèle de consultant intraorganisation a fait des petits. À l'heure actuelle, la première ligne de la région de Québec dispose de trois personnes-ressources en matière d'intervention auprès des patients présentant un trouble de la personnalité. Tous trois bénéficient de rencontres de supervision mensuelles avec le psychologue responsable du soutien au réseau du CTFSJ. De plus, le CTFSJ a fourni le matériel de base pour les formations s'offrant aux intervenants du CSSS Québec-Nord par la personne-ressource de l'organisation.

_DES RÉSULTATS ENCOURAGEANTS OBSERVÉS

Depuis 2007, plus de 200 intervenants du CSSS Québec-Nord ont participé aux formations portant sur l'intervention auprès des personnes présentant un TPL. Celles-ci continuent d'être offertes sur une base annuelle pour tous les nouveaux employés. De plus, la majorité des intervenants des équipes de santé mentale du CSSS Québec-Nord participent activement aux rencontres de discussions cliniques portant sur l'intervention auprès de cette clientèle. Aucune étude empirique n'a encore évalué formellement l'impact de ces formations et rencontres cliniques sur l'organisation et les employés du CSSS Québec-Nord. Cependant, des résultats préliminaires suggèrent que ce type de formations favorise le développement d'un sentiment de compétence chez les intervenants (tableau 2) et la diminution des attitudes négatives à l'endroit du TPL. Au CSSS Québec-Nord, les commentaires recueillis auprès des participants et les observations suggèrent que ces deux principaux résultats ont généralement été atteints (Bouchard, Julien, & Duval, 2008).

TABLEAU 2. IMPACT DE LA FORMATION DU CHRG-INSTITUT SUR LE SENTIMENT DE COMPÉTENCE

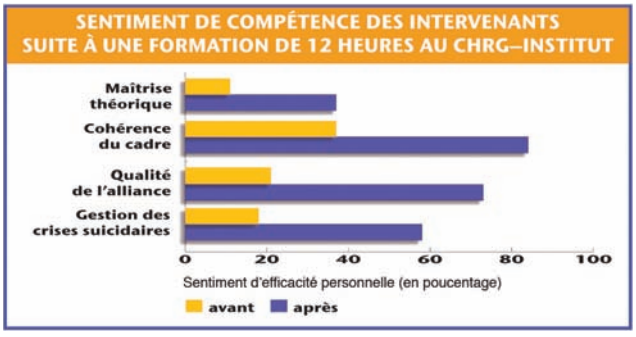


TABLEAU 1. DISPENSATION DES SERVICES PAR LES CSSS DANS LA RÉGION DE QUÉBEC

Nous observons également une augmentation de l'observance des intervenants au programme d'intervention pour les troubles de la personnalité.

Or, une meilleure observance par le patient à un modèle de traitement corrèle généralement avec une plus grande diminution des symptômes associés au TPL (Kolla *et al*., 2009). Outre son impact sur la santé des patients, on remarque une diminution du sentiment de fardeau émotionnel très souvent attribué au travail auprès de personnes présentant un TPL (Villeneuve, Benoît & Bouchard, 2008). Enfin, sur le plan organisationnel, la plupart des acteurs sont d'opinion pour dire que la région de Québec a assisté dans les dix dernières années à une diminution marquée de la désorganisation des services offerts aux personnes présentant un TPL, à une augmentation de la cohérence du travail multidisciplinaire auprès de cette clientèle et à un maintien accru en première ligne des patients de moindre sévérité, tel que le suppose le modèle de services par lignes de soins (Delorme, 2005). Ces résultats mettent en lumière la possibilité d'amélioration générale de l'efficience des soins offerts en première ligne grâce à la formation et la supervision continues. Ces résultats viennent aussi souligner le rôle-clé que peuvent jouer les psychologues dans l'organisation et la prestation des services offerts aux personnes présentant un TPL.

_CE QU'IL RESTE À FAIRE

Afin d'assurer la pérennité de ce type de projet et de maintenir les compétences acquises par le réseau, beaucoup reste encore à faire. Premièrement, il faudra développer des services alternatifs mieux structurés ou en appui à la psychothérapie et continuer d'outiller davantage les intervenants oeuvrant en amont comme en aval des programmes de traitement du TPL. D'une part, compte tenu de l'urgence de leur besoin de solution, de leur grande difficulté à persévérer vers un but éloigné et de leur évitement des relations trop intimes, plusieurs patients trouvent que l'offre d'une psychothérapie long terme n'est pas « acceptable » (Cailhol *et al*., 2010). D'autre part, certains patients se disant pourtant disposés à entreprendre une psychothérapie peuvent tout de même se situer à l'extrême limite de la traitabilité (Bouchard, 2010). Le développement de ces services alternatifs devra aller de pair avec le développement de formation et de supervision adéquates pour implanter ces nouvelles modalités d'intervention. Deuxièmement, afin de s'assurer que les patients nécessitant un suivi multidisciplinaire à long terme aient accès à un traitement optimal, il serait avantageux de hausser le nombre de professionnels affectés aux équipes de santé mentale en première ligne, en particulier les psychologues en poste. Troisièmement, étant donné que ce ne sont pas tous les professionnels impliqués auprès de cette clientèle qui sont habilités à offrir des traitements en santé mentale, des formations spécifiques tenant compte de leurs besoins et de leurs compétences devront être développées.

_CONCLUSION

Le présent article se proposait de rendre compte d'une collaboration entre le CTFSJ et le CSSS Québec-Nord. Cette collaboration a permis de soutenir le développement de l'offre de service auprès de patients présentant un trouble de personnalité limite en première ligne. Les auteurs de cet article ont été directement impliqués dans la mise sur pied et la prestation de formations et de supervisions axées sur l'intervention auprès des personnes présentant un trouble de la personnalité. Après une dizaine d'années de mise en œuvre, les services de formation et de supervision continues des intervenants du réseau ont permis de réduire leur fardeau émotionnel, de modifier les attitudes négatives à l'endroit du TPL et d'améliorer l'efficience des services offerts par les CSSS de la région de Québec. Ces résultats soulignent le rôle-clé que peuvent jouer les psychologues dans l'organisation et la prestation des services offerts aux personnes présentant un TPL.

_Bibliographie

American Psychiatric Association., & American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*: DSM-IV-TR. Washington, DC: American Psychiatric Association.

Bouchard, S. (2010). Impasses et opportunités dans le traitement des personnes souffrant d'un trouble sévère de la personnalité limite. *Revue de santé mentale au Québec, (accepté)*.

Bouchard, S., Julien, É. & Duval, C. (2008). *Le soutien aux intervenants œuvrant auprès de personnes présentant un trouble de la personnalité : la clé du succès d'un réseau de soins intégrés*, Affiche présentée dans le cadre des Journées Repères de l'Institut universitaire en santé mentale de Québec, Avril, Québec, Canada.

Cailhol, L, Bouchard, S, Belkadi, A, Benkirane, G., Corduan, G., Dupouy, S., Villeneuve, & Guelfi, J.D. (2010). Acceptabilité et faisabilité de la psychothérapie par les patients avec trouble de personnalité limite. *Annales Médico-psychologiques*, 168, 435-439..

Delorme, A. (2005). *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 : La force des liens. Ministère de la santé et des services sociaux*. Bibliothèque national du Canada.

Kolla, N. J, Links, P. S., McMain, S., Streiner, D. L., Cardish, R., Cook, M., &. (2009). Demonstrating Adherence to Guidelines for the Treatment of Patients With Borderline Personality Disorder. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 54, 3, 181.

Lieb, K., Zanarini, M. C., Schmahl, C., Linehan, M. M., & Bohus, M. (2004) Borderline personality disorder. *Lancet*, 364, 453–461.

Van Asselt, A. D., Dirksen, C.D., Arntz, A., Severens, J. L. (2007). The cost of borderline personality disorder: Societal cost of illness in BPD-patients. *European Psychiatry*, 6, 354–361.

Villeneuve, É., Benoît, A. & Bouchard, S. (2008). Centre de traitement Le Faubourg Saint-Jean : un travail d'équipe, un travail en réseau. Dans R. Labrosse et C. Leclerc (Éds), *Trouble de personnalité et réadaptation* (Tome II). Éditions Ressources : Saint-Jérome.

Torgersen, S., Kringlen, E., & Cramer, V. (2001). The prevalence of personality disorders in a community sample. *Archives of General Psychiatry*, 58, 590–596.

Public | Psychologues | Étudiants | Associations

Pourquoi

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

➜ L'objectif central de chaque ordre est d'assurer la protection du public (article 23, Code des professions); pour ce faire, il surveille la pratique de la profession.

L'objectif central de l'Association est de veiller aux intérêts de ses membres et de la profession, dans la mesure où ils favorisent le bien-être de la population.

➜ Les ordres professionnels ne peuvent traiter les intérêts économiques. Les associations peuvent le faire : rehaussement salarial, honoraires CSST, SAAQ, PAE, etc.

➜ Pour éviter de se retrouver en position de conflit d'intérêts, les ordres professionnels ne peuvent s'occuper du soutien aux professionnels au cours du processus disciplinaire, ni des assurances pour les plaintes du public auprès du Bureau du syndic. Les associations peuvent le faire.

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

Les **conditions salariales**

des psychologues dans le secteur public **sont inadéquates**

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

Adhérez dès maintenant à :

www.apqc.ca

Association des psychologues du Québec

Profitez de services professionnels variés :

➜ promotion de **vos intérêts** (CSST, SAAQ, PAE, rôle distinctif, rehaussement salarial et autres;

➜ **conseils** et **assistance** (incluant avis légaux);

➜ **assurances** « frais disciplinaires »;

➜ **soutien** durant les procédures disciplinaires; (incluant informations via notre site internet);

➜ inscription gratuite au **service de référence**;

➜ site **Internet** et **forum** de discussion;

➜ **soutien** aux psychologues en début de pratique;

➜ **bulletin** couvrant différents sujets de la vie professionnelle des psychologues;

➜ **formations** à tarif préférentiel pour les membres;

➜ **services** aux associations et regroupements (assurances, support logistique, appui politique, ...).

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
Anjou (Québec) H1M 3M2

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

Dr Gilles Delisle / Psychologue

Gilles Delisle est directeur de la formation clinique du Centre d'intégration gestaltiste depuis 1981 et professeur associé à l'Université de Sherbrooke. Il est également membre de la Société internationale de neuropsychanalyse.

