

# Psychologie

Le magazine de l'Ordre des psychologues du Québec

volume 31  
numéro 05  
septembre 14

QUÉBEC

## La procréation médicalement assistée, un dossier chaud et complexe

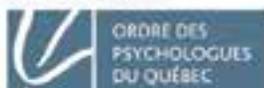


**Présentation des membres  
du conseil d'administration**

### **PERSPECTIVES**

**Les neuropsychologues et les commotions  
cérébrales dans le sport**

En partenariat avec



ASSURANCE VIE, SANTÉ ET VOYAGE



## Assurez-vous de profiter de la vie!

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

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

Appelez-nous pour de plus amples informations :

1 877 579-5585

[dpmm.ca/opq](http://dpmm.ca/opq)

**DPMM**



Dale Parizeau  
Morris Mackenzie

Cabinet de services financiers

# DOMINIQUE



## DOMINIQUE INTERACTIF

**Pourquoi** : pour évaluer les principaux troubles émotionnels et du comportement

**Pour qui** : les enfants de 6 à 11 ans

**Comment** : auto-administré, informatisé, multimédia, basé sur le DSM

**Avantage** : donne en 10-15 mn une image très exhaustive de l'univers de l'enfant

[www.dominic-interactive.com](http://www.dominic-interactive.com)

DÉMARRER



Chaque CD permet de choisir le sexe, le groupe ethnique et la langue:

- . caucasien
- . afro-américain
- . hispanique
- . asiatique
  
- . français
- . anglais
- . espagnol

Passations sur clé USB et internet



**Nous recyclons: clé USB retournée = 2 passations gratuites**

D.I.M.A.T INC / Téléphone : 1 866 540-9255 / Télécopieur : 514 482-0806 / email : [dominicinteractive@videotron.ca](mailto:dominicinteractive@videotron.ca)

## 24 La procréation médicalement assistée, un dossier chaud et complexe

### 26 Devenir parent en ayant recours à la procréation médicalement assistée

D<sup>rs</sup> Julie Achim et Raphaële Noël, psychologues

La période périnatale s'avère cruciale pour les parents en devenir compte tenu des importants remaniements psychologiques qui s'y opèrent, en raison de sa mise à l'épreuve du couple et de son impact sur la qualité de l'éventuelle relation parent-enfant.

### 29 Profils d'adaptation psychologique et conjugale des couples suivis en traitement de fertilité

D<sup>rs</sup> Katherine Péloquin et Audrey Brassard, psychologues, et Coralie Purcell-Lévesque, candidate au doctorat en psychologie

Il est important de bien évaluer les caractéristiques personnelles et l'adaptation propres à chaque individu, puisque ces différents profils d'adaptation, tant individuels que conjugaux, pourraient être liés à des symptômes de types et d'intensité variés en contexte d'infertilité.

### 34 Réflexions cliniques sur l'évaluation et l'intervention auprès des couples ayant recours à la procréation médicalement assistée

Susan Bermingham, psychologue clinicienne

L'onde de choc que provoque le diagnostic d'infertilité ainsi que les traitements, souvent longs, fastidieux, et toujours à recommencer, bouleversent le psychisme des femmes et des hommes. Le couple aura à prendre toute une série de décisions cruciales et souvent il se sentira submergé.

### 37 La consultation psychologique lors du recours à un don de gamètes

D<sup>re</sup> Marie-Alexia Allard et Danièle Tremblay, psychologues

La consultation psychologique représente une invitation à penser pour les couples bouleversés par l'annonce de leur infertilité et de la nécessité d'avoir recours à un tiers pour réaliser leur projet parental.

#### Dépôt légal

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

Envoi en poste publication,  
numéro de convention 40065731

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

## Psychologie

QUÉBEC

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

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

# sommaire

## 20

Portrait

**Reine Lebel,  
psychologue humanitaire**

Une rencontre avec une grande humaniste qui multiplie les missions à l'étranger depuis 17 ans pour disséminer la dignité aux populations éprouvées.



## 23

**Réservez  
votre place  
au congrès**

Choisissez parmi 31 ateliers de formation reconnus, des présentations de projets, des conférences et des activités de retrouvailles et de détente.

Réservez maintenant!

- 07\_ **Éditorial**  
**Le congrès 2014, une occasion de faire le point!**
- 09\_ **Secrétariat général**  
**Les obligations d'assurance responsabilité professionnelle**
- 11\_ **Déontologie**  
**Réagir avec assurance**
- 14\_ **Les membres du 38<sup>e</sup> conseil d'administration**
- 17\_ **Pratique professionnelle**  
**Mise à jour des Lignes directrices pour l'évaluation du retard mental**
- 41\_ **125<sup>e</sup> anniversaire du premier Congrès international de psychologie**
- 42\_ **Perspectives de psychologues**  
**Le rôle des neuropsychologues dans l'évaluation et la gestion des commotions cérébrales liées au sport**
- 45\_ **Vient de paraître**
- 47\_ **Activités régionales et des regroupements / Colloques et congrès**
- 48\_ **Petites annonces**
- 51\_ **Tableau des membres / Registre des psychothérapeutes**
- 54\_ **La recherche le dit**  
**Le somnambulisme**

Rédactrice en chef :: Diane Côté

Comité de rédaction ::

D<sup>r</sup> Nicolas Chevrier, psychologue

Pierre Desjardins, psychologue

D<sup>re</sup> Nathalie Girouard, psychologue

Rédaction :: Krystelle Larouche

Photos ::

Couverture :: Adrian Neal / The Image Bank/

Getty Images

Pages 14 et 15 :: Alexa Tymocko

Publicité :: Sana Achour

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

Télécopie :: 514 738-8838

Courriel :: [psyquebec@ordrepsy.qc.ca](mailto:psyquebec@ordrepsy.qc.ca)

Abonnements ::

Membres OPQ :: gratuit

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

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

Dates de tombée des annonces publicitaires :

Novembre 2014 : 15 septembre 2014

Janvier 2015 : 21 novembre 2014

Conception graphique et production ::

MichauDesign



ORDRE DES  
PSYCHOLOGUES  
DU QUÉBEC



## Des protections adaptées à vos besoins? C'est réglé.

### Des protections complètes

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

### Des économies avantageuses

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

\* Réduction exclusive aux membres de l'OPQ

---

L'assurance multirisque : une réponse parfaite à vos besoins

1 800 644-0607  
lacapitale.com

  
La Capitale  
Assurances générales

Cabinet en assurance de dommages



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

# Éditorial

## Le congrès 2014, une occasion de faire le point!

*Être psychologue est le thème de notre prochain congrès. Comme pour plusieurs d'entre vous, j'imagine, cela suscite chez moi autant de questions que de réponses. L'identité, on le sait, est en interface avec la réalité extérieure. Or la réalité de notre profession a été modifiée de manière importante par la loi 21, qui a déjà un peu plus de deux ans. Cela mérite sûrement que les psychologues se retrouvent entre eux et prennent le temps de faire le point. C'est pourquoi le congrès 2014 de l'Ordre leur sera réservé.*

Chaque nouveauté, même lorsque fortement souhaitée, exige une phase d'adaptation. Il y a parfois une différence importante entre ce qu'on avait imaginé et la réalité. L'implantation de la loi 21 n'y échappe pas. Après une certaine période d'expérimentation, il est bon d'échanger de manière à éliminer autant que possible les difficultés, voire les incompréhensions. Personne ne veut retourner au flou qui existait dans le passé. Cela ne nous empêche pas de ressentir le besoin d'éclairer les nouvelles avenues de notre réalité professionnelle. C'est par une bonne compréhension du présent qu'on peut le mieux dessiner notre futur. Notre profession a franchi un grand pas. Elle est loin d'avoir fini d'évoluer.

Le programme du congrès a été élaboré par un comité qui regroupe des psychologues de divers secteurs de pratique, tant du réseau public que privé. Nous avons voulu en faire un lieu de formation, d'inspiration et de réflexion. Les psychologues doivent poursuivre leur formation continue non seulement en psychothérapie, mais pour chacune des activités qu'ils pratiquent. Nous pouvons nous inspirer mutuellement dans le développement de nouveaux services ou dans l'adaptation de ceux-ci à de nouvelles réalités. Nous devons aussi réfléchir ensemble à ce que nous souhaitons pour l'avenir de notre profession. Le congrès d'octobre prochain nous permettra de participer à une grande réflexion sur la profession qui se tiendra sur des forums Web, mais aussi en salle lors des repas du midi. Ce sera une belle occasion pour l'Ordre de mieux comprendre comment se traduit l'implantation de la loi dans les différents milieux et le rôle que chacun peut jouer pour atteindre les objectifs véritables de la loi.

Si le principal mandat de l'Ordre est la protection du public, cela n'exclut sûrement pas de se préoccuper de l'identité professionnelle. Si des changements créent une zone d'instabilité sur ce plan, une réflexion s'impose. Celle-ci doit être collective, créative et porteuse d'occasions de développement. Il en va de notre satisfaction comme professionnels, ce qui n'est pas à négliger, mais surtout de l'ampleur des services que l'on peut rendre dans tous les milieux. Le public a besoin de l'ensemble de nos compétences. C'est ce qui justifie notre longue formation. Une bonne utilisation de nos ressources exige que celles-ci soient connues et reconnues. Je vous convie à une réflexion commune sur les manières d'y arriver.

Mettez immédiatement à vos agendas cet important rendez-vous. Au plaisir de vous y croiser pour échanger et de tenter de répondre à la grande question : que signifie, en 2014, être psychologue?

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





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

Documentation disponible  
en ligne ou sur demande

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

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

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

## ► NOUVELLE FORMATION

- **Troubles de la personnalité : atelier d'intégration des outils d'intervention**

**Montréal** 180 \$ (taxes incluses)  
12 mai 2015

## ► FORMATIONS 2014-2015

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

**Montréal** 335 \$ (taxes incluses)  
Groupe A les 27 et 28 novembre 2014  
Groupe B les 26 et 27 février 2015

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

**Montréal** 335 \$ (taxes incluses)  
les 29 et 30 janvier 2015

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

**Montréal** 335 \$ (taxes incluses)  
les 7 et 8 mai 2015

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

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

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

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

**Montréal** 335 \$ (taxes incluses)  
les 16 et 17 avril 2015

# Secrétariat général

## Assurance responsabilité professionnelle : les obligations des professionnels



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

Au Québec, le Code des professions exige que les professionnels qui exercent leur profession fournissent une garantie contre leur responsabilité professionnelle. Le Règlement sur l'assurance de la responsabilité professionnelle des membres de l'Ordre des psychologues du Québec prévoit qu'un psychologue ou un détenteur de permis de psychothérapeute non admissible à un ordre professionnel<sup>1</sup> doivent adhérer au contrat du régime collectif d'assurance de la responsabilité professionnelle conclu par l'Ordre, qui offre une garantie contre la responsabilité qu'ils peuvent encourir en raison des fautes ou négligences commises dans l'exercice de leur profession. Des exceptions s'appliquent, notamment lorsque le psychologue ou le détenteur de permis de psychothérapeute détiennent une assurance via leur employeur et qu'ils en fournissent la preuve. Cette obligation est imposée aux professionnels par le gouvernement du Québec afin de garantir au public la solvabilité de tous les professionnels québécois en cas de poursuites civiles en responsabilité professionnelle. Les garanties minimales exigées par l'Ordre sont de 1 000 000 \$ par sinistre et de 3 000 000 \$ par période de garantie.

### \_LES OBLIGATIONS DU PROFESSIONNEL

Qu'ils soient assurés via le programme d'assurance de l'Ordre ou via celui d'un employeur, le psychologue ou le détenteur de permis de psychothérapeute ont deux obligations : l'obligation de déclaration à l'assureur et l'obligation de divulgation à l'Ordre. La première est requise dans la plupart des contrats d'assurance et elle s'applique au programme d'assurance de l'Ordre. Il s'agit de l'obligation du psychologue de déclarer à l'assureur tout fait ou circonstance pouvant raisonnablement donner lieu à une réclamation. La seconde, qui est applicable en vertu du Code des professions depuis 2008-2009, est l'obligation du psychologue ou du détenteur de permis de psychothérapeute de divulguer à l'Ordre toute poursuite intentée contre eux et engageant leur responsabilité professionnelle.

### \_L'OBLIGATION DE DÉCLARATION À L'ASSUREUR

L'obligation de déclaration vise la relation entre le professionnel et l'assureur. Le psychologue ou le détenteur de permis de psychothérapeute doivent informer l'assureur par écrit dans les meilleurs délais aussitôt qu'ils ont connaissance qu'un client (ou un tiers) a manifesté l'intention de les poursuivre ou qu'il pourrait avoir l'intention de le faire. On qualifie cette déclaration de « déclaration

de sinistre ». Cette procédure est courante et simple et elle peut être adressée directement au courtier de l'Ordre<sup>2</sup>.

Une fois la déclaration de sinistre reçue, un dossier est ouvert chez l'assureur, qui prend alors fait et cause au nom du psychologue ou du détenteur de permis de psychothérapeute. L'omission de déclarer un sinistre peut entraîner la déchéance du droit de l'assuré à l'indemnisation.

Il importe aussi de savoir qu'en plus de leur déclaration écrite, le psychologue ou le détenteur de permis de psychothérapeute doivent fournir à l'assureur une copie de toute mise en demeure et de toute procédure qu'ils ont en leur possession en lien avec un litige. Ils doivent aussi autoriser l'assureur à obtenir tout autre document ou renseignement nécessaire et prêter leur concours à l'assureur en matière d'enquête, de règlement ou de défense.

### \_L'OBLIGATION DE DIVULGATION À L'ORDRE

L'obligation de divulgation vise la relation entre le professionnel et l'Ordre. L'article 62.2 du Code des professions prévoit que tout professionnel doit, selon les conditions et modalités déterminées par le conseil d'administration, informer l'ordre dont il est membre de toute réclamation formulée contre lui auprès de son assureur à l'égard de sa responsabilité professionnelle et de toute déclaration de sinistre qu'il formule auprès de son assureur à cet égard. Ceci s'applique aussi au détenteur de permis de psychothérapeute qui n'est pas admissible à un ordre professionnel. Le conseil d'administration de l'Ordre des psychologues a donc adopté une résolution qui exige que le professionnel avise par écrit le secrétaire général de l'Ordre au plus tard 10 jours après la signification d'une requête introductive d'instance en responsabilité professionnelle contre lui et qu'il lui en transmette copie. Cette disposition du Code permet à l'Ordre de connaître la nature des poursuites en responsabilité professionnelle qui sont intentées contre les psychologues. Dans certains cas, ceci pourrait s'avérer utile à l'Ordre, qui n'aurait autrement peut-être jamais été informé de la conduite préjudiciable d'un de ses membres à l'endroit de la clientèle. Ceci confère donc à l'Ordre un moyen supplémentaire d'assurer la protection du public, puisque lorsqu'une requête introductive d'instance est portée à son attention, le secrétaire général l'Ordre porte le dossier à l'attention du syndic, qui détermine les suites à donner.