Alain Mercier / Psychologue

Alain Mercier est psychologue au Centre hospitalier Pierre-Boucher et doctorant en psychologie à l'Université de Sherbrooke.

_La PGRO au service du développement des soins offerts aux personnes présentant un trouble de la personnalité

La Psychothérapie gestaltiste des relations d'objet est un système de psychothérapie intégrative conjuguant la présence expérientielle de la gestalt-thérapie, la compréhension des trajectoires développementales proposée par la théorie générale des relations d'objet et la théorie neuropsychanalytique de la régulation affective de Schore (2003; 2008). Elle prend appui sur la psychodynamique du lien thérapeutique pour favoriser le développement et le maintien de la capacité à mentaliser en situation d'activation émotionnelle.

_LA PATHOGENÈSE

Les troubles de la personnalité (TP) sont des pathologies du développement. Celles-ci résultent de l'interaction entre l'organisme et l'environnement, l'un et l'autre porteurs de facteurs de risque et de facteurs de résilience. La personnalité se construit au fil d'un parcours développemental où s'étayent successivement les fondements de l'attachement, de l'estime de soi, de l'érotisme au sens large et de l'éthique. Les personnes présentant un TP plus ou moins sévère peuvent être comprises comme n'ayant pas achevé l'un ou l'autre de ces chantiers du développement et présentent des perturbations dans le fonctionnement affectif, réflexif et comportemental.

_LE PROCESSUS THÉRAPEUTIQUE

Le processus thérapeutique s'élabore selon des cycles de reproduction-reconnaissance-réparation et la relation thérapeutique conjugue trois modes relationnels. La relation transférentielle est cet espace où se reproduisent les enjeux développementaux inachevés. La relation herméneutique est cette dimension collaborative de la relation dans laquelle le thérapeute et le client sont en alliance afin d'élaborer un sens qui éclaire les impasses et leurs racines dans les enjeux développementaux inachevés du client. Enfin, la relation réelle représente la part relativement intacte du processus relationnel, celle qui échappe à la « patho » logique du client. Elle sera donc la voie première qu'emprunteront les actes réparateurs.

Se plaçant dans un axe de conscience qui lui permet de repérer les impasses relationnelles et expérientielles du client, le thérapeute travaille à les rattacher à leurs racines neuropsychodéveloppementales. Il cherche ainsi à élaborer progressivement des voies de sortie de ces cycles d'impasse. Le thérapeute s'emploie alors à repérer les affinités thématiques dans quatre champs expérientiels : 1) Ici et Maintenant, 2) Ici Pas Maintenant, 3) Ailleurs Maintenant, et 4) Ailleurs pas Maintenant. Plus précisément, nous appelons champ 3 tout ce qui concerne les relations et les expériences de la vie adulte du client (amoureuses, familiales, amicales et professionnelles). Le champ 4 renvoie aux expériences du passé développemental, alors que le client construisait — en traversant les grands chantiers du développement — le système immunitaire de sa psyché (sa personnalité). Au fil de ce parcours, la personnalité normale élabore un attachement sécurisé et un bon équilibre narcissique. Elle apprend également à composer avec le conflit fondamental entre le Désir et la Loi. Pour les clients présentant un TP, un ou plusieurs de ces chantiers développementaux sont restés inachevés. Conséquemment, les dilemmes expérientiels rattachés à ces enjeux inachevés sont sans cesse remis en cause dans la vie actuelle du client.

Le champ 1 est celui de la relation thérapeutique immédiate, « l'ici et maintenant » de cette relation. Il est à la fois laboratoire et atelier. À la différence des champs 3 et 4, il porte la possibilité d'une perspective autre : celle du thérapeute. Celui-ci, observateur et participant, « raisonnable et de bonne foi » est à même de ressentir et de penser l'impact que produit le client dans un champ relationnel. Dans l'analogie du laboratoire, le champ 1 permet de procéder à des « psychopsies ». Il permet de prélever des échantillons de la vie intra et interpsychique du client pour les soumettre à l'effort conjoint de création de sens. Le champ 1 est atelier en ce qu'il permet l'élaboration des expériences réparatrices : présence, écoute et dialogue empathique, régulation affective, dialogue mentalisant, dialogue herméneutique.

Le champ 2 représente l'histoire cumulative de la relation thérapeutique. Il constitue parfois l'antichambre obligée du champ 1 pour les clients qui peuvent être troublés par la proximité expérientielle : évoquer la séance de la semaine dernière est plus abordable que de se centrer en temps réel sur ce qui se passe ici et maintenant. Dans ces cas, le champ 2 sert d'apprivoisement au champ 1. Ce champ peut aussi être vu comme un laboratoire de la mémoire. Il permet d'observer les singularités mémorielles du client, de les comparer à la mémoire du thérapeute : qu'est-ce que le client tend à retenir ou à oublier? Quels matériaux affectifs et descriptifs constituent les souvenirs qu'a le client de la relation thérapeutique?

Le thérapeute se place donc dans un axe de conscience expérientielle depuis lequel il s'emploie à repérer les impasses présentant des affinités thématiques dans les champs 3, 2 et 1.

Ces impasses portent la marque de dilemmes hérités du champ 4, et s'enracinent soit dans le chantier essentiellement préverbal de l'attachement, soit dans celui, plus verbal, de l'estime de soi, soit dans celui plus sexuellement différencié de l'Éros-Éthos. Ces dilemmes, appelés « microchamps introjectés » ont des corrélats neuronaux. Le cerveau, littéralement façonné par ces grands chantiers développementaux, comme le suggèrent les auteurs de la neuropsychanalyse (Schore, 2003; 2008) tend ensuite à **reproduire** le monde tel qu'il se le **représente**. C'est pourquoi le processus thérapeutique, refaisant le chemin du développement, aura pour objets successifs de sécuriser le lien, de réguler les affects, de construire le processus mentalisant et, enfin, d'accéder au sens.

Écrire ce qui précède, c'est déjà évoquer les ajustements que nécessiteront le degré de sévérité de la pathologie et le contexte de traitement. La personnalité névrotique est généralement capable de mentaliser même si ses créations de sens peuvent être étriquées. Intervenir auprès de ces clients nécessite de faire appel au processus du dialogue herméneutique, à l'intérieur duquel le thérapeute apportera des hypothèses de sens auxquelles le client n'aurait pas eu accès de manière autonome. Chez les patients ayant une organisation limite supérieure, les aptitudes à mentaliser en situation d'affects intenses seront diminuées. Le travail du thérapeute reposera alors sur le renforcement de la régulation affective. Il offrira plus de soutien à la mentalisation en situation de stress. Enfin, chez les patients ayant une organisation limite inférieure, tout ou presque sera à construire. Il faudra sécuriser le lien par les fonctions les plus précoces de l'hétérorégulation affective, jusqu'à ce que celles-ci soient suffisamment intériorisées pour passer à la corégulation puis à l'autorégulation. Ce n'est qu'à partir de la corégulation affective que la capacité à mentaliser puis à élaborer le sens de l'expérience deviendra des cibles d'intervention. Quel que soit le niveau de fonctionnement du client et quels que soient les objectifs à court, moyen ou long terme, l'ossature du processus thérapeutique restera la même : reproduction-reconnaissance-réparation, appliqués au repérage et au dénouement des impasses présentant des affinités thématiques dans les divers champs expérientiels.

La PGRO exige du thérapeute un haut niveau de compétences réflexives, affectives et interactives. C'est par la formation intégrale du thérapeute que la PGRO porte ses fruits. Signe de son essence intégrative, elle se conjugue aussi bien à la régulation affective de Schore qu'à la mentalisation de Fonagy. C'est sans doute pour cette raison qu'environ 50 % des cliniciens formés à l'approche, au Québec et ailleurs dans le monde, oeuvrent en établissements de santé au sein d'équipes multidisciplinaires d'orientations théoriques et cliniques variées.

_UNE ILLUSTRATION : LA CLINIQUE SANS MUR[1]

Dans le traitement des TP sévères, c'est souvent un amalgame de traitements qui est la norme (De Groot *et al*., 2008). De plus, il est rare, en contexte naturel, que l'on puisse rassembler une majorité de thérapeutes d'une même approche. Le programme de la Clinique sans mur (CSM) est un exemple parmi d'autres de ce type de collaboration dans laquelle la PGRO a été un apport original et utile par son essence intégrative.

Mettre en place un tel programme nécessite de faire des choix en tenant compte des balises émises par la communauté scientifique et par les centres spécialisés déjà existants. De ces choix est née la CSM : un programme structuré d'intervention auprès de personnes souffrant d'un TP sévère. Cette clinique est le fruit d'un travail collectif inspiré par divers travaux. Les choix thérapeutiques ont été faits en fonction des ressources humaines disponibles : au départ, une intervention qui vise le contrôle des comportements dommageables et, par la suite, des interventions centrées sur l'amélioration des habiletés relationnelles. Les résultats préliminaires montrent que la première partie du traitement donne des résultats significatifs, notamment sur la durée et le nombre des hospitalisations (Page, 2009). Dans la 2e phase, qui vise à améliorer les compétences relationnelles, notre intérêt va dans l'application de la thérapie PGRO. À ce stade, elle nous semble particulièrement utile par sa focalisation sur le contact dans l'expérience immédiate, point d'appui à une exploration soutenue de différents espaces relationnels soi-autre (interchamps). En particulier, l'intervention inspirée par la PGRO en groupe permet non seulement au client désigné

Vous désirez parfaire vos connaissances ?
Actualiser votre pratique auprès des victimes d'actes criminels ?
Inscrivez-vous aux formations offertes par l'Association québécoise Plaidoyer-Victimes !

Au programme

- L'échange de renseignements confidentiels lorsque la sécurité d'une personne est menacée
  Me Jean Turmel
- L'accompagnement des victimes souffrant de stress post-traumatique
  Pascale Brillon, Ph. D.
- Mon client souffrant de stress post-traumatique ne s'améliore pas : pourquoi et quoi faire ?
  Pascale Brillon, Ph. D.
- Troubles de la personnalité : entrer en relation avec la personne derrière le « trouble »
  François Chanel, psychologue
- Intervenir auprès des victimes de violence conjugale
  Lise Poupart, M. Sc., Criminologie
- Quoi faire face au dévoilement d'abus sexuel ou physique d'un enfant ?
  Chantal Lachance, A.R.H.

Programme de formation
2010-2011

Pour connaître les dates, lieux et détails des formations, consultez le **www.aqpv.ca** ou composez le **514.526.9037**

Association québécoise Plaidoyer-Victimes

d'explorer son expérience relationnelle, mais elle permet aussi aux clients observateurs d'être témoins de cette exploration. Ils peuvent ainsi observer une séquence relationnelle alors qu'eux-mêmes ne sont pas puissamment activés sur le plan émotionnel. Des travaux en cours, notamment la thèse doctorale de l'un des auteurs du présent texte (Mercier), visent à mesurer jusqu'à quel point un travail de ce type permet l'amélioration des compétences relationnelles ainsi que l'impact de cette thérapie sur les capacités du *Self*.

_CONCLUSION

Les observations préliminaires nous laissent croire que ce type d'intervention en groupe est un moyen efficace pour améliorer la fonction réflexive des clients présentant un TP sévère. Tout au long de l'intervention ils conservent leurs acquis comportementaux, notamment la diminution des agirs, en plus de développer de façon observable leurs habiletés relationnelles. Ces premières constatations restent à mesurer. En ce sens, cette partie du programme de la CSM a servi de préexpérimentation à une mise en forme plus systématique de l'intervention inspirée par la PGRO en groupe.

Drouin (2008) a bien montré en quoi la PGRO respecte et met en œuvre les grands principes thérapeutiques validés empiriquement dans le traitement des TP, concluant qu'elle peut légitimement se présenter comme un **traitement empiriquement informé**. Cependant, comme la plupart des modèles nés du courant existentiel/humaniste, elle a eu tendance à demeurer en marge des débats entourant l'efficacité thérapeutique.

Or en ce moment, au moins cinq recherches doctorales portant sur divers éléments constitutifs de la PGRO sont en cours de réalisation. Cette approche expérientielle/dynamique cherche donc à s'inscrire dans le dialogue actuel sur l'efficacité dans le traitement des TP. Ce dialogue suscite un optimisme réaliste quant à la traitabilité de ces problèmes par la psychothérapie (Hadjipaviou & Ogrodniczuk, 2010; Shedler, 2010; Leichsenring & Leibing, 2003).

_Note

1 Création collective : Rénald Laliberté (psychologue), Annie St-Onge (psychologue), Sylvie Fréchette (psychologue), Véronique Melen (psychiatre, 2e cycle PGRO), Josée Tremblay (psychologue, 2e cycle PGRO) France Tardif (psychologue), Christiane Pelletier (génagogue, intervenante toxicomanie), Lise Roy (travailleuse sociale), François-Luc Desaulniers (psychologue), Alain Mercier (psychologue, 3e cycle et superviseur PGRO).

_Bibliographie

De Groot, Verheul, R., Trijsburg, W. (2008). An integrative perspective on psychotherapeutic treatments for borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 22, 332-341.

Delisle, G. (1998). *La relation d'objet en Gestalt-thérapie*. Éditions du CIG. Montréal.

Delisle, G. (2001). Vers une psychothérapie du lien : écrits et conférences sur la psychothérapie, 1988-2000. Éditions du CIG. Montréal.

Delisle, G. (2008). Neurodynamique du Self en dialogue thérapeutique, *in Neurosciences et Psychothérapie*. Éditeur Joël Monzée. Liber. Montréal.

Drouin, M-S, (2008). La Psychothérapie Gestaltiste des Relations d'objet et les Données Probantes. *Revue Québécoise de Gestalt. Vol. 11*.

Hadjipaviou, G. & Ogrodniczuk, J.S. (2010) Promising Psychotherapies for Personality Disorders. *La Revue Canadienne de Psychiatrie*. Vol 55 #4.

Leichsenring, F. & Leibing, E. (2003) The Effectiveness of Psychodynamis Therapy and Cognitive Behavior Therapy in the Treatment of Personality Disorders : A Meta-Analysis. *Am. J. Psychiatry*. # 160, 1223-1232.

Page, C., (2009). Évaluation de la CSM. UQAR et Agence de la Santé et des Services Sociaux du Bas St-Laurent.

Shedler, J. (2010) The Efficacy of Psychodynamic Psychotherapy. *American Psychologist*. February-March.

Schore, Allan, N. (2008). *La régulation Affective et la Réparation du Soi*. Trad. Par le Groupe de Neurogestalt. Éditions du CIG, Montréal.

INSTITUT DE PSYCHOTHÉRAPIE DU QUÉBEC
CONSULTATION • FORMATION
DEPUIS 1949

1307, chemin Sainte-Foy,
Québec (Québec) G1S 2N2
T (418) 692-2591
F (418) 692-2591 *(téléphoner avant)*
ipq@institutdepsychotherapie.qc.ca

Journées cliniques

Le travail analytique aux portes de la mort
Samedi le 6 novembre 2010 | 9 h à 16 h 30
Jacqueline Lanouette, psychologue et psychanalyste
Coût / 125 $

Dépression : du deuil à la mélancolie
Samedi le 26 février 2011 | 9 h à 16 h 30
Bernadette Tanguay, psychiatre et psychanalyste
Coût / 125 $

Énigmatique sublimation
Samedi le 4 décembre 2010 | 9 h à 16 h 30
Linda Lebel, psychologue et psychanalyste
Coût / 125 $

La créativité et les femmes
Samedi le 16 avril 2011 | 9 h à 16 h 30
Doris-Louise Haineault, psychanalyste
Coût / 125 $

Supervisions

Psychothérapeutes d'enfants
Les mardis ou jeudis
45 min./supervision
Nicole Martel, psychologue et art-thérapeute

Pour plus d'information, visitez le
www.institutdepsychotherapie.qc.ca

Activités organisées par Hélène Morrissette, psychologue et psychanalyste, en collaboration avec le bureau de direction de l'Institut de Psychothérapie du Québec.

Monique Bessette / Psychologue

Directrice de l'Institut Victoria à Montréal, Monique Bessette est membre enseignante du Masterson Institute for Psychoanalytic Psychotherapy à New York et doctorante à l'Université du Québec à Trois-Rivières.

_Les traitements adaptés aux troubles de la personnalité : approches diverses, même engagement thérapeutique

Les troubles de la personnalité sont depuis longtemps l'une des plus importantes causes d'inadaptation à long terme. Leur prévalence dans la population générale se situerait autour de 10 % (Merikangas & Weissman, 1986; Lyons & Jerskey, 2002; Reich, Yates & Nduaguba, 2005; Lenzenweger, 2009). Cette proportion peut grimper à plus de la moitié dans les populations cliniques traitées en externe (Merikangas & Weissman, 1986; Zimmerman, Rothschild & Chelminski, 2005). Contrairement à ce que l'on peut penser, la clientèle souffrant de troubles de la personnalité, même sévères, est loin d'être rare en bureau privé. Elle pourrait même représenter la grande majorité quand on considère les troubles plus légers qui ne satisfont pas aux critères du DSM utilisés dans les études épidémiologiques, mais qui nécessitent tout de même une thérapie spécifique.

Diverses approches de psychothérapie véritablement adaptées aux troubles de la personnalité ont été développées depuis les années 70. Certaines ont fait l'objet à la fois d'expérimentations cliniques étendues et d'au moins une étude validant leur efficacité. Il s'agit, dans la tradition psychodynamique, des approches de Masterson (Masterson & Lu Costello, 1980), de la psychothérapie focalisée sur le transfert du groupe de Kernberg (Clarkin *et al*., 2007) et du traitement basé sur la mentalisation développé par Fonagy (Bateman & Fonagy, 2009). Dans la perspective cognitivo-comportementale, on retrouve la thérapie dialectique comportementale de Linehan (Linehan, 1993) ainsi que la thérapie des schémas de Young (Glesen-Bloo *et al*., 2006).

Malgré leurs importantes divergences théoriques, ces approches se recoupent passablement. On peut souligner qu'elles insistent toutes sur la régulation du contre-transfert et sur la nécessité de l'engagement du thérapeute dans une relation affective et interactive avec le client. Elles ont aussi en commun de prioriser l'intervention sur les comportements mésadaptés et autodestructeurs, l'adaptation psychosociale présente avant la perlaboration des traumatismes du passé, et ce qui se passe « ici et maintenant » dans la séance. Enfin, elles utilisent des interventions qui combinent la validation et l'empathie pour la subjectivité du client avec l'exigence de s'adapter à la réalité externe, et qui favorisent la mentalisation d'une manière ou d'une autre.

_DONNÉES PROBANTES

C'est la première étape du programme standard de la thérapie dialectique comportementale (TDC) de Linehan, appliqué avec des personnes souffrant d'un trouble limite ultra sévère par des thérapeutes intensivement supervisés, qui a été la plus étudiée (Blennerhassett & O'Raghallaigh, 2005). La TDC compte cinq composantes : psychothérapie individuelle hebdomadaire; groupe hebdomadaire d'entraînement aux compétences; interventions téléphoniques de crise au besoin par le thérapeute individuel; consultation hebdomadaire entre le thérapeute et le coach de groupe; enfin, coordination avec le médecin prescripteur et l'urgence hospitalière. Le traitement comporte quatre étapes dont la première, qui ne vise qu'à réduire les gestes suicidaires et parasuicidaires, prend au moins un an à réaliser. L'adaptation psychosociale et l'humeur sont abordées à la quatrième étape. Il s'agit donc d'un traitement long terme, nécessitant un investissement très important et beaucoup plus complexe et relationnel que ce qui est parfois perçu et implanté. Il n'est certainement pas comparable à un programme qui se limiterait à offrir des modules d'entraînement aux compétences sans thérapie individuelle.

D'autres thérapies adaptées ont, comme celle de Masterson, des données probantes qui dépassent la réduction des passages à l'acte. Bateman et Fonagy ont obtenu la réduction des passages à l'acte et des hospitalisations avec un traitement d'orientation psychanalytique de dix-huit mois en hôpital de jour, en plus d'améliorations des symptômes dépressifs et du fonctionnement social et interpersonnel (Bateman & Fonagy, 1999; 2001). Le groupe de Kernberg (Clarkin *et al*., 2007) a pour sa part comparé la TDC, la psychothérapie focalisée sur le transfert (PFT) et la thérapie de soutien de Rockland. La PFT a produit une amélioration de la fonction réflexive et du fonctionnement psychosocial en plus de la diminution des agirs autodestructeurs et des hospitalisations. La thérapie des schémas de Young obtiendrait des résultats comparables (Glesen-Bloo *et al*., 2006). Notons que tous ces traitements incluent de la thérapie individuelle une ou deux fois par semaine.