### \_LA REQUÊTE INTRODUCTIVE D'INSTANCE

Il importe de souligner la distinction entre l'obligation de déclaration à l'assureur et l'obligation de divulgation à l'Ordre; la déclaration de sinistre à l'assureur n'entraîne pas nécessairement une obligation de divulgation à l'Ordre. En effet, la divulgation à l'Ordre n'est obligatoire qu'à partir du moment où une intention de poursuite a été signifiée au psychologue ou au détenteur de permis de psychothérapeute au moyen d'une « requête introductive d'instance ». La requête introductive d'instance est un

document légal déposé devant une instance judiciaire (p. ex. un juge de la Cour supérieure) qui précise les motifs de la poursuite et les montants de réclamation qui y sont associés. On comprendra qu'au cours d'une année toutes les déclarations de sinistre ne mènent pas à des requêtes introductives d'instance. En effet, les psychologues ont pris la bonne habitude de se conformer à l'obligation de déclaration à l'assureur et le font la plupart du temps de façon préventive, une pratique qui est encouragée par l'Ordre et par l'assureur. Le psychologue n'est donc pas tenu de divulguer un possible sinistre à l'Ordre. Il faut aussi savoir que lorsque le psychologue communique avec l'assureur, aucune information nominative n'est communiquée à l'Ordre par l'assureur au sujet des déclarations de sinistre.

C'est donc au psychologue que revient l'obligation de divulguer une telle information à l'Ordre, et ce, uniquement lorsqu'une poursuite est dûment engagée contre lui et que celle-ci a été signifiée par le biais d'une requête introductive d'instance telle que mentionnée précédemment. C'est seulement dans ce cas que l'Ordre est mis au courant de la situation.



## \_AUTRES INFORMATIONS GÉNÉRALES AU SUJET DE L'ASSURANCE RESPONSABILITÉ PROFESSIONNELLE

Nous profitons de cette chronique pour répondre à une question fréquemment posée au sujet de la police d'assurance responsabilité professionnelle en ce qui a trait à la distinction entre l'adhérent et l'assuré. « L'adhérent » est la personne qui souscrit au programme d'assurance, c'est-à-dire le psychologue ou le détenteur de permis de psychothérapeute qui souscrivent à ladite police d'assurance. « L'assuré », quant à lui, peut être l'adhérent lui-même, mais peut aussi être l'une des personnes suivantes qui exercent une fonction pour le compte de l'adhérent : un membre du personnel de l'adhérent (rémunéré ou non); un bénévole de l'adhérent; un étudiant sous la supervision de l'adhérent ou un candidat à l'admission au permis de l'Ordre par voie d'équivalence sous la supervision de l'adhérent.

Ainsi, dans le cadre de l'application du Règlement sur certaines activités professionnelles pouvant être exercées par des personnes autres que des psychologues et par des psychologues, entré en vigueur depuis l'adoption de la loi 21, l'étudiant en psychologie ou le candidat à l'admission par voie d'équivalence qui exercent des activités réservées sous la supervision d'un psychologue dans le cadre d'un emploi sont couverts par le biais de la police d'assurance responsabilité professionnelle de ce psychologue.

Est aussi considérée « assurée » : la société sous le nom de laquelle l'adhérent exerce (à l'exception d'une société en nom collectif à responsabilité limitée ou d'une société par actions, qui sont l'objet d'un contrat d'assurance responsabilité professionnelle distinct); l'adhérent qui a cessé d'exercer ou qui est décédé; l'ex-adhérent qui n'est plus membre de l'Ordre ou qui n'est plus détenteur d'un permis de psychothérapeute et la succession, les représentants légaux à qualités, les héritiers et les ayants droit de toute personne assurée en vertu de cette police.

## \_Notes

- 1 Afin d'alléger le texte, l'expression « détenteur de permis de psychothérapeute » utilisée plus loin dans cet article désigne toujours « détenteur de permis de psychothérapeute non admissible à un ordre professionnel ».
- 2 Bernard et Fabien, tél. : 514 748-7873.

# Déontologie

## Réagir avec assurance



Denis Houde / Psychologue

Conseiller à la déontologie

dhoude@ordrepsy.qc.ca

**Question :** Un client me consulte depuis plus d'un an pour la gestion de son stress au travail. Il y a un mois, son médecin lui signe un arrêt de travail pour une durée indéterminée pour cause de *burnout*. Je reçois une lettre de la compagnie d'assurances de mon client qui demande son dossier complet. La lettre stipule également que le client a autorisé la transmission de son dossier. Le client spécifie lors d'un entretien que son dossier doit être transmis à l'assureur dès la semaine prochaine, sinon ce dernier affirme que ses indemnités seront interrompues. Que dois-je faire?

Tout psychologue exerçant en pratique privée se trouve, un jour ou l'autre, confronté à ce type de situation. Pour y répondre, il doit avoir à l'esprit trois notions fondamentales :

- le droit au secret professionnel;
- le consentement libre et éclairé à toute prestation de services professionnels;
- l'accès et le consentement à la transmission de renseignements personnels confidentiels.

### \_LE DROIT AU SECRET PROFESSIONNEL

La Charte des droits et libertés de la personne est claire à ce sujet : le psychologue est responsable du secret professionnel. En apparence, ce droit au secret professionnel est en conflit avec la demande de la compagnie d'assurances. Le travail en psychothérapie a lieu depuis un an. L'invalidité existe depuis un mois. En plus d'un an, beaucoup de thèmes qui n'ont pas de lien avec la lésion professionnelle ont pu être abordés et explorés. Il est probable que des lésions antérieures et des troubles vécus à l'adolescence, qui n'ont aucun rapport avec la problématique actuelle, aient été abordés. Il est même possible que ce soit l'exploration en psychothérapie qui ait amené le client à exprimer plus clairement ses symptômes au médecin qui, dès lors, aurait compris que son patient souffre beaucoup plus qu'il ne le laissait croire depuis des années. Bref, tous ces thèmes témoignent d'un parcours antérieur à l'arrêt de travail. Parce qu'ils sont antérieurs, la compagnie d'assurances pourrait être tentée d'utiliser ces renseignements pour des motifs d'exclusion qui pourraient être préjudiciables à son client pour sa santé et sa sécurité financière. La modération et la prudence sont de mise dans la transmission de renseignements.

### **Article 9 de la Charte des droits et libertés de la personne du Québec**

« [...] Toute personne tenue par la loi au secret professionnel et tout prêtre ou autre ministre du culte ne peuvent, même en justice, divulguer les renseignements confidentiels qui leur ont été révélés en raison de leur état ou profession, à moins qu'ils n'y soient autorisés par celui qui leur a fait ces confidences ou par une disposition expresse de la loi. [...] »

### \_LE CONSENTEMENT LIBRE ET ÉCLAIRÉ

Considérant les éléments mentionnés précédemment, la question du consentement libre et éclairé devient centrale dans le traitement de la demande.

Tout d'abord, le client exprime qu'il a autorisé la transmission de son dossier, faute de quoi on lui a dit qu'il perdrait ses indemnités. Le psychologue entend donc que, du point de vue du client, il s'agit d'un consentement forcé et orienté par la menace de la perte du soutien financier. Cela est tout le contraire du consentement libre et éclairé. Avant de transmettre quelque renseignement que ce soit, le psychologue doit s'assurer que le consentement soit libre et éclairé. Ce qui veut dire qu'il importe de questionner le client afin de savoir si, sans contrainte financière, il transmettrait à cette compagnie d'assurances l'ensemble des renseignements contenus dans son dossier.

### **Articles 12 et 13 du Code de déontologie des psychologues du Québec**

« 12. Le psychologue prend les mesures raisonnables et nécessaires, y compris lorsque l'urgence a pris fin, pour s'assurer qu'un consentement est libre et éclairé en vérifiant si le client a bien compris les renseignements communiqués.

13. Le psychologue s'assure que le consentement demeure libre et éclairé pendant la durée de la relation professionnelle. »

### \_L'ACCÈS ET LE CONSENTEMENT À LA TRANSMISSION DE RENSEIGNEMENTS PERSONNELS CONFIDENTIELS

Il est prévu dans le Code de déontologie des psychologues du Québec que toute personne a le droit d'accès à son dossier<sup>1</sup>. On y précise que les modalités liées à la transmission de

**Vous avez un doute? Le bureau du syndic offre des consultations déontologiques aux membres de l'Ordre. N'hésitez pas à nous joindre par courriel à [syndic@ordrepsy.qc.ca](mailto:syndic@ordrepsy.qc.ca) ou par téléphone au 1 800 363-2644, poste 244.**



**Diane Dulude, Ph.D.** Spécialisée en relations, en famille, en TDAH, en concept de soi et en résilience, Mme Dulude collabore depuis plus de dix ans avec une équipe interdisciplinaire dans le traitement de jeunes avec un TDAH et d'autres problématiques psychologiques, relationnelles et affectives. Elle donne des ateliers de formation et elle a récemment publié un ouvrage qui s'intitule : «Le TDAH, une force à rééquilibrer» dans lequel elle nous fait part d'une nouvelle façon de penser le TDAH et où elle expose des pistes de solutions efficaces et novatrices.

**Le TDAH, une force à rééquilibrer\*** (6 heures)

**MONTRÉAL:** LUNDI, 24 NOVEMBRE 2014  
**QUÉBEC:** LUNDI, 4 MAI 2015

- Se familiariser avec les fondements théoriques, les avancées scientifiques et les observations cliniques ayant mené à l'approche novatrice du TDAH comme force à rééquilibrer.
- Mieux dégager les forces, les défis associés et les apprentissages à faire chez la personne affectée par cette problématique dans la perspective du TDAH comme force à rééquilibrer.
- Apprendre de nouvelles cibles d'intervention à investir selon l'approche novatrice proposée ainsi que leurs priorités d'action dans le plan d'intervention.
- Être mieux outillé quant aux balises du cadre relationnel devant constituer la trame de fond des interventions auprès des jeunes affectés du TDAH, de leur famille et des autres intervenants.



**Marie-Claude Guay, Ph.D.** Mme Guay est professeure de psychologie à l'UQAM et chercheure associée à l'Hôpital Rivière-des-Prairies et au Centre Jeunesse de Montréal-Institut universitaire. Ses travaux portent sur l'évaluation des troubles d'apprentissage et l'implantation de programmes d'intervention novateurs visant à réduire les difficultés d'adaptation des jeunes qui présentent un TDAH, des troubles de comportements et des troubles anxieux.

**MONTRÉAL:** LUNDI, 29 SEPTEMBRE 2014  
**QUÉBEC:** MARDI, 5 MAI 2015

**QUÉBEC:** LUNDI, 17 NOVEMBRE 2014  
**MONTRÉAL:** LUNDI, 20 AVRIL 2015

**Thérapie cognitive comportementale du trouble d'opposition avec provocation (TOP)\*** (6 heures)

- Connaître les principaux concepts théoriques de la TCC qui guident l'intervention auprès des jeunes qui ont des comportements d'opposition avec provocation (TOP).
- Développer des stratégies d'intervention qui visent à faire acquérir les comportements adéquats.
- Savoir utiliser les stratégies d'intervention qui visent à faire diminuer les comportements problématiques.
- Être mieux outillé pour intégrer les parents, les enseignants ou les autres intervenants dans le processus d'intervention.

**Évaluation des difficultés et des troubles d'apprentissage en mathématique chez les enfants et les adolescents** (6 heures)

- Connaître les avancées scientifiques et les modèles théoriques qui guident la démarche d'évaluation des difficultés d'apprentissage en mathématique.
- Connaître les principaux instruments de mesure utilisés pour évaluer les habiletés en mathématique.
- Analyses de cas visant une meilleure compréhension des profils cognitifs.
- Faire des recommandations adaptées aux difficultés identifiées.

**MONTRÉAL:** Hôtel Best Western, 1240 Rue Drummond (coin Ste-Catherine)  
**QUÉBEC:** Hôtel L'Oiselière, 165 A, Boul. Président Kennedy, Lévis, Québec

**FRAIS D'INSCRIPTION**

1 journée de formation: **200\$ + TX**  
2 journées de formation: **350\$ + TX**  
3 journées de formation: **500\$ + TX**

Pour obtenir un formulaire d'inscription, écrivez-nous au [centredepsychologiemcguay@gmail.com](mailto:centredepsychologiemcguay@gmail.com)

\*Une accréditation de 6 heures de formation continue est accordée par l'Ordre des Psychologues du Québec pour cette formation.

renseignements confidentiels doivent être définies avec le consentement du client<sup>2</sup>. Il est également spécifié que le psychologue, aux fins de préserver le secret professionnel, ne divulgue aucun renseignement sur son client à l'exception de ce qui a été autorisé formellement par celui-ci<sup>3</sup>. Les deux lois d'accès aux renseignements confidentiels définissent les mêmes droits. Finalement, il est spécifié à l'article 10 du Règlement sur la tenue des dossiers et des cabinets de consultation des psychologues que lorsqu'un client demande qu'une copie de son dossier soit transmise à un tiers, le psychologue ne peut transmettre ce renseignement que 15 jours après la date de signature d'un consentement à cet effet. Les dispositions de cet article s'appliquent bien dans la situation dont il est question. En fait, cette disposition donne le temps au psychologue de s'assurer que c'est bel et bien la volonté de son client. Précisons ici que le client peut toujours renoncer à ce délai pour que la demande soit traitée plus rapidement.

### Article 20 du Code de déontologie des psychologues

« Le psychologue permet, avec diligence et au plus tard dans les 30 jours de la réception d'une demande écrite à ce sujet, à son client ou à toute personne qui dispose de l'autorisation de ce dernier, de prendre connaissance ou d'obtenir copie des documents qui le concernent dans tout dossier constitué à son sujet. [...] »

### \_DEUX SOLUTIONS

Une façon de résoudre l'équation consisterait à obtenir le consentement du client afin de communiquer avec l'assureur pour clarifier l'objectif de la demande d'information. Le psychologue pourrait alors produire soit un rapport, soit un résumé de dossier pertinent à la demande de la compagnie d'assurances. Le tout serait en accord avec le client. Évidemment, comme une telle production de rapport ou de résumé de dossier devient un acte professionnel, il serait important de savoir qui paierait pour la production de ce document.

Si personne ne veut payer pour cet acte professionnel, il serait possible d'accepter la demande du client d'autoriser la transmission des renseignements contenus dans son dossier dans l'esprit de l'article 10 du Règlement sur la tenue des dossiers et des cabinets de consultation des psychologues. Cependant, le psychologue pourrait s'appuyer sur le quatrième paragraphe de l'article 20 du Code de déontologie des psychologues, où il est spécifié que « le psychologue peut refuser momentanément l'accès à un renseignement contenu au dossier du client lorsque sa divulgation entraînerait un préjudice grave pour la santé du client ». Le psychologue devra estimer qu'une éventuelle perte de prestations pourrait entraîner son client dans une situation où les stressés psychosociaux seraient tels qu'elle pourrait aggraver son état de santé mentale au point de lui nuire. Dans ce cas, le psychologue informe le client des motifs de son refus, les inscrit au dossier et l'informe de ses recours. Pour transmettre le dossier, il prendra soin de caviarder les parties du dossier du client qui ne seraient pas pertinentes à la demande de la compagnie d'assurances avant de transmettre le document. Il est important de noter que la première solution est à privilégier afin que l'information porte moins à interprétation.

### \_Références

- 1 Article 20 du Code de déontologie des psychologues.
- 2 Article 11.3 du Code de déontologie des psychologues.
- 3 Article 15.1 du Code de déontologie des psychologues.

### \_Bibliographie

Charte des droits et libertés du Québec (chapitre C-12). Gouvernement du Québec. Éditeur officiel du Québec. Publications du Québec.

Code de déontologie des psychologues (L.R.Q., c. C-26, a. 87). Ordre des psychologues du Québec. Éditeur officiel du Québec. Publications du Québec.

Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels (chapitre A-2.1). Gouvernement du Québec. Éditeur officiel du Québec. Publications du Québec.

Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé (chapitre P-39.1). Gouvernement du Québec. Éditeur officiel du Québec. Publications du Québec.

Règlement sur la tenue des dossiers et des cabinets de consultation des psychologues (L.R.Q. C-26, r-221). Ordre des psychologues du Québec. Éditeur officiel du Québec. Publications du Québec.



**CAST**  
Canadian Association  
for Sandplay Therapy  
Association canadienne pour  
la thérapie par le jeu de sable

### FORMATION EN THÉRAPIE PAR LE JEU DE SABLE

La thérapie par le jeu de sable développée par Dora Kalff s'adresse aux adultes aussi bien qu'aux enfants. Elle donne une place dans la pratique à une expression non verbale qui permet aux patients, dans un espace transitionnel de jeu, d'élaborer les conflits intrapsychiques et interpersonnels qu'ils ont du mal à verbaliser. Les images intérieures émanant de l'inconscient viennent s'incarner dans le sable.

« Les mains peuvent élucider un mystère avec lequel l'intellect s'est débattu en vain » C.G. Jung

Formation de 100 heures, débutant en septembre 2014  
s'appuyant sur une théorisation rigoureuse intégrée à la pratique clinique,  
à la réflexion ainsi qu'à l'expérimentation personnelle.

\*activité de formation continue en psychothérapie reconnue par  
l'ordre des psychologues du Québec PRO0796-14 et PRO0797-14.\*

[www.jeudesable.ca](http://www.jeudesable.ca)  
[formation@amass.qc.ca](mailto:formation@amass.qc.ca)  
(514) 485-0354

# Les membres du conseil d'administration

Le conseil d'administration de l'Ordre compte, en plus de la présidente, 20 administrateurs psychologues représentant les différentes régions du Québec ainsi que 4 administrateurs représentants du public nommés par l'Office des professions. La durée du mandat à titre d'administrateur est de trois ans. Le poste d'administrateur pour la région de la Montérégie est présentement vacant.

## Le 39<sup>e</sup> comité exécutif



La présidente  
M<sup>me</sup> Rose-Marie Charest



Le vice-président  
M. Nicolas Chevrier



L'administratrice  
M<sup>me</sup> Hélène Vincent



L'administrateur  
M. Marcel Courtemanche



L'administrateur  
nommé par l'Office  
des professions  
Michel Guindon



ORDRE DES  
PSYCHOLOGUES  
DU QUÉBEC

## AVIS DE CONVOCATION

### ASSEMBLÉE GÉNÉRALE ANNUELLE DES MEMBRES DE L'ORDRE DES PSYCHOLOGUES DU QUÉBEC 2014

L'assemblée générale annuelle des membres de l'Ordre des psychologues du Québec se tiendra le jeudi 16 octobre 2014, à compter de 16 h 30, au Palais des Congrès de Montréal, Salle 519, 1001, place Jean-Paul-Riopelle, Montréal<sup>1</sup>.

#### Ordre du jour

- 1.- Ouverture de l'assemblée
- 2.- Présentation de l'ordre du jour
- 3.- Adoption du procès-verbal de l'AGA 2013
- 4.- Dépôt du rapport de l'élection 2014
- 5.- Présentation du 38<sup>e</sup> conseil d'administration et du 39<sup>e</sup> comité exécutif pour l'exercice 2014-2015
- 6.- Rapport de la présidente
- 7.- Présentation des états financiers 2013-2014
- 8.- Nomination des vérificateurs comptables
- 9.- Proposition d'augmentation de la cotisation annuelle de 27 \$
- 10.- Questions et recommandations de l'assemblée au conseil d'administration
- 11.- Levée de l'Assemblée

<sup>1</sup> L'assemblée générale se déroule dans le cadre du Congrès 2014 des psychologues et sera suivie d'un cocktail.

# Le 38<sup>e</sup> conseil d'administration

## Les administratrices et administrateurs élus



La présidente  
**Rose-Marie Charest**



Région – Bas-Saint-Laurent/Gaspésie/Côte-Nord  
**Myra Papillon**



Région – Saguenay–Lac-Saint-Jean  
**Réjean Simard**



Région – Québec/Chaudière-Appalaches  
**Charles Robitaille**



Région – Québec/Chaudière-Appalaches  
**Jean-Guy Rochefort**



Région – Québec/Chaudière-Appalaches  
**Bernard Tailleux**



Région – Mauricie/Centre-du-Québec  
**Frédéric Langlois**



Région – Estrie  
**Marie-Rose Grenier**



Région – Outaouais/Abitibi-Témiscamingue/Nord-du-Québec  
**Gilles Biron**



Région – Montréal  
**Simon Charbonneau**



Région – Montréal  
**Marcel Courtemanche**



Région – Montréal  
**Nicolas Chevrier**



Région – Montréal  
**Marie-Claude Guay**



Région – Montréal  
**Christine Grou**



Région – Montréal  
**Marie-Josée Lemieux**



Région – Montréal  
**Stéphanie Léonard**



Région – Montréal  
**Catherine P. Mulcair**



Région – Montréal  
**Camillo Zacchia**



Région – Lanaudière  
**Hélène Vincent**



Région – Laurentides  
**Raymond Fortin**

## Les administratrices et administrateurs nommés par l'Office des professions du Québec



**Denis Beaudoin**



**Michel Guindon**



**Ève Lavoie**



**Danielle Le May**

# PROGRAMMATION 2014-2015



Regroupement des psychologues  
cliniciens et cliniciennes de Québec

## FORCES ET SOUFFRANCES PSYCHIQUES DE L'ENFANT : INVITATION À REPENSER LE DÉVELOPPEMENT INFANTILE

Dr Michel Lemay, psychiatre

Vendredi 26 septembre 2014, de 9h00 à 16h30

## LE TRAITEMENT COGNITIF-COMPORTEMENTAL DU TROUBLE DE LA SOMATISATION

Dre Séverine Hervouet, psychologue

Dre Evelyne Trahan, psychologue

Vendredi 24 octobre 2014, de 9h00 à 16h30

## THÉRAPIE DE COUPLE

Dr François St Père, psychologue

Vendredi 14 et samedi 15 novembre 2014,  
de 9h00 à 16h30

## LES ENTRETIENS PRÉLIMINAIRES À LA PSYCHOTHÉRAPIE

André Renaud, psychologue

Vendredi 23 janvier 2015, de 9h00 à 16h30

## L'INTERVENTION EN CONTEXTE INDIVIDUEL, CONJUGAL ET FAMILIAL AUPRÈS D'ADULTES SOUFFRANT D'UN TROUBLE DE DÉFICIT D'ATTENTION AVEC OU SANS HYPERACTIVITÉ (TDAH)

Dr Martin Pearson, psychologue

Vendredi 6 mars 2015, de 9h00 à 16h30

## LA THÉRAPIE COGNITIVO-COMPORTEMENTALE DES TROUBLES ANXIEUX CHEZ LES JEUNES: ADAPTATION AUX CAS COMPLEXES

Dre Isabelle Denis, psychologue

Vendredi 20 mars 2015, de 9h00 à 16h30

## L'EXPÉRIENCE DE L'IMPUISSANCE DU PSYCHOTHÉRAPEUTE

Dr Conrad Lecomte, psychologue

Vendredi 24 avril 2015, de 9h00 à 16h30

## SÉMINAIRES D'INITIATION À LA PRATIQUE DE LA THÉRAPIE DES SCHÉMAS

Michel Giroux, psychologue

Quatre mercredis en soirée, de 19h00 à 21h15:

1 octobre et 26 novembre 2014; 21 janvier et 4 février 2015

---

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

---

Lieu des formations: Hôtel Classique,  
2815, boulevard Laurier, Québec, QC G1V 4H3

Prix: 125\$ par journée de formation  
(Pour les séminaires: 125\$ pour les quatre soirées)

Note: Taxes incluses, stationnement gratuit,  
pauses-café et repas du midi compris.

Hébergement: Hôtel Classique 1-800-463-1885  
(tarif préférentiel membres RPCCQ)

POUR PLUS D'INFORMATIONS ET INSCRIPTION EN LIGNE: → [rpccq.ca](http://rpccq.ca)

# Pratique professionnelle

## Mise à jour des *Lignes directrices pour l'évaluation du retard mental* – première partie



D<sup>re</sup> Nathalie Girouard / Psychologue

Conseillère à la qualité et au développement de la pratique

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

Depuis 2007, l'Ordre des psychologues met à la disposition de ses membres les *Lignes directrices pour l'évaluation du retard mental*<sup>1</sup>, ci-après *Lignes directrices*. Or, le DSM-5 a modifié les critères diagnostiques, ce qui oriente différemment le travail d'évaluation à faire pour conclure à sa présence et, de ce fait, rend nécessaire la mise à jour des *Lignes directrices*<sup>2</sup>. De plus, les dispositions de la loi 21 concernant le retard mental sont en vigueur depuis le 20 septembre 2012, dispositions qu'il faut prendre en compte, mais dont ne font pas état les *Lignes directrices*.

### LA RÉVISION DES LIGNES DIRECTRICES

Bien qu'un processus de révision complète des *Lignes directrices* permettrait d'enrichir le document, certaines sections de ce dernier sont toujours d'actualité. Ces sections, de même que celles qui doivent être modifiées, sont identifiées dans le tableau ci-contre. On y indique également dans le cadre de quelle chronique l'on vous fera part des changements.

Dans le cadre de cette première chronique, nous aborderons les principaux changements dont il faut tenir compte, soit ceux qui concernent spécifiquement les nouveaux critères diagnostiques requis pour procéder à l'évaluation de la déficience intellectuelle. Le retard global de développement, à titre de nouveau diagnostic, sera présenté dans une chronique « deuxième partie », tout comme l'impact de ces changements mis de l'avant par le DSM-5 sur les plans clinique et organisationnel. Comme la parution de l'édition française du DSM-5 n'est prévue qu'en juin 2015, nous invitons le lecteur à valider la terminologie ici utilisée lorsque cette édition sera disponible<sup>4</sup>.

### RETARD MENTAL / DÉFICIENCE INTELLECTUELLE

En 2006, l'on rapportait déjà que la terminologie utilisée pour désigner ce trouble suscitait débats et questionnements, comme en fait foi la section des *Lignes directrices* abordant cette question. Le DSM-5 remplace l'expression « retard mental » par l'expression « déficience intellectuelle »; s'arrimant ainsi avec l'American Association on Intellectual and Developmental Disability (AAIDD)<sup>5</sup>. Selon l'information disponible à ce sujet, l'AAIDD utilise « [...] l'expression déficience intellectuelle dans un sens semblable à celui utilisé dans le présent manuel<sup>6</sup> ». L'on suppose que ce changement est bien accueilli à la fois par les proches et le public en général, et par les professionnels et intervenants du réseau de la santé et de l'éducation, alors qu'ils utilisaient déjà depuis longtemps cette nouvelle expression. Le DSM-5 a également ajouté

IMPACTS DE LA LOI 21 ET DU DSM-5	
SECTIONS ET SOUS-SECTIONS	ACTIONS À POSER
Question de terminologie	Modifications (présentation dans le cadre de la présente chronique)
Considérations étiologiques	Mise à jour dont on ne fera pas état dans le cadre des chroniques et qui n'est pas essentielle à l'activité d'évaluation de la déficience intellectuelle : pour plus d'informations, consulter la 11 <sup>e</sup> édition du manuel de l'AAIDD <sup>3</sup>
DÉFINITION ET CRITÈRES DIAGNOSTIQUES	MODIFICATIONS
L'évaluation du retard mental	
• les compétences requises	Mise à jour pour tenir compte des dispositions de la loi 21 (présentation dans le cadre d'une chronique « deuxième partie »)
• retard global du développement ou retard mental : une alternative prudente	Mise à jour pour tenir compte des dispositions de la loi 21 et des critères du DSM-5 (présentation dans le cadre d'une chronique « deuxième partie »)
• le premier entretien dans le processus d'évaluation	Aucune modification
• les conditions optimales du cadre de l'évaluation	Aucune modification
• le choix des instruments de mesure	Aucune modification
• l'évaluation du fonctionnement intellectuel	Modifications (présentation dans le cadre de la présente chronique)
• l'évaluation du comportement adaptatif	Modifications (présentation dans le cadre de la présente chronique)
• l'historique de développement	Modifications en ce qui a trait à l'âge d'apparition (présentation dans le cadre de la présente chronique)
• l'entretien bilan	Aucune modification
RÉDACTION DU RAPPORT	AUCUNE MODIFICATION
L'après-diagnostic	
• les suites à donner	Impact sur la pratique (présentation dans le cadre de la présente chronique)
• le retard mental dans un contexte de troubles concomitants	Sous-section pouvant être bonifiée éventuellement, à déterminer

entre parenthèses l'expression « déficience intellectuelle développementale », le but étant de s'arrimer à la terminologie utilisée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), qui prévoit publier en 2015 la 11<sup>e</sup> version de son manuel (CIM 11). Notons toutefois que ces deux expressions sont considérées comme équivalentes.

## \_LA DÉFICIENCE INTELLECTUELLE ET LES TROUBLES NEURODÉVELOPPEMENTAUX

Le DSM-IV-TR classait le retard mental sur l'axe II. Avec la disparition du système multiaxial, la déficience intellectuelle est maintenant répertoriée dans la catégorie des troubles neurodéveloppementaux, laquelle inclut aussi les troubles de la communication et les troubles du spectre de l'autisme. La sous-catégorie déficience intellectuelle comprend par ailleurs la déficience intellectuelle non spécifiée de même qu'un nouveau trouble, soit le retard global de développement, dont nous parlerons plus amplement dans la chronique « deuxième partie ».

## \_DÉFINITION ET CRITÈRES DIAGNOSTIQUES

C'est dans cette section que se trouvent les changements les plus significatifs sur lesquels nous désirons attirer votre attention, puisque

le DSM-5 modifie les critères diagnostiques qui permettent de conclure à la présence de ce trouble<sup>7</sup>.