_L'APPROCHE MASTERSON

La théorie et les expérimentations cliniques de Masterson sont loin d'être dépassées, même si leurs débuts remontent à une quarantaine d'années et que l'étude longitudinale ayant validé son traitement avec des adolescents hospitalisés date déjà de trente ans (Masterson & Lu Costello, 1980). Avant-gardiste à plusieurs égards, Masterson avait d'emblée intégré la théorie de l'attachement, le paradigme aujourd'hui dominant, malgré les critiques essuyées pour avoir ainsi dérogé aux conceptions et à la neutralité psychanalytiques de l'époque.

Masterson a fait quelques contributions originales d'une grande portée clinique. Le concept de « triade dynamique du trouble du Soi » nous explique pourquoi les tentatives d'autonomie, d'individuation et d'attachement entraînent l'émergence d'un syndrome anxio-dépressif spécifique, la « dépression d'abandon », qui à son tour mobilise les relations d'objet clivées et les défenses primitives interférant avec l'adaptation psychosociale. Sa découverte que les individus souffrant du trouble limite du DSM peuvent avoir différentes structures intrapsychiques a mené à l'élaboration de techniques d'intervention spécifiques et adaptées à chacune d'elles. Enfin, son élaboration de la structure narcissique à grandiosité inhibée (*closet narcissist*), qui est absente du DSM, permet de s'ajuster aux enjeux fondamentaux d'une importante portion de la clientèle[1].

Le modèle psychoneurobiologique de Schore (2003), à la fine pointe du domaine, apporte une validation théorique à plusieurs des idées originales de Masterson, notamment à sa théorie de l'arrêt de développement à la phase de séparation-individuation et du développement d'un mode défensif dissociatif, l'enfant étant incapable de soutenir les affects induits par les interactions traumatisantes avec la figure d'attachement. Son concept de dépression d'abandon correspond à l'hyperexcitation de la branche sympathique du système nerveux autonome décrite par Schore comme caractéristique des pathologies préoedipiennes du Soi. L'hypothèse de l'intériorisation de relations d'objet pathologiques est appuyée par la démonstration que les traumatismes d'attachement sont incorporés dans la mémoire autobiographique à long terme. Enfin, le modèle psychoneurobiologique valide un paramètre essentiel de la relation thérapeutique selon Masterson, l'importance de la gestion du contre-transfert par identification projective. Les deux auteurs ont décrit comment les passages à l'acte contre-transférentiels réinstaurent et alimentent involontairement les défenses primitives du client.

_INDICATEURS D'EFFICACITÉ DE L'APPROCHE MASTERSON

Nous avons observé les indicateurs d'efficacité de la psychothérapie individuelle de Masterson. Pour les troubles sévères, on peut viser la rémission de la suicidalité chronique, la diminution et l'éventuelle disparition des conduites autodestructrices (gestes suicidaires, automutilation et autres gestes parasuicidaires, abus de substance, conduites compulsives) de même que la diminution de la fréquence des crises affectives et l'augmentation du niveau de stress psychosocial pouvant être toléré avant qu'elles ne se déclenchent. Au plan psychosocial, on peut s'attendre à une amélioration de l'employabilité. Pour les troubles de sévérité moyenne, l'adaptation psychosociale est moins détériorée au départ et les motifs de consultation concernent généralement la sphère des relations et l'humeur. Les indicateurs comprennent l'augmentation de l'affirmation de soi et de la capacité à négocier ses besoins affectifs, et des améliorations au plan de l'humeur anxio-dépressive et de la régulation narcissique. Le taux de rétention en thérapie peut être excellent lorsque l'ensemble des principes cliniques est appliqué.

Notre expérience de quinze ans avec l'approche Masterson à l'Institut Victoria, en psychothérapie comme dans les processus de supervision, les nombreux témoignages des clients de thérapie et des supervisés et finalement, deux premières études empiriques dont nous sommes à analyser les résultats, tout cela nous suggère que les principes fondamentaux originaux de Masterson méritent de survivre et de compter parmi les concepts heuristiques et les facteurs d'efficacité thérapeutiques reconnus pour le traitement des troubles de la personnalité. La prochaine étape que nous souhaitons réaliser est donc de mettre son modèle clinique à l'épreuve en développant un partenariat avec le milieu de la recherche.

_L'IMPORTANCE DES QUALITÉS PERSONNELLES ET DE LA FORMATION

Au-delà de l'application de techniques spécialisées et de la maîtrise intellectuelle d'une approche de thérapie, la maturité et la stabilité émotionnelles du thérapeute sont une importante clef de l'efficacité de l'intervention. Nos observations concordent avec la recherche qui a montré, comme le résume Lecomte (2010), que les changements thérapeutiques s'expliquent davantage par la variabilité entre les thérapeutes que par les techniques et traitements utilisés. Les techniques d'intervention de toutes les approches mentionnées dans cet article s'appuient sur la capacité du thérapeute à appréhender la subjectivité du client avec profondeur et finesse. Il ne s'agit pas seulement de sélectionner la technique appropriée selon des critères théoriques ou rationnels, mais aussi d'être capable d'entrer en résonance empathique avec le monde interne du client. Or ces habiletés dépendent de la capacité du thérapeute à gérer son contre-transfert dans un contexte bien particulier. En effet, la transmission d'affects intenses par identification projective fait de l'interaction avec le client souffrant d'un trouble de la personnalité une situation anormalement stressante pour le psychisme du thérapeute le plus équilibré. Il faut également souligner que pour toutes les données probantes citées, les traitements étudiés impliquaient une formation et une supervision intensives pour les thérapeutes.

_CONCLUSION

En conclusion, on peut se réjouir du fait que plusieurs approches d'orientations théoriques diverses soient disponibles et prometteuses pour le traitement des troubles de la personnalité. Ces traitements requièrent toutefois un important investissement, tant au plan affectif pour le thérapeute qu'au plan de l'allocation des ressources pour les milieux. Par exemple, le travail avec cette clientèle pose un défi non négligeable de régulation du contre-transfert, et les traitements validés comprennent tous de la psychothérapie individuelle intensive.

_Note

1 *Le lecteur peut consulter les livres de Masterson présentés dans la bibliographie pour une description complète de l'approche du traitement, ou Bessette (2007) pour une synthèse vulgarisée en français.*

_Bibliographie

Champagne, A., Léveillée, S. Évaluation des affects, de la détresse et des capacités relationnelles de femmes en difficulté dans le cadre d'une intervention psychothérapique (en préparation).

Bateman, A., Fonagy, P. (1999). Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder : a randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1563-1569.

Bateman, A., Fonagy, P. (2001). Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization : an eighteen month follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 158, 36-42.

Bateman, A., Fonagy, P. (2009). Randomized controlled trial of outpatient mentalization treatment versus structured clinical management for borderline personality disorder. *The American Journal of Psychiatry*, 166(12), 1355-64

Bessette, M. (2007). L'Approche Masterson de la psychothérapie des troubles de la personnalité, Dans Labrosse, R., & Leclerc, C., *Trouble de personnalité limite et réadaptation : points de vue de différents acteurs*, Tome 1, Ressources : Québec.

Bessette, M., Habimana, E., Guillemette, F., Provost, M. L'Impact de la supervision de groupe sur la régulation du contre-transfert avec la clientèle présentant un trouble de la personnalité (en préparation).

Blennerhassett, R.C. & O'Raghallaigh, J.W. (2005). Dialectic behaviour therapy in the treatment of borderline personality disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 186 : 278-280.

Champagne, A., Léveillée, S. Évaluation des affects, de la détresse et des capacités relationnelles de femmes en difficulté dans le cadre d'une intervention psychothérapique (en préparation).

Clarkin, J.F., Levy, K.N., Lenzenweger, M.F., Kernberg, O. (2007). Evaluating three treatments for borderline personality disorder: a multiwave study. *The American Journal of Psychiatry*, 164(6), 922-928

Glesen-Bloo, J. & al. (2006). Outpatient psychotherapy for borderline personality disorder. Randomized trial of schema-focused therapy vs transference-focused psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 63, 649-658.

Lecomte, C. (2010). Comment améliorer son efficacité thérapeutique ? Cahier recherche et pratique, *Psychologie Québec*, Vol 1 (1), 7-9.

Lenzenwegwer, M. (2009). Epidemiology of Personality Disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 31 (3), 395-403.

Linehan, M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderliine personality disorder*. New York : The Guilford Press.

Lyons, M., Jerskey, B. (2002). Personality disorders: epidemiological findings, methods and concepts. *Textbook in Psychiatric Epidemiology*, Second Edition (Chap. 21): John Wiley and Sons Inc.

Masterson, J.F. & Lu Costello, J. (1980). *From borderline adolescent to functioning adult : the test of time*. New York : Brunner/Mazel.

Masterson, J.F. (2000). *The personality disorders: a new look at the developmental self and object relations approach*. Phoenix :Zeig, Tucker & Co.

Masterson, J.F. (2006). *The personality disorders through the lens of attachment theory and the neurobiologic development of the self*. Phoenix :Zeig, Tucker & Theisen.

Merikangas, K.R., Weissman, M.M. (1986). Epidemiology of DSM-III Axis II personality disorders. In A.J. Frances & R.E. Hales (Eds), *Psychiatry update : The American Psychiatric Association annual review* (Vol. 5). Washington, DC : American Psychiatric Press.

Reich, J., Yates, W., Nduaguba, M. (2005). Prevalence of DSM-III personality disorders in the community. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, Vol 24 (1), 12-16.

Schore, A.N. (2003). Affect regulation and the repair of the self. New York : W.W. Norton.

Zimmerman, M., Rothschild, L., Chelminski, I. (2005). The prevalence of DSM-IV personality disorders in psychiatric outpatients. *American Journal of Psychiatry*, 162: 1911-1918.

Séminaire

Les manipulateurs pathologiques :
Dépistage et interventions efficaces

Isabelle Nazare-Aga

Thérapeute cognitivo-comportementaliste, psychomotricienne

Diplômée à Paris depuis 1985, Madame Isabelle Nazare-Aga est thérapeute cognitivo-comportementaliste, psychomotricienne, sophrologue et praticienne en programmation neurolinguistique.