La déficience intellectuelle (déficience intellectuelle développementale) se définit comme suit :

« [...] est un trouble qui inclut un déficit intellectuel ainsi qu'un déficit touchant le fonctionnement adaptatif dans les domaines conceptuel, social et pratique, débutant pendant la période développementale<sup>8</sup>. »

Il est donc question de déficits sur les plans du fonctionnement intellectuel en général et du fonctionnement adaptatif, lequel doit prendre en considération l'âge, le sexe et les facteurs socio-culturels typiques de l'individu, lorsque comparé au fonctionnement de ses pairs. Ce diagnostic est basé sur une évaluation clinique qui doit entre autres comporter une évaluation des fonctions intellectuelles et adaptatives faite à partir de tests standardisés. Les trois critères suivants doivent être présents pour conclure à la présence de déficience intellectuelle.

## Recrutement d'experts



Le bureau du syndic est à la recherche de psychologues pouvant agir à titre d'expert dans ses enquêtes, tel qu'il est prévu à l'article 121.2 du *Code des professions*.

Le rapport de l'expert peut servir à soutenir et documenter une enquête, une conciliation ou être soumis en preuve, le cas échéant, devant le Conseil de discipline. Dans ce dernier cas, l'expert peut être appelé à témoigner.

Les critères d'accréditation d'un expert sont :

- Au moins 10 ans d'expérience pertinente, comprenant des activités d'enseignement et/ou des publications.
- Compétence et intégrité professionnelle reconnues par des pairs.

Les personnes recherchées doivent maîtriser les connaissances théoriques de pointe dans leur domaine d'intervention. La maîtrise d'outils d'évaluation utilisés dans le champ de pratique spécialisé constitue un atout.

L'expert doit aussi connaître les exigences déontologiques entourant l'intervention du psychologue.

Les personnes retenues doivent faire preuve de disponibilité pour répondre dans les délais fixés au mandat proposé. Les honoraires versés découlent d'une décision du Conseil d'administration de l'Ordre des psychologues et demeurent compétitifs avec le marché de l'expertise.

Les psychologues intéressés sont invités à soumettre leur candidature en faisant parvenir leur curriculum vitae, en y joignant une courte lettre explicative sur leur motivation avant le 15 octobre 2014, à l'adresse suivante :

**Bureau du syndic (Recrutement d'experts)**

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

Ou par courriel : [syndic@ordrepsy.qc.ca](mailto:syndic@ordrepsy.qc.ca)

**Pour information :**  
514 738-1881, poste 240  
ou pour l'extérieur :  
1 800 363-2644, poste 240

## Le premier critère : le fonctionnement intellectuel

A. Déficits des fonctions intellectuelles, comme le raisonnement, la résolution de problème, la planification, la pensée abstraite, le jugement, l'apprentissage scolaire, l'apprentissage par l'expérience, confirmés à la fois par des évaluations cliniques<sup>9</sup> et par des tests d'intelligence personnalisés et normalisés.

En ce qui concerne le déficit des fonctions intellectuelles, le DSM-5 spécifie notamment que les résultats de l'évaluation intellectuelle doivent se situer à deux écarts-types ou plus sous la moyenne de la population, y compris une marge d'erreur de la mesure, ce qui se traduit par un score se situant entre 65 et 75 (70 +/-5). On rappelle également l'importance du jugement clinique du psychologue dans l'interprétation des résultats des tests de quotient intellectuel (QI), puisque les tests d'intelligence ne sont qu'une approximation du fonctionnement conceptuel de la personne. On soutient l'importance de choisir des outils d'évaluation qui prennent en considération les facteurs socioculturels et la langue maternelle de la personne.

## Le deuxième critère : le fonctionnement adaptatif

B. Déficits du fonctionnement adaptatif qui se traduisent par le non-respect des normes développementales et socioculturelles entourant l'autonomie personnelle et la responsabilité sociale. En l'absence d'intervention continue, les déficits adaptatifs limitent le fonctionnement dans au moins un des secteurs d'activités de la vie quotidienne comme la communication, la participation sociale et l'autonomie, ainsi que dans de multiples environnements comme la maison, l'école, le lieu de travail et la sphère des loisirs.

Le critère B est quant à lui satisfait lorsqu'au moins un déficit est observé dans un des domaines adaptatifs suivants : conceptuel, social ou pratique. À l'aide d'un tableau indicatif, le DSM-5 illustre les degrés de sévérité pour lesdits domaines adaptatifs (p. 34-36). Le fonctionnement adaptatif dans un de ces domaines doit donc être suffisamment limité pour qu'une intervention continue soit nécessaire afin que la personne puisse fonctionner adéquatement dans un ou plusieurs types d'environnement (p. ex. école, travail, maison ou communauté). Pour satisfaire les critères de déficience intellectuelle, les déficits du fonctionnement adaptatif doivent être directement liés aux déficits intellectuels décrits au critère A. Il faut noter cependant que le DSM-5 ne donne pas de précision quant à ce point, de sorte qu'il faut exercer son jugement clinique pour conclure. Le fonctionnement adaptatif doit être également évalué à partir d'outils adaptés à la culture de l'individu et appropriés sur le plan psychométrique. On souligne de nouveau l'importance du jugement clinique dans l'interprétation des données obtenues, d'autant plus, ajouterions-nous, qu'il n'y a à peu près pas d'outils en français, standardisés au Québec, auxquels il est possible de recourir.

Un changement important est à noter; alors que le DSM-IV-TR établissait une classification par sous-type en fonction du QI – déficience légère, moyenne, sévère et profonde –, le DSM-5 établit que les degrés de sévérité de la déficience intellectuelle sont maintenant déterminés en fonction du fonctionnement adaptatif de la personne, ce qui demande également l'exercice du jugement

clinique, puisque peu de tests psychométriques permettent la correspondance avec les degrés de sévérité dont fait état le DSM-5. Notons qu'il est également possible d'ajouter des indicateurs spécifiques qui permettent d'enrichir la compréhension clinique de la personne, tels que : associée à une condition médicale (p. ex. épilepsie), une condition génétique (p. ex. syndrome X fragile) ou un facteur environnemental (p. ex. faible poids à la naissance).

## Le troisième critère : l'âge d'apparition

C. Apparition des déficits intellectuels et adaptatifs durant la période développementale.

Concernant le critère C, le DSM-5 stipule que l'apparition de ces déficits doit se situer durant l'enfance et l'adolescence. Les *Lignes directrices* rapportaient qu'au Québec l'âge d'apparition est fixé avant 18 ans. L'AAMR retenait également ce critère, tout comme le soutient l'AAIDD actuellement. Rappelons que le DSM-5 désire s'arrimer aux critères de l'OMS, dont la référence à la période développementale est également envisagée dans le processus de révision actuel. La notion de « période développementale », comme définie dans les *Lignes directrices*, correspond à la période de vie significative du développement de la personne. Elle peut par conséquent varier selon les normes sociales et culturelles de la personne. La question du point de césure pour statuer à quel moment se termine la période développementale demeure toutefois entière.

## LA DEUXIÈME PARTIE À VENIR

Dans le cadre de la chronique publiée en novembre prochain, nous ferons état du retard global de développement et discuterons des enjeux associés à l'application des nouveaux critères diagnostiques à la réalité clinique et organisationnelle des psychologues qui œuvrent dans certains milieux, comme celui de l'éducation. Des pistes de solutions seront ainsi proposées, à la lumière des informations dont nous disposons actuellement.

## Notes

- 1 Ordre des psychologues du Québec (2007). *Lignes directrices pour l'évaluation du retard mental*. Montréal, [www.ordrepsy.qc.ca/sn\_uploads/2007\_09\_Lignes\_directrices\_Evaluation\_retard\_mental.pdf].
- 2 Voir la chronique « Pratique professionnelle » qui faisait état des principaux changements liés au DSM-5 et de leurs impacts sur la pratique des psychologues : Desjardins, P. (2013). « Le DSM-5 et l'évaluation des troubles mentaux », *Psychologie Québec*, vol. 30, n° 6, p. 8 [www.ordrepsy.qc.ca/pdf/Psy\_Qc\_vol\_30\_no6\_Nov2013.pdf].
- 3 Schalock, R. L., Borthwick-Duffy, S., Bradley, V. J., Buntin, W. E. M., Coulter, D. L., Craig, E. M., Gomez, S. C., Lachapelle, Y., Luckasson, R., Reeve, A., Shogren, K. A., Snell, M. E., Spreat, S., Tassé, M. J., Thompson, J. R., Verdugo-Alonso, M. A., Wehmeyer, M. L., Yeager, M. H. (2011). *Déficience intellectuelle : définition, classification et systèmes de soutien* (11<sup>e</sup> éd.) [trad. sous la direction : D. Morin]. Trois-Rivières, Québec : Consortium national de recherche sur l'intégration sociale (Ouvrage original publié en 2011).
- 4 Plusieurs sections du texte correspondent à une traduction libre du DSM-5.
- 5 Anciennement l'American Association on Mental Retardation (AAMR).
- 6 DSM-5, p. 40.
- 7 Nous remercions le Dr Marc J. Tassé, Ph.D., directeur du département de psychologie et de psychiatrie du Nisonger Center, de nous avoir gracieusement permis d'utiliser sa traduction des critères diagnostiques qui a fait l'objet d'une présentation le 5 novembre 2013 au centre Abe Gold [www.goldlearningcentre.com/presentations/Marc\_Tasse\_Incidence\_du\_DSM-5\_sur\_le\_diagnostic.pdf].
- 8 DSM-5, p. 33.
- 9 Le DSM-5 utilise l'expression *clinical assessment*, ici traduite par *évaluation clinique*. Nous inférons qu'il réfère au processus d'observation et d'entretien avec le client; l'administration de tests psychométriques fait aussi partie du processus d'évaluation clinique.

# Portrait Reine Lebel, psychologue humanitaire : une indignée bienveillante

Cachemire, Irak, Afghanistan, République démocratique du Congo, République centrafricaine, Haïti... Pour plusieurs d'entre nous, ces pays évoquent les images dures captées aux bulletins de nouvelles à la télé. Pour Reine Lebel, ces lieux rappellent des visages, des histoires de souffrance, mais aussi de force personnelle. Cumulant les missions depuis 17 ans, pionnière des interventions humanitaires à caractère psychosocial, cette psychologue engagée se rend sur les territoires les plus hostiles de la planète dans l'espoir de disséminer quelques graines de dignité. Elle nous parle de sa plus récente mission en Guinée et de ce qui la pousse à intervenir au loin.

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

*Ils ne mouraient pas tous, mais tous étaient frappés.* Extraite d'une des célèbres fables de Jean de la Fontaine, cette phrase dépeint l'état des lieux visités par Reine Lebel. Virus, tsunamis, conflits armés; chaque drame laisse dans son sillage des populations éprouvées dont les besoins dépassent souvent l'entendement. « Il y aurait tant à faire. Il faut se concentrer sur notre mission première : le patient, sa famille et la communauté », médite celle qui fut une des premières psychologues à devenir membre de Médecins sans frontières (MSF).

Reine Lebel, qui estime avoir visité une quinzaine de pays dans le cadre de ses missions, admet que l'ampleur de la tâche lui a déjà causé des tourments. Accepter ses limites a été source d'apaisement. « L'humilité du court passage qu'on a sur terre m'aide à comprendre. L'important pour moi c'est de me rappeler que l'humanité continue de se transformer. Je suis de passage. Je ne peux pas prendre tout le poids de l'humanité sur mes épaules. C'est l'humanité entière qui doit prendre l'humanité sur ses épaules. »

## \_PSYCHOLOGIE SANS FRONTIÈRES

Ce n'est que dans les années 1990, après le génocide du Rwanda, que MSF s'est mis à intégrer le volet psychosocial aux missions. « Une fois que les gens sont décédés, ou traités, il y a la blessure psychologique à soigner, le tissu psychosocial à rapiécer », explique la spécialiste en intervention post-traumatique. Si les premiers psychologues ont dû faire leurs preuves au sein des missions médicales – certains voyant ce volet comme un luxe –, Reine Lebel perçoit aujourd'hui le fruit des efforts fournis et constate un intérêt public grandissant pour le rôle qu'elle et ses collègues jouent sur le terrain.

Collaboratrice de MSF – mais aussi de CARE Canada, CARE International et Santé Canada, entre autres – Reine Lebel s'occupe de sensibilisation des populations à risque, de formation des intervenants locaux, et elle prodigue un soutien psychologique aux malades et à leur famille, de même qu'un accompagnement des proches lors des décès.

Au printemps 2014, elle a passé un mois à Guéckédou, en Guinée, dans une région minée par des foyers d'infection d'Ebola. Contagieux et souvent mortel, l'Ebola se manifeste par des fièvres hémorragiques, des diarrhées et des vomissements, explique

Reine Lebel, qui, avec ses collègues médecins et hygiénistes, a travaillé à contenir l'épidémie. Un mois intense pour les intervenants de MSF : sept jours par semaine à travailler 12 heures par jour.

## \_RASSURER AVANT DE SOIGNER

Contrairement à ce que l'on pourrait penser, les équipes médicales humanitaires ne sont pas toujours accueillies à bras ouverts par les communautés touchées par l'Ebola. Des rumeurs courent. « Certains disent que nous ne ramenons pas les patients, que nous faisons des expériences sur eux et que c'est nous, les Blancs, qui avons propagé le virus, explique Reine Lebel, qui dit comprendre la méfiance. Il y a malheureusement eu tellement d'abus, de tricherie internationale – trafic de sang, d'enfants, d'organes. Leurs craintes sont légitimes. » Dans ce contexte, le travail de sensibilisation est primordial. « Avant, c'était sérieusement intrusif, décrit la psychologue en parlant des équipes médicales qui débarquaient avec leurs sirènes et leur attirail. Les gens prenaient panique, se sauvaient dans la brousse, et l'infection se propageait de plus en plus. »

Désormais, les choses se passent de manière plus graduelle, moins cow-boy, pour reprendre son expression. Les intervenants psychosociaux s'occupent d'effectuer des liens avec les leaders des communautés – chefs

La psychologue Reine Lebel prête pour visiter des patients dans le centre de traitement Ebola à Guéckédou, Guinée, avril 2014.



de villages, sages, guérisseurs traditionnels – et les invitent à venir voir comment le travail fonctionne au centre de traitement. « On ne peut pas soigner les gens sans la collaboration des villageois, insiste-t-elle. C'est à eux de nous guider dans le *comment faire*. Il faut discuter avec eux à chaque étape, leur demander leur avis. »

En arrivant dans un endroit, Reine Lebel cherche d'abord à trouver des intervenants du pays avec qui créer une synergie. « Ils sont mes guides pour comprendre la population et ce sont eux qui assureront la continuité des soins après notre départ. » Elle leur donne de la formation sur divers thèmes, comme l'écoute ou la manière d'annoncer les diagnostics aux patients. Il lui arrive aussi de s'adjoindre un patient guéri qui peut témoigner de son expérience auprès des familles, des malades et des communautés.

## LA RÉALITÉ SUR LE TERRAIN

À Guékédou, l'équipe médicale avait installé un centre de soins temporaire comprenant une tente d'isolation. « On prend le temps d'écouter les patients, les familles, ce qui facilite le travail des autres équipes de soins », décrit Reine Lebel. La relation d'aide s'effectue au gré des contacts et des besoins. « Le matin, on fait une tournée, on voit comment les patients ont passé la nuit, s'ils ont des besoins ou des préoccupations particuliers. Notre présence est entière. On peut les voir cinq à six fois par jour et on dispose d'un endroit privé pour discuter avec les familles. »

L'ambiance au centre de soins n'est pas aussi dramatique que ça peut paraître, assure Reine Lebel en faisant allusion aux images médiatiques fortes qui ne montrent que les intervenants habillés de lourds équipements de protection rappelant des scaphandres. « Je travaille en tenue civile », précise la psychologue, qui revêt parfois l'équipement en question pour rendre visite à des patients dépressifs ou mourants dans la tente d'isolation, comme le font aussi les familles des malades. Les patients mobiles sortent quant à eux de la zone sécurisée et peuvent ainsi discuter librement avec les intervenants psychosociaux.

## \_MISSION : ÉCOUTER, BICHONNER, REDONNER DE LA DIGNITÉ

« On est là pour prévenir les effets du stress post-traumatique et pour soutenir la résilience de la communauté et de la famille, dit la psychologue. Quand les membres de la famille sortent de la tente après avoir visité un être cher, on est là pour les écouter, les bichonner. C'est tout ce qu'on peut faire : offrir plus de dignité aux personnes qui doivent composer avec un virus aussi cruel et pour lequel la science n'a pas encore trouvé de solution. »

Reine Lebel s'emploie aussi à trouver des manières d'adapter les rituels funéraires qui, normalement, comprennent une séance de lavage et de préparation du corps par les proches. Or il faut savoir que c'est précisément au moment du décès que le risque de contamination s'accroît. « On a vu des groupes entiers décimés à la suite de rites funéraires », raconte Reine Lebel. Les familles doivent donc modifier leurs rituels en raison du danger. « C'est un deuil qui s'ajoute à celui de la perte de l'être cher », souligne la psychologue. Elle cherche à apaiser cette difficulté en adaptant les rites religieux pratiqués localement, comme trouver un linceul pour recouvrir le sac funéraire dans le cas des catholiques, par exemple.



Fatou est sortie du centre de traitement de l'ébola avec un diagnostic négatif. Une de ses sœurs est décédée au centre des suites de l'ébola. Sur la photo, Fatou et la psychologue Reine Lebel.

## \_VOCATION HÂTIVE

Reine Lebel est née à Québec et a grandi au sein d'une grande famille. Fille de médecin, elle a été exposée aux activités médicales dès son jeune âge. « Dans la maison, mon père faisait des accouchements, recevait ses patients, et il y avait des opérations d'amygdales le samedi. » La psychologue se souvient encore des moments passés à écouter les histoires des visiteurs. « Ça m'intriguait de voir ces femmes revenir accoucher chaque année, ou alors les mères célibataires qu'on cachait... Elles ont tellement souffert. C'est moi qui allais, avec mon père, porter les bébés dans les familles adoptives. » Quelque chose, à travers cette exposition précoce, l'a marquée. « Tu ne comprends pas tout ce qui se passe, mais tu es profondément touchée. »

Reine Lebel a choisi la psychologie en dépit des réticences de son père, qui la voyait plutôt suivre ses traces. « C'était comme ça, à l'époque », concède-t-elle. Dès que MSF a vu le jour en 1971, elle s'est mise à rêver de rejoindre les missions d'aide internationale, mais pas comme médecin. Comme psychologue. « Il y a longtemps que l'aventure est en moi », dit Reine Lebel. Dans le cadre de sa longue collaboration avec MSF, elle a d'abord joué un rôle de consultante auprès des bénévoles revenant d'affectations. Sa première mission de terrain comme responsable des soins de santé mentale s'est déroulée lors de la crise du Kosovo.

## \_AMBASSADRICE DES DROITS DE LA PERSONNE

Son désir de socialiser et son amour des différentes cultures soutiennent son besoin d'aller aider au loin, mais il y a plus : « Je me rebelle vis-à-vis des inégalités humaines et sociales. » Sa contribution s'inscrit dans une perspective de promotion des droits de la personne. Au retour d'une mission au Congo, où elle avait vu des centaines de victimes de violence sexuelle, la charge émotive était intense. « J'ai eu des soubresauts de révolte et de peine pendant un an, confie-t-elle. Nous, les psychologues, écoutons les histoires intimes et donc nous sommes bien placés pour faire du témoignage dans le but de mobiliser la communauté internationale. » C'est d'ailleurs ce qui l'a menée à porter la voix des femmes du Congo au Sénat américain, à Washington.

## \_HAÏTI, CETTE INOUBLIABLE TRAGÉDIE

Haïti? « Un cauchemar. Le séisme a fait ressortir tous les problèmes psychosociaux déjà présents : troubles de santé mentale, pauvreté, enfants abandonnés, violence conjugale. Contrairement à ce qu'on vit avec l'ébola, en Haïti, nos salles de consultation étaient toujours pleines. »

Ce fut une de ses missions les plus dures. « J'y suis retournée cet hiver, de mon propre chef, parce que j'étais restée avec des séquelles, moi aussi. J'ai pu danser avec les gens au carnaval, me promener librement en autobus sans le protocole de sécurité MSF, voir les paysages, offrir des formations sur l'estime de soi, des services de soutien pour les femmes. Bref, être au coude à coude avec les gens. Et certains sont devenus mes amis. » Ce voyage lui a permis, en ses mots, d'assurer sa propre bienveillance.

Lorsqu'on lui offre une nouvelle mission, Reine Lebel s'informe et évalue si elle se sent prête à relever le défi. Elle se permet parfois de dire non, comme pour la République centrafricaine, où elle s'est déjà rendue pour une mission VIH sida. Mais la donne a changé depuis ce voyage. « Les populations qui, alors, vivaient très bien ensemble en sont rendues à s'entredéchirer. Je ne me sens pas prête encore à voir ce qui s'y passe, les génocides... Le cœur me serre quand j'y pense. »

## \_LA MUSIQUE ET LES RIRES POUR SOIGNER L'ÂME

S'il lui arrive de côtoyer le pire, elle jure que son expérience de terrain transcende tout. « Il y a des mouvements de collaboration et des rencontres qui sont tellement riches et tellement vibrantes que ça dépasse l'horreur », décrit la psychologue. Elle n'hésite pas à intégrer les arts et la musique du pays à ses interventions. « Ça me permet d'assouvir mon besoin de connaître les cultures en utilisant ce qui est important pour eux, ce qui leur fait du bien : chanter, écouter leur musique... et rire. »

« Les gens ont le sens de l'humour partout sur la planète, affirme Reine Lebel. Ils sont extraordinaires, même dans les pires drames, ils ont un sens de l'humour incroyable. Je suis privilégiée d'avoir accès à tant de beauté sur la planète, privilégiée aussi d'avoir la chance, partout, de rencontrer la bonté du monde, dans sa vulnérabilité, et aussi de voir le changement qu'on provoque en donnant la chance aux gens d'être écoutés. »

Reine Lebel peut compter sur le soutien de sa famille pour reprendre pied chaque fois qu'elle rentre chez elle, en Outaouais. « J'ai cinq petits-enfants magnifiques qui sont très embarqués dans mes projets et moi dans les leurs. Ils me font rire : un secret de résilience et de bonheur pour moi. »

### Médecins sans frontières recrute

**Les défis de l'aide internationale vous intéressent? Médecins sans frontières recherche un large éventail de professionnels pour travailler dans ses projets humanitaires. Une séance d'information aura lieu le 17 septembre à 19 h au Y des Femmes de Montréal (1355, boulevard René-Lévesque Ouest).**

## Formation sur le WAIS-IV : utilisation, interprétation et avenues cliniques.

**Formatrice :** Sandra Guimond, neuropsychologue  
**Clientèle :** Psychologue et conseiller en orientation  
**Niveau :** Débutant-intermédiaire  
**Durée de la formation :** 12 heures

### Dates et lieux :

**Longueuil** - lundi et mardi 3 et 4 novembre 2014

Holiday Inn Montréal Longueuil

900 Rue St-Charles Est, Longueuil

**Québec** - lundi et mardi 17 et 18 novembre 2014

Hôtel ALT Québec

1200 Avenue Germain des Prés, Québec

**Tarifs :** Avant le 1er octobre 2014 : 375,00\$ (+tx)

Après le 1er octobre 2014 : 425,00\$ (+tx)

### Pour information ou inscription :

[www.psycho-experts.com](http://www.psycho-experts.com), [info@psycho-experts.com](mailto:info@psycho-experts.com)  
ou 418-780-1369



# Réservez votre place au congrès!

Du 16 au 18 octobre prochain, au Palais des congrès de Montréal

## \_DÉCOUVREZ DES PROJETS INNOVATEURS –

Des initiatives de prévention ou d'intervention ont fait leurs preuves et peuvent être reproduites dans d'autres milieux. En une heure, vous connaîtrez les objectifs, les actions et les retombées de ces projets.

## \_RENCONTREZ DE GRANDS MAÎTRES DE LA PSYCHOLOGIE

Reconnus pour leur expertise particulière et leur renommée internationale, ils vous entretiendront de leurs travaux et du fruit de leurs réflexions acquis au fil de leur riche expérience. Venez rencontrer le D<sup>r</sup> Gilles Delisle, la D<sup>re</sup> Pascale Brillon, le D<sup>r</sup> Conrad Lecomte, la D<sup>re</sup> Louise Nadeau, M. André Renaud et le D<sup>r</sup> Hubert Van Gijsegem.

## \_INFORMEZ-VOUS DES PLUS RÉCENTES RECHERCHES

Des chercheurs vous livrent les résultats de leurs travaux directement reliés à la pratique clinique. En deux heures, vous serez mieux informé de l'état de la recherche sur un thème précis!

## \_ASSISTEZ À LA SOIRÉE FESTIVE



La soirée festive vous présente la remise des prix de l'Ordre, un banquet et une prestation de l'humoriste André Sauvé. Une soirée unique et agréable pour souligner l'excellence de la profession et pour retrouver ses collègues!

## \_PARTICIPEZ À UNE GRANDE RÉFLEXION SUR LA PROFESSION

Les congressistes seront invités, tout au long du congrès, à partager leur vision de la profession sur des forums Web qui seront ouverts dès l'assemblée générale annuelle du jeudi 16 octobre. Soyez au rendez-vous, sur vos appareils mobiles ou sur les ordinateurs portables disponibles au salon des exposants, pour livrer vos préoccupations, vos aspirations et vos idées pour le développement de la profession!

Détails et inscription au [www.etrepsychologue.com](http://www.etrepsychologue.com)

## Avez-vous enregistré vos activités de formation continue?

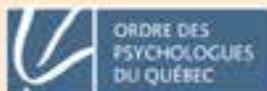
Si vous pratiquez la psychothérapie, vous êtes tenu de suivre 90 heures de formation continue sur une période de 5 ans. La première période se termine en juin 2017.



Le portail EspacePsy est un outil facile à utiliser qui vous permet de rendre compte de toutes les activités de formation continue que vous avez suivies et de connaître le nombre d'heures qu'il vous reste à accomplir.

**Inscrivez vos activités au fur et à mesure pour tenir votre profil à jour.**

Pour accéder au portail, suivez les instructions dans la section formation continue du site de l'Ordre.



# La procréation médicalement assistée, un dossier chaud et complexe

La procréation médicalement assistée (PMA) fait l'actualité depuis quelques années déjà. Les choses se déroulent un peu comme si, dans notre société, concevoir et avoir un enfant était un droit que tout adulte peut légitimement revendiquer. Considérer que c'est un droit entraîne pour conséquence des attentes à l'endroit de la société, à laquelle reviendrait l'obligation de donner les moyens d'avoir un enfant à tous ceux qui sont dans l'impossibilité de réaliser ce projet. Or, rien n'est aussi simple, puisque la PMA soulève de multiples enjeux, des enjeux d'ordre clinique, scientifique, éthique et déontologique, social, juridique, organisationnel, économique et politique, des enjeux qui s'entrecroisent, qui s'entremêlent et qui sont source de questionnement, voire parfois de confrontation.

Il y a plus d'un an maintenant, le ministre de la Santé et des Services sociaux a confié au Commissaire à la santé et au bien-être (ci-après le Commissaire) le mandat de lui fournir un avis sur la pertinence d'offrir certaines activités de procréation assistée. Afin de mieux répondre au ministre, le Commissaire a fait un appel de mémoires ou de témoignages. L'Ordre des psychologues, pour répondre à cet appel, a consulté les psychologues qui offrent des services liés aux problèmes de fertilité/procréation assistée et il s'est appuyé sur leurs observations et préoccupations pour rédiger une lettre que la présidente a fait parvenir au Commissaire, lettre faisant état de nos réflexions<sup>1</sup>.

Cela étant, il faut rappeler qu'offrir des services de PMA a pour objectif de permettre à un couple infertile d'avoir un enfant<sup>2</sup>. Généralement, on convient qu'il y a infertilité lorsqu'il y a absence de conception après un an de tentatives sans moyen contraceptif. Mais le concept d'infertilité semble actuellement déborder la seule dimension médicale pour englober dans les faits tous les choix ou conditions de vie qui ne permettent pas la rencontre féconde d'un homme et d'une femme. Devrait-on limiter l'offre de PMA aux seules personnes qui sont « médicalement » infertiles? Le mémoire que le Centre hospitalier de l'Université de Montréal a déposé en juin 2013 au Commissaire sur la question de la PMA nous apprend que dans les faits on s'emploierait à la fois à répondre aux conditions médicales d'infertilité et à pallier les conséquences de ce qu'on désigne sous l'expression « infertilité sociale », expression recouvrant par exemple les situations de femmes ménopausées, de célibataires hommes ou femmes et de couples homosexuels désireux d'avoir un enfant.

En toutes situations, il demeure que c'est au « médecin que revient la décision finale de procéder ou non au traitement selon la condition physique et psychosociale de la personne et le bien-être du bébé à naître. À cet effet, il peut s'appuyer sur une équipe multidisciplinaire qui l'aidera dans son analyse et sa prise de décision<sup>3</sup> ». Dans tous les cas, par ailleurs, les professionnels de la santé (physique et mentale) mobilisés dans le cadre de la PMA sont tenus éthiquement et déontologiquement d'assurer que leurs activités soient bénéfiques ou à tout le moins ne causent pas de tort, ce qui implique que l'on ne peut faire l'économie de se questionner sur la pertinence et les indications de la PMA pour chacun de ceux qui en font la demande. Cela étant, il demeure que l'on n'a encore rien dit de la nature et du niveau d'investigation à promouvoir et, en l'absence de balises claires, toute forme d'examen pourrait faire figure d'intrusion injustifiée ou discriminatoire.