Elle travaille en pratique privée et elle est membre de l'Association Française de Thérapies Comportementale et Cognitive(AFTCC). Elle est l'auteure de plusieurs ouvrages, dont les deux best-sellers « Les manipulateurs sont parmi nous » et « Les manipulateurs et l'amour », traduits en 13 langues.

Jeudi 28 octobre et vendredi 29 octobre 2010

au CENTRE DES CONGRÈS PALACE

1717, boul. Le Corbusier

Laval, Qc

Séminaire présenté en français.

Frais d'inscription :
295 $ +TVH & GST (333.35 $).

Le prix comprend la conférence, le matériel pédagogique et les pauses santé.

Les dîners sont offerts sur place avec réservation.

Inscription et informations :

- **Sur le site web : www.aeapnb-nbapea.ca**
- **Au service de formation de la RRSA zone 4**
  - ☎ Par téléphone : 506 739-2375
  - ✉ Par courriel : Lynn.Young@rrs4.ca

Conception : A+ Design

Organisé par : Association en Éducation et Avancement Psychiatrique du Nouveau-Brunswick inc. (AEAPNB) www.aeapnb-nbapea.ca

Dr Pierre Cousineau / Psychologue

Pierre Cousineau pratique la psychothérapie depuis plus de 30 ans. Il a travaillé dans le réseau public de santé avant de consacrer ses activités à la pratique clinique en bureau privé. Il est aussi formateur et superviseur en psychothérapie. Il a supervisé la traduction française et a fait l'adaptation du livre *Je réinvente ma vie*, écrit par J. E. Young.

_La thérapie des schémas

Jeffrey Young a apporté des changements significatifs à l'approche cognitivo-comportementale pour tenter de mieux répondre aux enjeux que posent les patients présentant un trouble de la personnalité, particulièrement le trouble de la personnalité limite (TPL) ou borderline. Pour ce faire, il n'a jamais hésité à importer dans son modèle des concepts ou des techniques provenant d'autres écoles (théorie de l'attachement, techniques gestaltistes, neurosciences…). En ce sens, la thérapie des schémas constitue une véritable thérapie intégrative dont le souci fondamental demeure celui de l'efficacité (voir Young *et al.*, 2003).

Qu'est-ce que l'approche des schémas? Comme son nom l'indique, il y a le concept central de schéma. Voici la façon dont peut être défini un schéma : c'est une mémoire constituée de sensations corporelles, d'émotions, de cognitions, de tendances à l'action, et de souvenirs narratifs, ou du moins de narrations attribuées à notre histoire. Certains contextes favorisent l'activation d'un schéma. Un exemple? Jacques présente le schéma Punition. Lorsqu'il est en relation avec son patron, il craint constamment que ce dernier se fâche contre lui, l'apostrophe en pleine réunion ou le congédie parce qu'il a fait une erreur. Il pourra vous décrire les sensations corporelles désagréables éprouvées, le sentiment de peur, sinon de terreur, les discours intérieurs en boucle et l'envie de s'excuser, de demander pardon; il pourra aussi l'associer à des souvenirs de son enfance où son père violent le frappait à la moindre bévue.

Comme on a pu le constater dans l'exemple ci-haut, la réactivation des schémas est une expérience en général désagréable. Et qu'a tendance à faire l'être humain face à ce qui est désagréable? À figer, à fuir ou à lutter. Ce qui fait que les schémas sont souvent accompagnés de patrons stratégiques mémorisés depuis l'enfance. Plus un schéma est marqué (par exemple milieu familial d'origine dysfonctionnel), plus les stratégies auront tendance à être rigides et dysfonctionnelles. Jacques pourrait devenir paralysé, ne plus savoir quoi dire ou faire (figer), pourrait chercher à anesthésier ses malaises par la cocaïne (fuir), ou pourrait chercher à exceller afin de ne pas prêter le flanc à la punition (lutte). Les schémas et les patrons stratégiques qui les accompagnent correspondraient en gros à ce qu'on appelle « structure de la personnalité » dans d'autres modèles.

Mais comme tout n'est jamais simple avec le fonctionnement humain, Young a eu besoin d'un autre concept pour composer avec cette complexité, c'est ce qu'il a appelé les « modes » (*schema modes*). Les modes incorporent les schémas dans une unité conceptuelle plus vaste. L'idée lui est venue de sa pratique avec les patients borderline. Une de leurs caractéristiques est ce passage rapide d'un état subjectif à un autre : par exemple de la colère contre autrui à la haine de soi, ou encore de la détresse à un détachement affectif. Chacun de ces états constitue un mode. Un mode est l'état subjectif qui domine l'espace psychologique d'un individu dans l'ici et maintenant. Jacques, qui est figé, paralysé, est en mode Enfant Vulnérable (en contact avec sa peur); sous l'effet de la cocaïne, il est en mode Protecteur Détaché (l'excitation prend la place de la peur); dans sa quête de l'excellence, il est en mode Compensateur (tendu, sous pression, cherchant à éviter l'erreur). Le plus souvent, on retrouve des schémas et des styles d'adaptation à l'intérieur des modes : lorsqu'un schéma ou un style d'adaptation est activé, il est accompagné de cet état affectif singulier qui va définir le mode.

Young a aussi identifié deux modes fonctionnels. La thérapie vise à donner plus d'espace à ces modes en favorisant un équilibre optimal entre les besoins psychologiques fondamentaux de la personne et la possibilité (mode Enfant Heureux), ou la capacité (mode Adulte Sain), d'y trouver des réponses dans la réalité. Jacques pourrait ainsi se sentir soutenu, appuyé par le thérapeute dans une démarche l'aidant à mieux composer avec sa peur et lui permettant de développer des comportements d'autodéfense et d'affirmation face à des personnes irrespectueuses ou abusives, ou encore à ne pas rester inutilement dans ce type de relations.

La thérapie des schémas est une approche dimensionnelle. Son application ne se limite pas à certains types de personnalité ou de symptômes. Alors qu'est-ce qui, selon cette approche, caractérise les patients que l'on décrit sous l'expression « trouble de la personnalité » (DSM)? Je pense qu'une façon pertinente de décrire un trouble de la personnalité selon le modèle des schémas est l'importance et l'intensité des schémas liés aux enjeux d'attachement et de validation (Abandon, Carence affective, Méfiance/Abus et Imperfection), d'une part, et la très grande rigidité des stratégies dysfonctionnelles pour composer avec eux, d'autre part. Cela fait d'eux des personnes dont la flexibilité psychologique est significativement limitée.

Les objectifs de la thérapie des schémas avec les troubles de la personnalité peuvent être décrits assez simplement. Il s'agit de favoriser le développement d'une capacité à trouver les réponses optimales à ses besoins psychologiques : attachement et acceptation, autonomie et maîtrise, limites et autocontrôle, actualisation personnelle reposant sur ses intérêts. Les réponses à ces besoins reposent en général sur deux dimensions : la personne perçoit ceux-ci comme étant légitimes et elle a développé des stratégies fonctionnelles pour y répondre. C'est le mode Adulte Sain.

Comment favoriser cette croissance du mode Adulte Sain? Young a recours à quatre grandes familles d'intervention : le cognitif, le comportemental, l'expérientiel et la relation thérapeutique. Donnons maintenant un bref aperçu de ces quatre niveaux d'intervention à partir de notre expérience de thérapeute.

Dans la thérapie des schémas, l'intervention cognitive a pour fonction principale de créer une distance avec le schéma. Plus un schéma est prégnant, plus il nous apparaît vrai, l'exemple extrême étant le délire psychotique. Donc, pour travailler un schéma, il faut d'abord arriver à créer un espace entre celui-ci et les zones plus saines de l'individu (capacité de recadrage). Le niveau cognitif permet justement de comprendre qu'un schéma peut à la fois être ressenti comme vrai sans être fondé dans les faits, ce qui permet la contestation du schéma. Jacques pourrait ainsi réaliser que son appréhension d'être puni s'est très rarement concrétisée depuis son départ du milieu familial. Il pourra aussi évaluer le coût de consacrer une grande partie de son énergie à prévenir des événements qui n'arrivent que très rarement.

De façon générale, toutes les techniques cognitives classiques peuvent être utilisées pour contester la pertinence actuelle des schémas, mais certaines sont plus spécifiques de la thérapie des schémas (Chaloult *et al*., 2008).

Le plus souvent, j'utilise le niveau d'intervention comportementale à partir d'une fiche de Young que j'ai aménagée pour tenir compte du développement de la troisième vague en thérapie comportementale (Dionne *et al*., 2010; Cousineau, 2010). Dans cette fiche, l'objectif est d'arriver à un comportement différent de ceux que le schéma tend à nous faire adopter de façon automatique; comportements qui, par le passé, se sont révélés être à notre désavantage. La fiche fait appel à une technique de pleine conscience pour augmenter la tolérance à l'intensité affective du schéma et la tendance à l'action (fuite ou contrôle) qui l'accompagne. Cette pause réduira les comportements automatiques et ouvrira la porte à des choix plus éclairés quant aux comportements souhaités. Finalement, il s'agira de passer à l'action optimale dans le contexte du moment, et ce, quel que soit l'état subjectif associé au schéma. Cette action pourra avoir été précédée de divers apprentissages si le comportement visé ne fait pas déjà partie du répertoire de la personne.

Le troisième niveau d'intervention est expérientiel. Contrairement au niveau cognitif ou à toute intervention qui vise une distanciation du schéma, il s'agit ici de revivre, le plus souvent à travers l'imagerie mentale (une technique privilégiée chez Young), le plus intensément possible des scènes modèles associées à la création du schéma dans l'histoire de la personne. L'objectif n'est évidemment pas de changer l'histoire de la personne, on ne peut qu'ajouter à notre histoire, on ne peut rien en soustraire, mais plutôt de modifier les sentiments mémorisés et les conclusions sur soi qui en ont été tirées (par exemple : « je ne mérite pas le respect »). Si le sentiment de terreur qu'éprouvait Jacques face à son père pouvait se transformer en sentiment de colère et en mesures pour se protéger lors d'un exercice d'imagerie mentale, cela pourrait avoir un effet sur les conclusions qu'il en a tirées et sur les sentiments qu'il éprouve maintenant dans des situations associées. L'idée est de favoriser l'établissement d'un sentiment de légitimité personnelle qui servira d'ancrage à des actions pour répondre à ses besoins fondamentaux et à ses valeurs.