## \_ÉVALUER, MAIS ENCORE?

Les personnes qui veulent accéder à la PMA sont mues par des désirs qui peuvent être multiples, voire fort différents, ce qui ne signifie tout de même pas qu'elles soient suspectes pour autant. Il y a des désirs qui peuvent faire figure de besoins par leur caractère absolu, urgent et impératif, des désirs porteurs d'avenir ou de souffrances, des désirs associés à un vide à combler, à un lien de maternage à créer ou à réparer, à un sens à donner à sa vie ou à son couple, à une renaissance ou une occasion de refaire sa vie à travers sa progéniture, à un besoin de redonner à un autre ce que l'on a reçu de la vie, à la fascination de créer un être autre à reconnaître pour ce qu'il sera, etc. Peut-on, doit-on juger ces désirs ou plus largement les personnes qui en sont porteuses? Comment le faire? Y a-t-il en fait de bonnes et de mauvaises raisons de vouloir un enfant?

Et au-delà du désir et des motivations, que faudrait-il examiner pour aider le médecin à prendre en compte la *condition physique et psychosociale de la personne*? Cela ne nous renvoie-t-il pas, entre autres, à l'enjeu de la santé mentale de la personne? Par exemple, si l'on peut concevoir qu'un parent qui présente un trouble dépressif aura plus de difficulté à investir son enfant, à se sentir à la hauteur, faut-il conclure qu'il faille refuser la PMA à un couple dont l'un des conjoints a déjà vécu un épisode dépressif ou qui serait à risque d'en vivre un? Que dire en fait de tous ceux qui sont porteurs d'un « diagnostic » de type DSM (troubles anxieux, troubles bipolaires, troubles psychotiques, déficience intellectuelle, troubles de la personnalité, etc.)? Quelle serait la véritable valeur prédictive de l'évaluation que l'on ferait, aussi exhaustive qu'elle puisse être? En vertu de quoi pourrait-on s'arroger le droit de déterminer leur avenir? D'autres questions se posent également. Ainsi, quels sont les risques de profilage racial ou ethnique, d'homophobie, d'eugénisme?



Par ailleurs, le *bien-être du bébé à naître*, que le médecin doit prendre en considération, peut renvoyer, entre autres, aux compétences parentales qu'il faut détenir pour en prendre soin, pour assurer sa sécurité, pour lui procurer un environnement familial propice et pour assurer son plein développement physique et psychologique. Faudrait-il donc procéder à l'évaluation des capacités parentales de ceux qui demandent la PMA, comme on le fait pour l'adoption internationale alors que dans ce contexte adopter un enfant est considéré non pas comme un droit, mais un privilège?

Enfin, quels sont les risques inhérents aux diverses évaluations de porter atteinte à la liberté et à la dignité des personnes, valeurs fondamentales dans notre société, alors que l'on ne fait aucune interférence à ceux qui ne présentent pas de problème de fertilité et qui ont pour projet d'avoir un enfant? Quels sont, a contrario, les risques de refuser de procéder à l'évaluation dite « psychosociale », à l'évaluation de la santé mentale ou à l'évaluation des compétences parentales, pour ne nommer que celles-ci?

## LA PLACE ET LE RÔLE DES PSYCHOLOGUES

La place et le rôle que prennent les psychologues en matière de PMA ont une importance qui nous semble centrale, puisque les tenants et aboutissants psychologiques de la conception sont déterminants. Or les psychologues sont relativement peu nombreux à offrir des services de fertilité/procréation assistée<sup>4</sup>, à exercer une forme d'expertise qui se complique notamment en raison d'un cadre normatif peu élaboré, pour ne pas dire timide, qui ne dit à peu près rien sur l'encadrement des différentes pratiques professionnelles, sur la formation des professionnels devant être impliqués et qui n'offre que très peu de balises, particulièrement sur les plans social, juridique et éthique. En l'absence de telles balises, il revient à chacun de déterminer le cadre de son travail en matière de PMA, avec tous les risques que cela comporte d'offrir des services à géométrie variable, au gré de l'organisation et des ressources des cliniques de PMA impliquées, des compétences différentes des professionnels engagés, du temps qui leur est alloué et des dispositions et ressources des demandeurs de services. De plus, en pareil contexte et au-delà même des balises dont on pourrait éventuellement disposer, il faut réfléchir sur ses propres valeurs et sur celles de notre société afin de s'assurer que le jugement professionnel ne soit pas « contaminé » par des prises de position personnelles, des préjugés ou par tout autre jugement de valeur.

Les psychologues impliqués, tout comme les autres professionnels d'ailleurs, peuvent donc se sentir isolés, livrés à eux-mêmes, en proie à des dilemmes éthiques difficiles à résoudre. Le présent dossier, que l'on ne prétend pas exhaustif sur la question de la PMA, servira, du moins nous l'espérons, à susciter la réflexion et à sortir un tant soit peu de cet isolement, puisqu'il se veut une occasion de partager les connaissances et l'expérience de psychologues cliniciennes et chercheuses qui, dans le cadre de quatre articles, feront entre autres état :

- du sens et de la portée du travail en clinique de fertilité eu égard au mandat d'évaluation et d'accompagnement qui revient aux psychologues;
- de la recherche actuelle liée aux dons de gamètes, de la singularité de l'expérience affective des parents d'intention qui y ont recours et des enjeux particuliers que cela soulève pour les couples hétérosexuels et les enfants issus de ces dons;
- d'une typologie des couples qui s'engagent en PMA.

Bonne lecture!



**Pierre Desjardins** / Psychologue

Directeur de la qualité et du développement de la pratique  
Membre du groupe de travail sur la position de l'Ordre des psychologues  
en matière de procréation médicalement assistée (PMA)

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

## Notes

- 1 Nous vous invitons à prendre connaissance de cette lettre, qui se trouve à l'adresse URL suivante : [[www.ordrepsy.qc.ca/pdf/2013\\_Lettre\\_Procreation\\_assistee\\_RSalois.pdf](http://www.ordrepsy.qc.ca/pdf/2013_Lettre_Procreation_assistee_RSalois.pdf)].
- 2 Le fait d'être porteur d'une maladie génétique transmissible aux enfants constitue un autre motif médical soutenant le recours à la PMA.
- 3 Information tirée d'un site Web du gouvernement du Québec : [[www.sante.gouv.qc.ca/programmes-et-mesures-daide/programme-quebecois-de-procreation-assistee/](http://www.sante.gouv.qc.ca/programmes-et-mesures-daide/programme-quebecois-de-procreation-assistee/)].
- 4 Près de 110 psychologues offrent de tels services, soit à peine un peu plus de 1 % de la totalité des psychologues du Québec.



D<sup>re</sup> Julie Achim / Psychologue

La D<sup>re</sup> Achim est psychologue clinicienne et professeure agrégée au Département de psychologie de l'Université de Sherbrooke.



D<sup>re</sup> Raphaële Noël / Psychologue

La D<sup>re</sup> Noël est psychologue clinicienne et professeure adjointe au Département de psychologie de l'Université du Québec à Montréal.

## Devenir parent en ayant recours à la procréation médicalement assistée

Au cours des dernières décennies, d'importantes avancées scientifiques ont été réalisées dans le domaine de la procréation médicalement assistée (PMA), favorisant ainsi un recours de plus en plus fréquent aux techniques de reproduction assistée. Le gouvernement québécois a récemment mis en place des mesures de soutien pour les couples qui souhaitent fonder une famille à l'aide de ces techniques. En effet, depuis août 2010, trois cycles de fécondation in vitro sont remboursés par la Régie de l'assurance maladie du Québec. Parallèlement à cette évolution, des changements considérables quant aux politiques sociales et à la juridiction relative aux droits des personnes homosexuelles sont survenus au sein des sociétés occidentales. Le Québec reconnaît depuis 2002 la légalité, pour les couples homosexuels, d'adopter des enfants en tant que couples et le Canada reconnaît depuis 2005 la légalité du mariage entre conjoints de même sexe. Cette conjoncture scientifique et sociopolitique a ainsi créé un climat propice à l'élaboration ou à la concrétisation de projets parentaux chez des couples – hétérosexuels ou homosexuels – ainsi que chez des femmes seules qui ne pouvaient auparavant envisager un tel projet ou, du moins, le faire dans un contexte facilitant.

### UNE CONJONCTURE FAVORABLE AU RECOURS À LA PMA

En effet, puisqu'elle implique une démocratisation du recours à la PMA, cette conjoncture permet à bon nombre de couples et de femmes sans partenaire d'avoir recours à cette nouvelle voie d'accès à la parentalité, auparavant difficilement envisageable parce que trop coûteuse. Ce faisant, elle soutient également la diversification des configurations parentales et familiales qui, sans la possibilité du recours à la PMA, demeure présente, mais de façon plus restreinte.

Si le Québec, en comparaison à d'autres pays, représente actuellement un espace-temps favorable pour ceux qui souhaitent recourir à la PMA, l'ouverture de ces services implique par ailleurs des bouleversements de plusieurs ordres qui suscitent des questionnements complexes dont on ne peut faire l'économie : remise en question de l'équation procréation-parentalité et de la conception traditionnelle de la parentalité et de la filiation; nécessaire redéfinition des notions de parentalité et de filiation; diversification des modalités d'accès à la parentalité et, par conséquent, des visages de la parentalité et des configurations familiales; recours à des dons de gamètes et à la gestation pour autrui; manipulation de gamètes humains par la science; questionnements quant au droit à l'enfant et aux droits de l'enfant. À ces divers enjeux s'ajoutent les implications économiques et politiques du financement d'un tel programme par l'État. Ces considérations donnent lieu à d'importants débats sociaux et politiques qui occupent actuellement l'espace médiatique de façon soutenue et mettent en tension des perspectives qui se révèlent parfois diamétralement opposées.

C'est donc dans ce contexte sociopolitique certes favorable, mais complexe et chargé, marqué par des préoccupations sociales, éthiques, philosophiques, légales, économiques, politiques, médicales et scientifiques, que s'inscrit l'accès à la parentalité pour les parents d'intention qui ont recours à la PMA. À ce contexte s'ajoute l'expérience proprement dite des techniques de procréation médicalement assistée. C'est également dans ce contexte que les cliniciens œuvrant auprès d'eux les accompagnent<sup>1</sup>. Puisqu'il est largement reconnu que la période périnatale s'avère cruciale pour les parents en devenir compte tenu des importants remaniements psychologiques qui s'y opèrent (Bydlowski, 1997; Colarusso, 1990; Raphael-Leff, 2009), mais aussi en raison de sa mise à l'épreuve du couple (Maufras du Chatellier, 1998) et de son impact sur la qualité de l'éventuelle relation parent-enfant (Ammaniti et coll., 1999; Molénat, 2006), il est possible de croire que les parents d'intention ayant recours à la PMA, et plus particulièrement ceux qui bénéficieront d'un don de gamètes, seront confrontés à de multiples défis psychologiques.

## \_DEVENIR PARENT EN AYANT RECOURS À LA PMA ET À UN DON DE GAMÈTES

Si toutes ces questions entourant la PMA suscitent actuellement un intérêt marqué, on observe que l'expérience affective de ceux qui y ont recours, leurs besoins ainsi que les enjeux psychologiques propres à l'accès à la parentalité dans un tel contexte demeurent, à ce jour, peu explorés. Une recension des écrits cliniques et scientifiques consacrés à l'infertilité et à la PMA permet de constater que différents travaux se penchent sur certaines de ces dimensions et sur des aspects connexes à ces questions, mais peu d'entre eux en font leur principal objet de recherche. Par ailleurs, plusieurs s'attachent à l'expérience d'un seul groupe : couples hétérosexuels, couples lesbiens ou mères seules.

Les études réalisées auprès de couples hétérosexuels infertiles ou consultant en PMA sont plus nombreuses et se sont notamment intéressées à l'expérience affective de ces couples, soit la détresse (Volgsten et coll., 2008) et l'anxiété – maintenant conceptualisée comme une anxiété spécifique à l'infertilité (Péloquin et Lafontaine, 2010) – qu'ils peuvent éprouver, aux réactions auxquelles peut donner lieu un diagnostic d'infertilité (Bermingham, 2011; Péloquin et Brassard, 2013), à l'impact d'un tel diagnostic sur la satisfaction conjugale (Darwiche et coll., 2013) ainsi qu'aux enjeux psychologiques inconscients associés à l'infertilité chez les femmes (Faure-Pragier, 1997). Peu de travaux sont cependant disponibles au sujet de l'impact du recours à un don de gamètes ou à la gestation pour autrui sur ces parents d'intention ainsi que sur la manière dont ils se construisent une histoire de filiation au sein de laquelle s'inscrit l'enfant issu de ces pratiques.

La parentalité lesbienne a pour sa part fait l'objet de nombreuses recherches au cours des dernières années, notamment au Québec, sous la direction de Danielle Julien<sup>2</sup>. Si plusieurs aspects de l'homoparentalité lesbienne ont été étudiés (motivations sous-jacentes aux choix de la mère biologique et de la mère sociale ainsi qu'au choix du donneur; répartition des rôles parentaux; développement des enfants grandissant au sein de ces familles; voir Vyncke et coll., 2008 pour un état des lieux), les travaux visant à documenter leur expérience affective de la PMA ou de la grossesse – la leur ou celle de leur conjointe – demeurent peu nombreux. Aux travaux pionniers de Naziri (2011; 2012) et de Ducouso-Lacaze (2006; 2008) proposant une compréhension des processus psychiques qu'implique la transition à la parentalité chez les mères lesbiennes, s'ajoutent quelques études démontrant que le processus de PMA peut s'avérer anxiogène pour ces mères (Renaud, 2007) qui pourraient être confrontées à des attitudes homophobes (Chapman et coll., 2012) et qu'elles seraient plus à risque de dépression postnatale puisqu'exposées à davantage de stressseurs que les femmes hétérosexuelles (Ross et coll., 2007).

Les travaux consacrés à la maternité des femmes seules choisissant d'avoir recours à un don de gamètes et à la PMA sont rares (Murray et Golombok, 2005; Weissenberg, Laudau et Madgar, 2007).

## \_UNE EXPÉRIENCE AFFECTIVE SINGULIÈRE?

Il est étonnant de constater le peu d'intérêt que suscite l'expérience affective des parents d'intention ayant recours à la PMA, leurs besoins ainsi que les enjeux psychologiques propres à cette modalité d'accès à la parentalité au sein de la communauté scientifique. Les spécificités propres à cette trajectoire de concrétisation de projet parental ainsi que les défis qu'elle pose pour les parents choisissant de l'emprunter permettent de penser qu'il s'avère important de s'attarder aux questions qu'elle pose. Ainsi :

1. Le processus psychologique que représente la transition à la parentalité est-il le même lorsqu'il y a implication d'une équipe médicale et de dons de gamète? Ces derniers peuvent-ils être considérés comme des acteurs *tiers* contribuant à la co-construction de la parentalité? Ce processus est-il le même en l'absence d'une ou d'un conjoint? Ou en présence d'une ou d'un conjoint de même sexe? Ou lors de l'implication d'une mère porteuse?
2. Au-delà des aspects légaux, comment se construit, dans l'esprit du parent en devenir, la filiation au sein de laquelle s'inscrit son enfant lorsqu'il y a eu recours à un don de gamètes?
3. Comment ces parents vivent-ils cette expérience du recours à la PMA et comment l'intègrent-ils à leur histoire de désir d'enfant?
4. Comment ces parents envisagent-ils de transmettre à leur enfant l'histoire de ses origines?
5. Comment ces parents appréhendent-ils les questions fort complexes que pose le recours à la PMA et à un don de gamètes? Comment arrivent-ils à les résoudre pour eux-mêmes?

Ces questions témoignent bien, à notre avis, du fait que les repères cliniques habituels, issus des champs de la parentalité et de la périnatalité, sont insuffisants pour bien cerner la réalité actuelle du devenir parent, l'expérience et les besoins de cette population hétérogène.

Dans le cadre d'une recherche exploratoire (Achim et coll., 2014), nous avons procédé à une consultation<sup>3</sup> visant à mieux saisir l'expérience affective des parents d'intention – parents hétérosexuels, mères lesbiennes et mères seules – ayant recours à la PMA et à un don de gamètes. Divers constats se dégagent des analyses réalisées. Aux enjeux développementaux propres à la transition à la parentalité s'ajoutent divers enjeux et expériences spécifiques au recours à la PMA et au don de gamètes. Une importante proportion de ces expériences et de ces enjeux sont partagés par l'ensemble des parents, et ce, peu importe leur orientation sexuelle ou leur état civil : médicalisation de la procréation, aspect intrusif des procédures médicales, introduction d'un bagage génétique *étranger*, confrontation possible à des pertes et renoncements multiples (impossible procréation naturelle, cycles infructueux et fausses-couches; probabilité accrue de grossesses gémellaires...). Ils se déclinent toutefois

de façons différentes en fonction du groupe d'appartenance. À titre illustratif, la médicalisation de la procréation s'avère un enjeu pour tous, mais sera vécue de manière différente par les couples hétérosexuels et lesbiens ainsi que par les femmes seules. En effet, les couples hétérosexuels y ont généralement recours à la suite d'un parcours d'échecs de procréation naturelle qui peut s'être avéré narcissiquement blessant, déstabilisant et source de conflits entre les conjoints. Pour les couples lesbiens, le recours à la PMA peut plutôt représenter une possibilité de réaliser un projet qui leur est cher, la médicalisation de la procréation faisant partie intégrante du projet parental. Malgré les aléas du processus de PMA, ces couples pourraient l'anticiper avec enthousiasme, s'ils le voient comme synonyme de concrétisation d'un désir. Enfin, pour les femmes seules, l'entreprise d'une telle démarche peut représenter un contexte de *dernière chance* pour devenir parent avant d'atteindre un âge trop avancé. Quelques enjeux, moins nombreux, sont spécifiques à chaque groupe (p. ex. intrusion dans la vie sexuelle et sexualité programmée chez les couples hétérosexuels; risque de confrontation à des attitudes homophobes et à des normes hétérosexistes pour les couples lesbiens; responsabilité unique de l'éducation de l'enfant pour les femmes seules).

## \_CONCLUSION

Ainsi, malgré le fait que tous les parents d'intention ayant recours à la PMA et à un don de gamètes soient confrontés à un parcours comportant des défis et des exigences similaires à plusieurs égards, leur expérience de la transition à la parentalité et leur trajectoire en PMA seront teintées bien sûr par leur propre individualité, mais également par les spécificités de leur groupe d'appartenance. Ces constats permettent de penser qu'il importe de développer de nouveaux repères cliniques, complémentaires aux repères traditionnels. Ces repères devraient, à notre avis, tenir compte à la fois la complexité inhérente aux processus psychiques (deuils, renoncements, sentiments d'échec, nécessaire élaboration d'un sens à l'introduction de matériel biologique étranger) et aux facteurs externes (débats sociaux, procédures médicales parfois invasives, homophobie, hétérosexisme) auxquels ces parents d'intention peuvent être confrontés ainsi qu'à la résonance que pourraient trouver ces facteurs externes chez eux. Dans ce contexte à la fois favorable et chargé, il nous semblerait important que les parents en devenir puissent bénéficier d'un espace leur permettant de se construire, pour eux et pour leur enfant à venir, un narratif de leur trajectoire de désir d'enfant et de concrétisation de ce désir qui soit cohérent avec leur histoire ainsi qu'avec leurs propres valeurs.

## \_Notes

- 1 Lors du recours à un don de gamètes, les parents d'intention doivent rencontrer un psychologue préalablement à l'entreprise des procédures médicales.
- 2 Professeure titulaire, Département de psychologie, UQAM.
- 3 Cette consultation a été réalisée auprès de parents ou parents en devenir ayant eu recours à la PMA (couple hétérosexuel, couple lesbien, femme seule) et d'experts œuvrant auprès de ces parents et de leurs enfants (N=7).

## \_Bibliographie

- Achim, J., Noël, R., Ensink, K., Deshaies, L.-A. et Boyer, A., (2014). *Becoming a parent through Assisted Reproduction Technologies : Experience of heterosexual couples, lesbiens couples and singles mothers*. Présentation affichée faite dans le cadre du 14<sup>e</sup> congrès de la World Association for Infant Mental Health, Edinburgh, SC.
- Ammaniti, M., Candelori, C., Pola, M., et Tambelli, R. (1999). *Maternité et grossesse*. Paris : PUF.
- Bermingham, S. (2011). *Vivre avec l'infertilité*. Montréal : Bayard Canada.
- Bydlowski, M. (1997). *La dette de vie : Itinéraire psychanalytique de la maternité*. Paris : PUF.
- Chapman, R., Wardrop, J., Zappia, T., Watkins, R., et Shields, L. (2012). The experiences of Australian lesbian couples becoming parents: Deciding, searching and birthing. *Journal of Clinical Nursing*, 21(13-14), 1878-1885.
- Colarusso, C. (1990). The third individuation. The effect of the biological parenthood on separation-individuation processes in adulthood. *Psychoanalytic Study of the Child*, 45, 179-194.
- Commissaire à la santé et au bien-être du Québec (2014). *Avis synthèse sur les activités de procréation assistée au Québec*. [www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2014/Procreation\_assistee/CSBE\_Procreation\_Assistee\_Synthese\_2014.pdf].
- Darwiche, J., Favez, N., Maillard, F., Germond, M., Guex, P., Despland, J.-N., et de Roten, Y. (2013). Couples' resolution of an infertility diagnosis before undergoing in vitro fertilization. *Swiss Journal of Psychology*, 72(2), 91-102.
- Ducouso-Lacaze, A. (2006). Homoparentalité et coparentalité : Réflexions métapsychologiques. *Dialogue*, 173(3), 31-44.
- Ducouso-Lacaze, A., et Grihom, M.-J. (2009). Pour une approche métapsychologique de l'homoparentalité. *Perspectives Psy*, 48(2), 184-193.
- Faure-Pragier, S. (1997). *Les bébés de l'inconscient. Le psychanalyste face aux stérilités féminines aujourd'hui*. Paris : PUF.
- Maufras du Chatellier, A. (1998). Réflexions sur l'importance de la fonction paternelle dans la relation mère-nourrisson. *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, 22, 51-169.
- Molénat, F. (2006). Prévenir de traumatisme. *Cahiers de l'AFREE*, 20, 3-13.
- Murray, C., et Golombok, S. (2005). Solo mothers and their donor insemination infants: Follow-up at age 2 years. *Human reproduction*, 20(6), 1655-1660.
- Naziri, D., et Dargentas, M. (2011). La parentalité dans un couple lesbien : enjeux et questionnements. *Cahiers de psychologie clinique*, 37(2), 201-229.
- Naziri, D. (2011). Du droit à l'enfant au travail psychique de la parentalité : approche psychanalytique de la maternité lesbienne. *Cliniques méditerranéennes*, 83(1), 109-124.
- Péloquin, K., et Brassard, A. (2013). L'infertilité, une réalité sociale et conjugale sur laquelle il faut se pencher. *Cahier recherche et pratique*, 3(2), 22-26.
- Péloquin, K., et Lafontaine, M.-F. (2010). What are the correlates of infertility-related clinical anxiety? A literature review and the presentation of a conceptual model. *Marriage & Family Review*, 46, 580-620.
- Raphael-Leff, J. (2009). *The psychological processes of child bearing*. 4th edition. London : Karnac
- Renaud, M. T. (2007). We are mothers too: Childbearing experiences of lesbian families. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing: Clinical Scholarship for the Care of Women, Childbearing Families, & Newborns*, 36(2), 190-199.
- Ross, L. E., Steele, L., Goldfinger, C., et Strike, C. (2007). Perinatal depressive symptomatology among lesbian and bisexual women. *Archives of Women's Mental Health*, 10, 53-59.
- Volgsten, H., Skoog Svanberg, A., Ekselius, L., Lundkvist, Ö., et I. Sundström Poromaa, I. (2008). Prevalence of psychiatric disorders in infertile women and men undergoing in vitro fertilization treatment. *Human Reproduction*, 23(9), 2056-2063.
- Vyncke, J., Julien, D., Ryan, B., Jodoin, É., et Jouvin, É. (2008). Familles homoparentales. État des lieux, dans C. Parent, S. Drapeau, M. Brousseau et E. Pouliot (éd.), *Visages multiples de la parentalité*. Québec, Presses de l'Université du Québec, 185-222.
- Weissenberg, R., Laudau, R., et Madgar, I. (2007). Older single mothers assisted by sperm donation and their children. *Human reproduction*, 22(10), 2784-2791.



**D<sup>re</sup> Katherine Péloquin**  
Psychologue

La D<sup>re</sup> Péloquin est professeure au Département de psychologie de l'Université de Montréal.



**D<sup>re</sup> Audrey Brassard**  
Psychologue

La D<sup>re</sup> Brassard est professeure au Département de psychologie de l'Université de Sherbrooke.



**M<sup>me</sup> Coralie Purcell-Lévesque**

M<sup>me</sup> Purcell-Lévesque est candidate au doctorat en psychologie à l'Université de Sherbrooke.

## Profils d'adaptation psychologique et conjugale des couples suivis en traitement de fertilité

Selon les données récentes du *Canadian Community Health Survey* (Bushnik et coll., 2012), de 11 à 15 % des couples hétérosexuels canadiens présentent des difficultés à concevoir après 12 mois de relations sexuelles régulières. Pour une grande majorité d'individus, fonder une famille constitue l'un des principaux objectifs de vie (Birmingham, 2011) et la perspective d'en être incapable n'est pas d'emblée envisagée. Ainsi, il est généralement admis que la plupart des couples qui reçoivent un diagnostic d'infertilité vivent une certaine détresse (Péloquin et Brassard, 2013). De plus, les tests multiples, les protocoles de traitement et les nombreux deuils et déceptions découlant de la procréation médicalement assistée (PMA) fournissent un contexte particulièrement stressant pour les couples qui entreprennent des démarches de fertilité. C'est d'ailleurs près du quart des individus touchés par l'infertilité qui rapportent une détresse cliniquement significative (Verhaak et coll., 2010), les femmes en présentant généralement plus que les hommes (Wichman et coll., 2011). Néanmoins, les conjoints ne traversent pas tous les étapes de la PMA de la même façon et ne s'y adaptent pas nécessairement de façon similaire, et ce, même au sein d'un même couple. En effet, certains conjoints disent vivre très peu de détresse et les chercheurs ont documenté que des effets délétères peuvent coexister avec des effets bénéfiques de l'infertilité (Onat et Beji, 2012; Schmidt et coll., 2005). Ce constat souligne l'importance de bien évaluer les caractéristiques personnelles et l'adaptation propres à chaque individu, puisque ces différents profils d'adaptation, tant individuels que conjugaux, pourraient être liés à des symptômes de types et d'intensité variés en contexte d'infertilité.

Nous nous sommes précisément penchées sur cette question lors d'une récente étude longitudinale réalisée auprès de 274 couples québécois consultant en clinique de fertilité (Péloquin et coll., 2013, 2014). Notre objectif était d'identifier différents profils de couples et d'en arriver à une typologie qui puisse guider l'évaluation et l'intervention psychologique auprès de cette clientèle. Nous nous sommes inspirées du modèle de Lazarus et Folkman (1984), qui stipule que l'adaptation individuelle à une situation stressante dépend d'abord de l'évaluation cognitive initiale de la situation, puis des stratégies d'adaptation (ou *coping*) déployées pour gérer celle-ci. De plus, puisque l'infertilité est une réalité de couple avec laquelle les deux conjoints doivent conjuguer (Péloquin et Brassard, 2013), nous jugions primordial d'examiner l'ajustement du couple, au-delà de l'adaptation individuelle de chaque partenaire. Des études réalisées auprès de couples en traitement de fertilité montrent d'ailleurs que l'ajustement des couples dépend de l'adaptation et des stratégies employées par chaque conjoint (Levin, Sher et Theodos, 1997; Peterson et coll., 2008). Le modèle ayant guidé notre typologie est présenté à la figure 1.

**FIGURE 1**

### MODÈLE D'ADAPTATION DU COUPLE EN CONTEXTE D'INFERTILITÉ BASÉ SUR LE MODÈLE DE LAZARUS ET FOLKMAN (1984)



En concordance avec ce modèle, les profils de couple ont été créés sur une base statistique en tenant compte des résultats des deux conjoints à des mesures de perception de la responsabilité (blâme) envers le problème, de stratégies d'adaptation utilisées (*coping* centré sur les émotions, *coping* centré sur la tâche, évitement) et de détresse psychologique (symptômes de dépression et d'anxiété). Les stratégies centrées sur les émotions renvoient par exemple à se reprocher de ne pas savoir quoi faire dans cette situation, s'en vouloir d'être trop émotif ou se sentir en colère, tandis que les stratégies centrées sur la tâche réfèrent par exemple à analyser le problème actuel ou à penser à la façon dont un problème similaire a déjà été résolu. Les stratégies d'évitement incluent des comportements visant à éviter le problème par différentes distractions, tels que regarder la télévision ou téléphoner à un ami, ou alors à se divertir en recherchant la compagnie d'autres personnes. Les couples de chaque profil ainsi créés ont ensuite été décrits quant à leur adaptation conjugale au début de l'étude, en plus d'être comparés quant à leurs symptômes psychologiques et à leur adaptation conjugale à plus long terme, c'est-à-dire 6 mois et 12 mois plus tard. Les analyses ont révélé trois profils de couples distincts présentant une symptomatologie psychologique et conjugale, ainsi que des stratégies d'adaptation différentes à l'égard du problème de fertilité.

**Couples bien ajustés.** Les couples du premier profil ne s'attribuent pas la responsabilité (blâme) du problème, ils ont recours à des stratégies d'adaptation soit centrées sur la tâche ou sur les émotions, mais utilisent peu l'évitement. Les deux conjoints présentent significativement moins de symptômes anxiodépressifs et rapportent la meilleure satisfaction conjugale de tous les profils. La majorité d'entre eux (92 %) disent que leur bien-être conjugal est demeuré stable ou s'est amélioré en réponse à l'infertilité. À plus long terme, l'adaptation individuelle et conjugale de ces couples est toujours meilleure que les deux autres profils six mois plus tard.