La dernière famille d'intervention est celle de la relation. Dans son travail avec les personnalités borderline, Young a remarqué leurs carences majeures en ce qui a trait à l'attachement, particulièrement. Il a alors choisi d'offrir ce qu'il qualifie de « reparentage limité ». L'investissement affectif du thérapeute en faveur de l'Enfant Vulnérable (mode métaphore pour cette mémoire de ce qui a manqué ou blessé durant la petite enfance principalement) devient une occasion d'expérience correctrice, une nouvelle mémoire qui servira de contrepoids éventuel aux mémoires d'abandon, de négligence, d'abus, etc. L'expression « reparentage limité » renvoie à deux dimensions. D'abord, celui-ci exige un investissement affectif du thérapeute qui dépasse une bienveillance neutre; le patient doit se sentir apprécié, aimé, encouragé, validé, etc. En même temps, cet investissement demeure limité à ce que peut offrir un thérapeute dans le cadre d'une relation thérapeutique, même s'il peut être flexible dans le cas de patients fortement carencés ou traumatisés.

_LA RECHERCHE

Les recherches les plus importantes sur le modèle de Young ont été réalisées par l'équipe d'Arnaud Arntz en Hollande sur le traitement en consultation externe de patients présentant un trouble de la personnalité borderline. Deux études (Giesen-Bloo *et al*., 2006; Nadort *et al*., 2009) arrivent à des résultats concluants : de 40 % à 50 % des patients ne répondent plus aux critères du trouble de la personnalité borderline et, globalement, près des 2/3 démontrent une amélioration significative. Malgré la durée du traitement (trois ans), les coûts financiers sociaux sont diminués.

Une première étude sur la thérapie des schémas en groupe par Farrell *et al*. (2009) arrive à des résultats spectaculaires. Des patientes borderline sont vues pour 30 sessions de 90 minutes sur 8 mois. Ce traitement est ajouté à un traitement individuel déjà en cours (traitement habituel). À la fin du traitement, 94 % des patientes traitées par la thérapie de groupe des schémas ne répondent plus aux critères du trouble de la personnalité limite, contre 16 % dans le cas de celles qui n'ont suivi que la thérapie individuelle. Plusieurs projets sont en cours dans le monde pour reprendre cette étude prometteuse.

On peut retrouver sur le site de l'ISST un regroupement des recherches qui ont été réalisées sur la thérapie des schémas (www.isst-online.com).

_Bibliographie

Chaloult, L, Ngo, T., Goulet, J. & Cousineau, P. (2008). La thérapie cognitivo-comportementale: Théorie et pratique. Montréal: Gaëtan Morin.

Cousineau, P. (2010). Un thérapeute des schémas qui a croisé l'ACT. Le Magazine ACT, Hors-série no 3, 5-7 (www.lemagazineact.fr).

Dionne, F., Blais, M-C., Boisvert, J-M., Beaudry, M., & Cousineau, P. (2010). Optimiser les interventions comportementales et cognitives avec les innovations de la troisième vague. *Revue Francophone de Clinique Comportementale et Cognitive*, Vol. XV – no 1, 1-15.

Farrell, J.M., Shaw, I.A., & Webber, M.A. (2009). A schema-focused approach to group psychotherapy for outpatients with borderline personality disorder: A randomized controlled trial. Journal of *Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 40, 317-328.

Giesen-Bloo, J., van Dyck, R., Spinhoven, P., van Tilburg, W., Dirksen, C., van Asselt, T., Kremers, I., Nadort, M. & Arntz, A. (2006) Outpatien psychotherapy for borderline personality disorder°: randomized trial of Schema-focused therapy vs Transference-focused psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 63, 649-658.

Nadort, M., Arntz, A., Smit, J.H., Giesen-Bloo, J., Eikelenboom, M., Spinhoven, P., van Asselt, T., Wending, M., & van Dyck, R. (2009). Implementation of outpatient schema therapy for borderline personality disorder with versus without crisis support by the therapist outside office hours: A randomized trial. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 961-973.

Young, J.E., Klosko, J.S. & Weishaar, M.E. (2003). *La thérapie des schémas: approche cognitive des troubles de la personnalité*. Bruxelles : De Boeck (2005).

_Activités régionales et des regroupements

_LE REGROUPEMENT DES PSYCHOLOGUES EN PAE

Le 17 septembre 2010, de 8 h 30 à midi, **le Regroupement des psychologues en PAE** (RPPAE) invite tous ses membres à une conférence de Madame Pascale Lemaire, psychologue et coach, et ayant comme thème *À la découverte du coaching*. Cette conférence sera précédée d'un déjeuner-causerie et sera suivie par l'Assemblée générale du RPPAE.

Puis, le 26 novembre 2010, de 8 h 30 à 16 h, le RPPAE organise une journée de formation ayant comme thème *De la résilience à l'attachement : intérêts et limites de ces deux concepts* et qui sera animée par le Dr Michel Lemay, pédo-psychiatre au Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine.

Pour plus de renseignements ou pour vous inscrire à ces activités, consultez le site Web du regroupement au http://rppae.ca.

_ACTIVITÉS DE FORMATION DU REGROUPEMENT DES PSYCHOLOGUES CLINICIENS ET CLINICIENNES DE QUÉBEC

Le vendredi 24 septembre 2010, le Regroupement des psychologues cliniciens et cliniciennes de Québec (RPCCQ) invite tous les psychologues, membres et non-membres, à une formation ayant comme thème *La psychothérapie focalisée sur le transfert des troubles de la personnalité*. Cette formation sera donnée par Dr Louis Diguer, psychologue.

Aussi, le 26 novembre prochain, le RPCCQ organise une autre formation, cette fois portant sur la Thérapie cognitivo-comportementale de l'insomnie. Les formateurs seront Charles Morin, Ph.D., et Lynda Bélanger, Ph.D., de l'École de psychologie de l'Université Laval.

Pour plus de renseignements ou pour vous inscrire à l'une ou l'autre de ces activités, consultez le site Web du RPCCQ au www.rpccq.net.

_Colloques et congrès

Colloque sur les impacts du sommeil sur la santé mentale des jeunes : Pour des têtes en santé.

Organisé par La fondation Les petits trésors de l'Hôpital Rivière-des-Prairies. Le 7 octobre 2010, à Montréal. Renseignements : hmailhot@petitstresors.ca.

Colloque L'anxiété et la dépression : une mise à jour sur le traitement.

Organisé par le Département de Psychiatrie de l'Université McGill et l'Institut Universitaire en santé mentale Douglas. Les 21 et 22 octobre 2010, à Montréal. Renseignements : event.acad@douglas.mcgill.ca.

Congrès de l'Ordre des psychologues du Québec : Psychologue, une expertise qui s'impose.

Du 28 au 30 octobre 2010, à l'Hôtel Hilton de Québec. Consultez le programme complet et inscrivez-vous en ligne au www.ordrepsy.qc.ca.

26e rencontre annuelle de l'ISTSS : Traduction, collaboration et apprentissage mutuel.

Organisée par l'International Society for Traumatic Stress Studies, en collaboration avec la Société canadienne de psychologie et Anciens combattants Canada. Du 4 au 6 novembre 2010, à Montréal.

Renseignements : www.istss.org.

COURS DE DÉONTOLOGIE ET PROFESSIONNALISME

ORDRE DES PSYCHOLOGUES DU QUÉBEC

POUR QUI ?
Les psychologues et les candidats à l'admission.

POURQUOI ?
Réfléchir sur plusieurs situations impliquant une prise de décision éthique susceptibles de se présenter dans le cadre d'une pratique professionnelle telles que : la confidentialité; les conflits d'intérêts; la dangerosité; les tribunaux.

QUAND ?
Le cours requiert la présence des participants à **deux journées** complètes de formation **de 9 h à 16 h 30.**

À MONTRÉAL

- **15 octobre et 12 novembre 2010**
- **21 janvier et 18 février 2011**

À QUÉBEC

- **10 septembre et 8 octobre 2010**

COMBIEN ? 282,19 $ (taxes incluses)

LA FORMATRICE : Élyse Michon, psychologue

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

_Tableau des membres

_NOUVEAUX MEMBRES

Brunelle, Caroline
Clément, Francis
Comeau, Suzanne
Couture, Stéphanie
Denoncourt, Julie
Dolar, Cédric
Drannikow, Alejandra
Labelle, Michèle
Lacelle, Céline
Perrault, Roxanne

_RETRAITS POUR RAISONS ADMINISTRATIVES

Allard, Monique
Beaulieu, Catherine
Beaulieu, Geneviève
Bédard, Michel
Bellefeuille, Anne
Black, Manuel
Bolduc, Paul
Boudreault, Normand
Boulet, Marie-France
Bourassa, Louise
Bourdages, Cécile
Camirand, Julie
Carroll, Chantal
Charbonneau, Lucie
Chartrand, Marie-Hélène
Chénier, Jacques
Côté, Micheline
Côté, Denise
Engelsmann, Frantisek
Fournier, Louise
Frank, Ilana
Galarneau, Madeleine
Gaulin, Lily
Geoffroy, Marie-Claude
Giasson, Marielle
Girard, Alain
Laflamme, Rock
Lavers, Robert A.
Lavoie, Chantale
Lawrence, Beatrice Dorothy
Leclerc, Lucette S.
Lefebvre, Bruno
Lehoux, Colette
Lemoine, Jean-Pierre
Léveillée, Paul-André
Lévesque, Roger
Longpré, Francine
Lussier, Isabelle
Mallette, Louise
Martin, Andrea
Melanson, Diane
Monette, Rolande
Mongeau, Jean-Claude
Moreau, Jacques
Moreau, Philippe
Moreno, Martha E.
Morinière, Charlotte
Niles, Cécile
Perron, Raymond
Phaneuf, Anne
Prémont, Nicole
Proulx, Michel
Reisler, Steven
Renaud, Dominique
Rollin, Audrey
Saelen, Cécile
Sansregret, Carmen
Trudelle, Lisette
Van Bunnen, Micheline
Vézina, Lucie

_DÉCÈS

Trottier, Michel

_Petites annonces

_À LOUER/À PARTAGER

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

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

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

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

Montréal – Bureaux à louer, à côté du métro Henri-Bourassa, Ahuntsic. Idéal pour psychologues, médecins ou autres thérapeutes. Édifice impeccable, bien entretenu, sécuritaire. Bureaux fraichement repeints, éclairage halogène, salle d'attente, toilettes rénovées aux étages. Électricité, chauffage et air climatisé inclus. Communiquez avec nous au 514 381-0003.

Bureau à partager dans le Vieux-Lévis. Avenue Bégin, bâtiment patrimonial avec d'autres bureaux professionnels. Beaucoup de disponibilités. 418 884-4101, luc.beaudoin.psychologue@bell.net.

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

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

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

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

Gatineau (Hull central) – Bureau insonorisé à louer. Tout inclus : téléphone, Internet, stationnement. Communiquez avec Lucie : 819 205-2510, poste 202.

Québec – Bureau à partager. Au 425, René-Lévesque Ouest. Meublé, calme, climatisé. Facilité d'accès par autobus, stationnement à proximité. 418 681-3514, poste 222.

Bureau à louer au Centre de psychologie Newman, sur le boul. Newman à LaSalle. Pratique privée. Édifice récent, climatisé, insonorisé, ensoleillé, spacieux (244 pi2), lavabo, panneau réclame près du trottoir et site web (www.centredepsychologienewman.ca), bien situé, stationnement. Déjà psychologues. Yvette Larose : 514 595-7799.

Québec – Boul. Lebourgneuf (Mesnil). Bureaux pour professionnels à louer (à l'heure, temps partiel/plein). Nouvellement décorés/meublés, salle d'attente, stationnement, accès autobus. Hélène Huard : 418 683-1201.

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

Bureaux à louer – Boul. Saint-Joseph Est, à Montréal. Métro Laurier, calme, grandeurs diverses, dont 13,5 pieds X 24 pieds. Annie Boucher au 514 522-4535 ou à boucher.annie@ccpeweb.ca.

Métro Jean-Talon – Suite privée à partager avec psychologue psychodynamique. Grand, bureau ensoleillé, salle d'attente, cuisinette, air climatisé. Libre 3 soirs et une journée. 514 771-5012.

Laval – Bureau 10' X 11' à partager avec psychothérapeute. 3 jours sont disponibles. Renseignements : 514 895-1585.

Centre-ville – Grand bureau style loft, beaucoup de lumière, bois franc, cachet, salle d'attente, électricité, chauffage, ménage inclus. Marc Pistorio : 514 396-5051, marc.pistorio@bellnet.ca.

Bail à transférer – Seaforth Medical Building (métro Guy). Beau bureau au centre-ville, 384 pi2, belle vue, insonorisé, salle d'attente, entreposage. / Beautiful downtown semi-furnished office, 384 square feet, great view, sound-proof, waiting room, storage. Anglophone clientele, possible referrals. On same floor as a G.P. and a psychiatrist. 514 935-5111.

Bureau à louer – Côte-des-Neiges et Queen-Mary. Spacieux, ensoleillé, insonorisé, meublé. Location la journée ou le soir. Renseignements : rosemaryfeltham@hotmail.com ou au 514 739-2872.

Bureau à partager à Beaconsfield. Spacieux, belle fenestration, ensoleillé, climatisé, lavabo, salle d'attente. À l'angle du boulevard Saint-Charles et la 20. 514 694-1777.

Bureau à LaSalle – Récemment aménagé, climatisé, dans un centre médical. Location par bloc mensuel ou à l'heure. Renseignements : Mélanie Gagnon au 514 366-2553.

Montréal – Bureau à louer. Garnier/Bélanger. À la journée : mardi (jour), jeudi et vendredi (jour et soir). Lieu chaleureux, bien aménagé, climatisé. Monique Madore : 514 272-8880

Westmount office – Near metro. Newly renovated, furnished, soundproof, phone and wireless internet. Two full days a week. Call: 514-781-3038.

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

Cherrier – Métro Sherbrooke. Bureaux insonorisés, climatisés et meublés. Internet, cuisinette, salle d'attente. Équipe de psychologues. Plusieurs modalités de location. Prix avantageux. 514 699-5081, 514 225-4835, info@masergerie.com.

À Longueuil – Beau bureau à louer, demi-temps, journée ou soirée. 9 X 13, rénové, meublé, plancher de bois franc, salle d'attente, cuisine, stationnement. Paisible et agréable, quelques autres psychologues présents. Possibilité d'utiliser une salle de thérapie pour enfants. Disponible en septembre 2010. 450 465-5311.

Un pas métro Sherbrooke – Beau bureau à louer rue Cherrier. Insonorisé, belle lumière, spacieux, salle d'attente. Lieu professionnel calme et accueillant. Prix compétitif. 514 481-5364.

À louer/partager – Québec. Chemin Sainte-Foy, près de Duplessis. Beaux bureaux, vue sur Laurentides. Tout inclus : stationnement, salle d'attente, cuisine, chauffage/climatisation. Possibilité de références. 418 651-8111.

Bureau à louer – Laval. Édifice médical centralisé et sécuritaire. Meublé, spacieux, belles fenêtres, salle d'attente et cuisinette équipée. Insonorisation supérieure et climatisation. Disponible le lundi et/ou vendredi, au bloc ou à la journée. Visitez notre site Web au http://allardcadieux.ca ou téléphonez au 450-663-7222.

Métro Jarry – Édifice professionnel. Bureau aménagé, sobre, insonorisé, climatisé, tout inclus, location en soirée. Mardi, mercredi, jeudi, vendredi disponibles. Prix compétitif. 514 382-2571, poste 26; brassardnathalie@sympatico.ca.

Cherrier – Métro Sherbrooke. Bureau à louer, blocs 2 ou 3 journées, meublé, cuisinette, salle d'attente, vue sur patio intérieur, calme. Renseignements : 514-806-8113 ou laurebran@gmail.com.

Boucherville – Bureau à sous-louer avec références. Climatisé, bien meublé, dans un centre professionnel à prix raisonnable et stationnement gratuit. 450 449-6660.

Bureau meublé pour pratique privée. Disponible tous les jours, à partir de 14 heures. Grand stationnement. Boulevard Taschereau, facile d'accès. Location à l'heure. 450 904-2144.

Métro Laurier – Vaste bureau ensoleillé, bel aménagement, très bien insonorisé. Très près du métro. Salle d'attente, cuisine. Lundi au vendredi, blocs et journées. 514 946-3112.

Blainville – Bureaux à louer. À l'heure ou par blocs. Bureaux rénovés, bonne fenestration, insonorisés; salle d'attente et cuisinette. Nouveau centre. Anne-Marie Bolduc, psychologue : 514-962-3311.

Bureau à sous-louer sur Laurier – Temps partiel. Chaleureux, environnement calme, salle d'attente, cuisinette, climatisé, situé à deux pas du métro Laurier. Marie Josée : 514 231-8479.

Adjacent Saint-Lambert, sur Victoria, à Greenfield Park. Beaux locaux lumineux, 502 et 1590 pi2, à louer dans centre professionnel logeant un département lié à la psychologie de l'Hôpital Charles-Lemoyne. Prix concurrentiel. Disponibles : janvier et avril 2011 respectivement. Immeuble très propre, près de tous les services, transport et commodités. 450 466-9510.

Bureaux chaleureux à louer – Plateau Mont-Royal. Rénovés, insonorisés, climatisés. Possibilités de location flexible, référence, supervision et réunions cliniques avec l'équipe dynamique. 514 678-5747.

Montréal – Très beau bureau à louer rue Girouard, près métro Villa-Maria, quartier NDG. Environ 2002, salle d'attente. Emmanuel Piché : 514 330-4259.

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.

Montréal – Métro Fabre. Bureaux à louer. Environnement professionnel. Décor moderne, climatisé, insonorisé, WI-FI. Plusieurs psychologues sur place. 514 892-4052.

_PSYCHOLOGUES RECHERCHÉ(E)S

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

Le Programme d'aide Montérégie est à la recherche d'un(e) psychologue désirant s'impliquer 4 ou 5 jours par semaine dans l'intervention clinique (clientèle adulte) et le développement des services psychologiques. Lieu de travail : Rive-Sud de Montréal (Saint-Hubert). Salaire et avantages sociaux équivalents à ce qui est en vigueur dans le réseau de la santé et des services sociaux. Pour plus de renseignements, visitez notre site Web : http://www.prog-aide.org/ et communiquez avec Marie Gendreau, coordonnatrice du PAM au 450 443-6373, poste 340.

Recherchons psychologues, minimum trois heures par semaine, à la Clinique communautaire de psychothérapie de Sainte-Thérèse. Enfance, adulte, couple ou famille. Pour renseignements ou C.V. : infoccp@bellnet.ca.

À Saint-Constant – Recherche une psychologue à temps partiel pour enfants et adultes. Références fournies. Communiquez avec Suzanne Bibeau au Psycho-Centre Roussillon : 450 633-0022.

Terrebonne (La Plaine). Recherchons une psychologue d'approche cognitive comportementale ou systémique pour clientèle adulte et/ou adolescents. Bureau chaleureux. Salle d'attente privée. Nombreuses références. 514 576-5975.

Bienvenue aux jeunes psychologues! Exigences : être membre de l'Ordre, francophones ou bilingues (français/anglais). Statut : travailleur autonome. Très bonnes conditions de travail. Renseignements : www.clinique-cmb.com.

Psychologue recherché(e), temps plein ou partiel, pour se joindre à une équipe bien implantée à Québec. Immeuble bien situé et chaleureux. Cuisine, salle de réunion, stationnement pour la clientèle, Internet, autobus à la porte. Clientèle enfant et adulte. Belle organisation, soutien administratif et clinique, service téléphonique, fax et photocopie; possibilité de clinique clé en main. Références continuelles. Vous pouvez participer à nos rencontres cliniques et avoir accès à une testothèque complète. Ambiance conviviale. Locaux confortables et lumineux, insonorisés et climatisés. Tarifs équitables. Communiquez avec M. François Lafond, direction de Réseau SAGESSE, au 418 656-0059.

Vaudreuil-Dorion et/ou Valleyfield, à quelques minutes du train de banlieue. Psychologues recherchés pour une nouvelle clinique qui ouvrira en septembre. Services multidisciplinaires, clientèles variées, approche cognitive comportementale un atout. Temps plein, temps partiel ou bloc d'heure. Supervision et références possibles. Renseignements : june.dube@bellnet.ca.

Boucherville – Pratique privée à temps partiel. Psychologues demandés avec possibilité de références. Équipe multidisciplinaire. Être bilingue serait un atout important. Clientèle variée : enfants, parents, adolescents, adultes, couples, famille. Téléphone : 450 449-3963. Télécopie : 450 449-0089. psydi@sympatico.ca

Psychologue recherché(e) pour pratique privée au sein d'une clinique de psychologie. Clientèle fournie ou non, bureau tout compris. Un jour par semaine ou plus en tant que travailleur autonome. C.V. et/ou renseignements : ericbeaulieu8@hotmail.com ou 6520, Beaubien Est, bureau 102, Montréal (Québec) H1M 1A9.

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

Clinique en expansion recherche cliniciens désirant travailler au sein d'une équipe de psychologues de diverses orientations thérapeutiques. Acheminez C.V. au cep@cepsychologie.com ou téléphonez au 514 678-5747.

_SERVICES OFFERTS

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

Supervision en expertise neuropsycho-légale. Par Claude Paquette, D.Ps., D.E.S.S. médecine d'expertise, membre de la SEEMLQ. 514 521-7871, cnlc@live.ca.

_FORMATIONS

8 et 9 octobre 2010 à Montréal – Atelier avancé en hypnose avec Yves Halfon, psychologue clinicien au CHU de Rouen (France), président de l'Institut Milton H. Erickson de Normandie. Hypnose et maternité et paternité; gestion de la douleur; l'hypnose dans un service d'obstétrique comme préparation à l'accouchement; la dissociation hypnotique-hypnose en situation d'urgence; le reparentage; la gestion du deuil; transe diagnostique et thérapeutique; hypnose et les troubles anxieux; la fibromyalgie, etc. Nombre d'inscriptions limité. Renseignements et inscription : Gaston Brosseau, psychologue, au 514 255-9958 ou à gastonbrosseau@gmail.com.

Programme de formation continue à la psychothérapie en santé mentale. Par Hélène Dymetryszyn, Ph.D., et Paule Delisle, Ph.D., en collaboration avec la Division de la psychologie de l'Hôpital général juif. Inscriptions pour les ateliers mensuels acceptées jusqu'au 24 septembre 2010. Pour une description détaillée : www.jgh.ca/psychologie. Renseignements : Mme Archambault : 514 340-8222, poste 5227.

_La recherche le dit

Vous avez, vous aussi, une recherche que vous aimeriez faire connaître à vos collègues? Écrivez-nous à *psyquebec@ordrepsy.qc.ca*.

Par Dre Cynthia Turcotte, psychologue au Centre hospitalier de l'Université de Montréal

_SENTIR LE MONDE ENTRE SES MAINS

Dans la revue *Science*, des chercheurs ont publié le résumé de plusieurs expérimentations concluant à l'influence du toucher sur les décisions. En effet, les sensations haptiques fortuites, sans lien avec la situation, contribueraient à échafauder dans certaines directions le jugement et la conceptualisation. « Haptique » désigne la science du toucher, par analogie avec « acoustique » ou « optique ». Des expressions telles que « la gravité de la situation », « le poids des mots » ou encore « des sujets légers » montrent qu'intuitivement les sensations de lourdeur seraient associées au fait de donner plus d'importance à une situation, contrairement aux sensations de légèreté. Une des deux expériences sur l'influence de la sensation de lourdeur impliquait 54 participants. La moitié d'entre eux tenaient une écritoire lourde (2041.2 g) et l'autre moitié, une écritoire légère (340.2 g) alors qu'ils évaluaient un candidat à l'emploi en révisant son curriculum vitae. Le candidat était jugé significativement plus sérieux pour l'emploi chez les évaluateurs utilisant l'écritoire lourde. Ces derniers rapportaient avoir été d'une précision plus importante dans leur évaluation que les évaluateurs dont l'écritoire était légère. Dans le même ordre d'idée, une deuxième expérience montrait que des personnes sondées (les hommes) répondant à une enquête sur une écritoire lourde (1559.2 g vs 453.6 g) disaient vouloir accorder plus de fonds du gouvernement pour une cause sociale. Deux autres expériences visaient plutôt à explorer l'influence des sensations de dureté et de mollesse. Dans l'une d'entre elles, 49 personnes ont été appelées à toucher à un morceau de couverture ou à un bloc de bois dur. Par la suite, ceux ayant touché au bloc de bois dur jugeaient un employé plus rigide et strict face à son employeur dans une description d'interaction qu'ils avaient lue, d'où l'expression « avoir le cœur dur ». D'autres expériences impliquant des sensations passives autres (par exemple impliquant des participants devant s'asseoir sur des chaises dures ou recouvertes d'un coussin) que des sensations actives des mains suggèrent que l'esprit haptique est sollicité par plusieurs expériences tactiles. Ces études ouvrent la porte à l'élaboration de « tactiques tactiles » de la part de négociateurs, de chercheurs d'emploi, de vendeurs ou d'évaluateurs afin d'influencer « dans leur sens » le jugement ou les décisions des gens.

Ackerman, J. M., Nocera, C. C. *et al.* (2010). Incidental haptic sensations influence social judgments and decisions. *Science*, 328(5986), 1712-1715.

_UN REMÈDE AUX RUMINATIONS

Des chercheurs italiens ont tenté de répondre à la question suivante : pourquoi après un événement émotif, certaines personnes ont tendance à plus ou moins ruminer ces émotions que d'autres? Les ruminations sont considérées par les chercheurs comme l'élaboration de stratégies émotionnelles visant à intégrer cognitivement ou à résoudre les expériences émotionnelles. Les ruminations sont des pensées intrusives, répétitives et involontaires ainsi que des images si difficiles à contrôler qu'elles peuvent interrompre les activités en cours. Une première étude a été menée auprès de 150 étudiants en psychologie de l'Université de Bali (en majorité des femmes, en moyenne âgées de 21 ans). Distribués au hasard en deux groupes après avoir répondu à un questionnaire évaluant l'intelligence émotionnelle, les étudiants devaient lire une liste de 20 événements positifs ou négatifs et choisir parmi ceux-ci un événement qui leur serait arrivé dans les trois derniers mois. Ensuite, chaque participant remplissait un questionnaire concernant les émotions ressenties et le processus de rumination qui en découlait. Une deuxième étude auprès de 88 autres étudiants de la même université a été réalisée. Ces étudiants sont recrutés et rencontrés dans une salle de classe. Un étudiant complice entre alors dans la classe en criant et en paniquant, créant des réactions parmi les participants. On leur demande ensuite d'écrire sur cet événement. Le lendemain et cinq mois plus tard, ils répondent à un questionnaire sur les ruminations concernant cet événement. Les résultats combinés de ces études soutiennent l'idée qu'on observe chez les personnes possédant un haut niveau de régulation émotionnelle une diminution des ruminations mentales, peu importe le moment et si l'événement comportait des émotions positives ou négatives.

Lanciano, T., Curci, A., & Zatton, E. (2010). Why do some people ruminate more or less than others? The role of Emotional Intelligence ability. *Europe's Journal of Psychology*, 2, 65-84.

_QU'EST-CE QUI MÈNE À LA SÉPARATION CONJUGALE?

Dans une étude, des chercheurs québécois ont tenté, pour la première fois, de comprendre le rôle modérateur des traits de personnalité des partenaires (névrotisme N, extraversion E, amabilité A, conscience C, ouverture aux expériences OE) sur la communication verbale et non verbale ainsi que sur la stabilité conjugale. L'étude a inclus 135 couples hétérosexuels et francophones du Québec (126 femmes et 116 hommes) qui provenaient d'une étude antérieure à laquelle 315 couples avaient participé (questionnaires et vidéos de 15 minutes illustrant une interaction durant la résolution de problème). Parmi ceux qui ont accepté de participer à nouveau un an plus tard, 82 couples étaient toujours intacts et 53 couples étaient séparés (8 femmes et 19 hommes de ces couples ont refusé de participer à l'étude). Les résultats indiquent entre autres qu'un niveau de N plus élevé chez l'homme favorise une relation positive entre les habiletés de résolution de problème (RP) de la femme et la stabilité du couple un an plus tard (si l'homme a plus de N lorsque la femme possède un haut niveau de RP, le couple serait plus stable). De plus, une plus grande E chez la femme est associée à une relation plus négative entre les habiletés de résolution de problèmes de l'homme et la stabilité du couple (si la femme a plus de E lorsque l'homme possède un haut niveau de RP, le couple serait moins stable). Les résultats montrent que plus de E chez la femme assurerait une plus grande stabilité du couple lorsque l'homme a tendance à se retirer de la communication. Aussi, plus de A chez l'homme influencerait négativement la stabilité du couple si la femme a tendance à se retirer de la communication. Ainsi, les habiletés de résolution de la femme pourraient compenser une tendance aux émotions négatives chez son conjoint. La femme extravertie semble privilégier ses solutions au détriment de celle de son conjoint qui, lui, privilégierait le compromis et influencerait négativement la survie du couple. De plus, un homme évitant et une femme introvertie risqueraient davantage de se séparer qu'un homme évitant avec une femme extravertie, ce qui serait plus complémentaire. Finalement, plus un homme est aimable, plus il aura de difficulté à rester dans un couple où sa conjointe se retire de la communication. Bref, plusieurs traits de personnalité auraient un effet modérateur sur la communication et la stabilité du couple.

Lazaridès, A., Bélanger, C., & Sabourin, S. (2010). Personality as moderator of the relationship between communication and couple stability. *Europe's Journal of Psychology*, 2, 11-31.

Réflexion diagnostique et processus thérapeutique: enfants et adultes

6 jours de formation pratique à la PGRO, intégrant les perspectives empirique, psychodynamique et neurodéveloppementale

Enfants et adolescents, avec Maria-Rosa Ferretti, M.Ps.

- ☑ Diagnostic multi-axial DSM, le 13 octobre 2010
- ☑ Diagnostic PDM, le 3 novembre 2010
- ☑ Études de cas, le 5 janvier 2011

Adultes, avec Line Girard, M.Ps.

- ☑ Diagnostic multi-axial DSM, le 14 octobre 2010
- ☑ Diagnostic PDM, le 4 novembre 2010
- ☑ Études de cas, le 6 janvier 2011

Inscription au choix, à la journée, 150 $ (plus taxes) par jour

Renseignements et inscriptions
(514) 481-4134. Courriel : administration@cigestalt.com

CIG
CENTRE D'INTÉGRATION GESTALTISTE

Psychologue en pratique privée?

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

La Capitale
assurances générales

Cabinet en assurance de dommages

1 800 644-0607

www.lacapitale.com