**Couples où la femme se blâme.** Chez les couples du second profil, la femme s'attribue davantage la responsabilité (blâme) du problème de fertilité. Ses propres stratégies d'adaptation sont majoritairement centrées sur les émotions, tandis que son partenaire utilise tout particulièrement peu cette stratégie en comparaison aux deux autres profils. L'écart entre les deux conjoints est aussi visible dans les symptômes dépressifs et anxieux qui sont beaucoup plus élevés chez la femme, bien que présents chez l'homme. La satisfaction conjugale des conjoints est relativement bonne, mais près du quart des couples disent avoir vu leur bien-être conjugal se détériorer, contre seulement un couple sur dix qui a vu une amélioration en réponse à l'infertilité. À plus long terme, c'est-à-dire six mois et un an plus tard, ces couples sont moins satisfaits de leur relation que le profil des couples bien ajustés et les deux conjoints présentent plus de symptômes d'anxiété et de dépression.

**Couples où l'homme se blâme.** Chez les couples du troisième profil, c'est davantage l'homme qui se perçoit comme responsable du problème de fertilité. Les deux conjoints utilisent plusieurs stratégies d'adaptation, dont l'évitement et les stratégies centrées sur la tâche et les émotions. On observe ainsi une congruence dans le profil d'adaptation psychologique des deux partenaires, le degré de détresse psychologique étant élevé chez chacun. Relativement satisfaits de leur relation de couple, ils sont tout aussi nombreux à percevoir une amélioration qu'une détérioration de leur vie de couple en lien avec le problème de fertilité. Six mois plus tard, les deux conjoints présentent plus de symptômes d'anxiété et de dépression que les couples du profil ajusté.

## \_IMPLICATIONS CLINIQUES

Des implications cliniques peuvent être dégagées de cette typologie afin d'aborder, d'évaluer et de soutenir ces différents couples dans leurs démarches de fertilité. Tout d'abord, nos résultats rappellent que tous ne vivent pas une détresse de même intensité en contexte d'infertilité. En effet, la moitié des couples de notre échantillon s'ajustent relativement bien. Pour l'autre moitié, il semble que l'adaptation soit plus difficile et que les symptômes psychologiques présents tendent à perdurer dans le temps. Il apparaît donc nécessaire d'effectuer une évaluation approfondie des couples qui consultent au cours de leur démarche de fertilité, en matière de détresse tant individuelle que conjugale, afin d'offrir un soutien qui soit cohérent avec leur profil d'adaptation. Les couples qui présentent un bon ajustement nécessiteront probablement un encadrement plus ponctuel, visant principalement à normaliser les émotions ressenties et à offrir un soutien plus informationnel (p. ex. fournir de l'information sur les traitements, aider à la gestion des attentes, accompagner lors de chaque étape des traitements, guider dans la prise de décisions, etc.) (Gameiroa, Canavarro et Boivin, 2013; Read et coll., 2014). Les couples qui présentent une détresse plus importante (profils 2 et 3), quant à eux, pourraient requérir un suivi échelonné sur une plus longue période et un travail thérapeutique plus important sur l'individu et le couple (Peterson et coll., 2012). Pour ces couples, les interventions pourraient mettre l'accent sur la régulation émotionnelle et la gestion du stress (Van den Broeck et coll., 2010), la résolution de problèmes et la diminution des symptômes anxiodépressifs. Des interventions ciblant le système-couple pourraient également être nécessaires, en particulier le travail sur les habiletés d'empathie, de communication et d'écoute du couple ainsi que sur les capacités des conjoints à tolérer la détresse ensemble et à se soutenir mutuellement (Peterson et coll., 2012; Read et coll., 2014).

Ensuite, le blâme ou l'attribution de la responsabilité de l'infertilité apparaît être une variable déterminante dans la classification des couples. Nos résultats montrent que lorsque c'est la femme qui se blâme pour l'incapacité du couple à concevoir, la détresse est élevée chez cette dernière. Lorsque

c'est l'homme, les stratégies d'adaptation centrées sur l'évitement semblent plus utilisées par les deux conjoints. Pour ces couples où les conjoints s'attribuent la faute, des interventions visant à atténuer la perception du blâme ou à réévaluer cognitivement les difficultés pourraient être privilégiées (Van den Broeck et coll., 2010). Une prise de conscience quant aux éléments appartenant à la personne et ceux hors de son contrôle serait souhaitable; le fait de se blâmer est rarement productif, puisqu'il paralyse la personne plutôt que de favoriser sa mise en action et son sentiment de contrôle. Une évaluation des ressources personnelles de l'individu et la mise en place de stratégies visant à bonifier celles-ci sont susceptibles de diminuer le sentiment d'impuissance et d'engendrer une meilleure adaptation. Les interventions favorisant la compassion envers soi pourraient également s'avérer utiles pour diminuer le stress lié à l'infertilité (Galhardo et coll., 2013).

Enfin, l'écart dans l'utilisation des stratégies d'adaptation de l'homme et de la femme du même couple peut aussi expliquer la plus grande détresse vécue par les couples du second profil. En effet, lorsque la femme vit une détresse intense et qu'elle ressent le besoin d'en parler (stratégie centrée sur l'émotion), mais que l'homme a plutôt recours à des stratégies centrées sur le problème ou s'efforce de rester « solide » dans l'espoir de diminuer la détresse de sa conjointe, une dynamique d'invalidation émotionnelle, de frustration et d'impuissance

peut malencontreusement s'installer au sein de la relation (Van den Broeck et coll., 2010). Pour ces couples, aborder le fait que chacun ne s'adapte pas de la même façon au même moment et discuter de l'arrimage des besoins de chacun peut aider à diminuer la distance émotionnelle en plus de favoriser une meilleure communication et un soutien conjugal plus optimal (Peterson et coll., 2012).

L'étude discutée ici comporte tout de même certaines limites dont il faut tenir compte. Les couples formant l'échantillon n'étaient pas tous au même stade de leur démarche de fertilité. Les émotions ressenties, les symptômes psychologiques et les stratégies de gestion du stress ne sont pas statiques, mais plutôt susceptibles de fluctuer au cours du processus de fertilité en fonction de l'évaluation du stress ressenti (Lazarus et Folkman, 1984), des attentes à l'égard des traitements, du stade de traitement (Boivin et coll., 1998), des déceptions et échecs, et des options perçues comme disponibles pour former une famille (Daniluk et Tench, 2007). En ce sens, les couples pourraient présenter une détresse plus ou moins importante à différents moments et leurs besoins en matière d'accompagnement et de soutien psychologique sont par conséquent susceptibles de changer. Les profils identifiés dans la présente étude apparaissent néanmoins liés au niveau d'adaptation psychologique et conjugale à plus long terme, ce qui suggère des trajectoires d'adaptation différentes pour ces couples au fil du temps.

## Bibliographie

- Bermingham, S. (2011). *Vivre avec l'infertilité*. Montréal, Bayard Canada.
- Boivin, J., Andersson, L., Skoog-Svanberg, A., Hjelmsstedt, A., Collins, A., et Bergh, T. (1998). Psychological reactions during in-vitro fertilization: Similar response pattern in husbands and wives. *Human Reproduction*, 13(11), 3262-3267.
- Bushnik, T., Cook, J. L., Yuzpe, A. A., Tough, S., et Collins, J. (2012). Estimating the prevalence of infertility in Canada. *Human Reproduction*, 27, 738-746.
- Daniluk, J. C., et Tench, E. (2007). Long-term adjustment of infertile couples following unsuccessful medical intervention. *Journal of Counseling & Development*, 85, 89-100.
- Galhardo, A., Cunha, M., Pinto-Gouveia, J., et Matos, M. (2013). The Mediator Role of Emotion Regulation Processes on Infertility-Related Stress. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 20(4), 497-507.
- Gameiroa, S., Canavarro, M. C., et Boivin, J. (2013). Patient centred care in infertility health care: Direct and indirect associations with wellbeing during treatment. *Patient Education and Counseling*, 93(3), 646-654.
- Lazarus, R. S., et Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer Pub.
- Levin, J. B., Sher, T. G., et Theodos, V. (1997). The effect of intracouple coping concordance on psychological and marital distress in infertility patients. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 4(4), 361-372.
- Onat, G., et Beji, N. K. (2012). Marital relationship and quality of life among couples with infertility. *Sexuality and Disability*, 30, 39-52.
- Péloquin, K. et Brassard, A. (2013). L'infertilité : une réalité sociale et conjugale sur laquelle il faut se pencher. *Cahier recherche et pratique*, vol. 3, n° 2, p. 22-26.
- Péloquin, K., Brassard, A., Sabourin, S., McDuff, P., et Wright, J. (2013, mars). Analyse typologique des profils psychologiques et conjugaux des couples suivis en traitement de fertilité. Symposium présenté à la Société québécoise pour la recherche en psychologie, Chicoutimi, Canada.
- Péloquin, K., Sauvé, M. S., Purcell-Lévesque, C., Boucher, S., et Brassard, A. (2014, septembre). A typological analysis of psychological and relationship profiles of couples seeking fertility treatments : A 1-year follow-up study. Présentation orale présentée à la Société canadienne de fertilité et d'andrologie, Québec, Canada.
- Peterson, B., Boivin, J., Norre, J., Smith, C., Thorn, P., et Wischmann, T. (2012). An introduction to infertility counseling: a guide for mental health and medical professionals. *Journal of Assisted Reproduction & Genetics*, 29(3), 243-248.
- Peterson, B. D., Pirritano, M., Christensen, U., et Schmidt, L. (2008). The impact of partner coping in couples experiencing infertility. *Human Reproduction*, 23(5), 1128-1137.
- Read, S. C., Carrier, M., Boucher, M., Whitley, R., Bond, S., et Zelkowitz, P. (2014). Psychosocial services for couples in infertility treatment: What do couples really want? *Patient Education and Counseling*, 94(3), 390-395.
- Schmidt, L., Holstein, B., Christensen, U., et Boivin, J. (2005). Does infertility cause marital benefit? An epidemiological study of 2250 women and men in fertility treatment. *Patient Education and Counseling*, 59, 244-251.
- Van den Broeck, U., Emery, M., Wischmann, T., et Thorn, P. (2010). Counselling in infertility: Individual, couple and group interventions. *Patient Education and Counseling*, 81(3), 422-428.
- Verhaak, C. M., Lintsen, A. M. E., Evers, A. W. M., et Braat, D. D. M. Who is at risk of emotional problems and how do you know? Screening of women going for IVF treatment. *Human Reproduction*, 25, 1234-1240.
- Wichman, C. L., Ehlers, S. L., Wichman, S. E., Weaver, A. L., et Coddington, C. Comparison of multiple psychological distress measures between men and women preparing for in vitro fertilization. *Fertility & Sterility*, 95, 717-721.



# Formations en ligne



Psychothérapie interpersonnelle dans le traitement de la dépression  
7 heures  
Dr Simon Patry, psychiatre



La thérapie des schémas (Young)  
10 heures  
Dr Pierre Cousineau



La compétence psycho-affective du thérapeute  
3,5 heures  
Dr Gilles Delisle



La communication non verbale  
6 heures  
M<sup>me</sup> Diane Mercier



Les traumatismes physiques, sexuels et psychologiques faits aux enfants  
6 heures  
M<sup>me</sup> Diane Mercier



Intervenir auprès des dépendants affectifs  
4 heures  
M<sup>me</sup> Karène Larocque



La thérapie d'acceptation et d'engagement  
12 heures  
Dr Frédérick Dionne



Le TDAH chez l'adulte: Comprendre pour mieux intervenir  
5 heures  
Dr Annick Vincent, psychiatre



Thérapie comportementale: TDAH et trouble de l'opposition avec provocation (TOP)  
4 heures  
Dr Marie-Claude Guay



Psychothérapie orientée vers les solutions  
10 heures  
Dr Josée Lamarre



L'approche narrative: pour écrire et réécrire des histoires de vie  
12 heures  
M. André Grégoire



Perspective historique et concepts fondamentaux de la thérapie familiale systémique  
4 heures  
M. Jean-Luc Lacroix



Communication - La théorie et les impacts cliniques  
4,5 heures  
M. Jean-Luc Lacroix



Les troubles de comportement, les troubles d'opposition avec provocation et les troubles de la conduite  
5 heures  
M<sup>me</sup> Diane Mercier



La dépression chez les jeunes (0-18 ans)  
4 heures  
M<sup>me</sup> Diane Mercier



Fondements généraux en TCC et pour les troubles d'anxiété  
4 heures  
Dr Stéphane Bouchard



Module 2: TCC du trouble panique avec agoraphobie  
2,5 heures  
Dr Stéphane Bouchard



Module 3: TCC du trouble d'anxiété généralisée  
3,5 heures  
Dr Stéphane Bouchard



**Module 4: TCC du stress post-traumatique**  
3 heures  
**D<sup>r</sup> Stéphane Bouchard**



**Module 5: TCC de l'anxiété sociale**  
2,5 heures  
**D<sup>r</sup> Stéphane Bouchard**



**Module 6: TCC du trouble obsessionnel-compulsif**  
3,5 heures  
**D<sup>r</sup> Stéphane Bouchard**



**Module 7: TCC des phobies spécifiques, observance et cas complexes**  
3 heures  
**D<sup>r</sup> Stéphane Bouchard**



**Méditation et psychothérapie: l'apport de la pleine conscience**  
12 heures  
**M. Marc Bibeau**



**Thérapie cognitive-comportementale du perfectionnisme excessif**  
4,5 heures  
**D<sup>r</sup> Isabelle Boivin**



**La structure des systèmes conjugués et familiaux**  
5 heures  
**M. Jean-Luc Lacroix**



**Étapes du processus thérapeutique en thérapie familiale et conjugale**  
5 heures  
**M. Jean-Luc Lacroix**



**Thérapie cognitive-comportementale de la dépression chez l'ainé**  
Automne 2014  
**D<sup>r</sup> Philippe Landreville**



**Les troubles de la conduite alimentaire chez les enfants et les adolescents: évaluation et intervention**  
6 heures  
**D<sup>r</sup> Dominique Meilleur**



**Évaluation d'un trouble mental: démarche d'évaluation et rédaction d'un rapport**  
5 heures  
**M. Jean-Guy Rochefort**



**Les troubles anxieux chez les enfants et les adolescents**  
12 heures  
**D<sup>r</sup> Caroline Berthiaume**



**La régulation émotionnelle du thérapeute: Comprendre et utiliser son contre-transfert avec la clientèle souffrant d'un trouble de personnalité**  
5,5 heures  
**D<sup>r</sup> Monique Bessette**



**La supervision clinique de psychothérapie**  
6 heures  
**M. André Renaud**



**Analyser et interpréter les dessins d'enfants, théorie et utilisation en psychothérapie**  
5 heures  
**M<sup>me</sup> Diane Mercier**



**Éléments d'intervention qui favorisent le changement**  
6 heures  
**M. Michel Lemieux**



**Comment composer avec le narcissisme pathologique en pratique courante**  
3 heures  
**D<sup>r</sup> Olivier Triffault, psychiatre**



**L'usage de compassion: Un risque de la profession de psychothérapeute**  
8 heures  
**M<sup>me</sup> Catherine Petit**



**L'attachement de l'enfant envers ses parents à l'âge préscolaire et scolaire: Entre négociations réciproques et renversement des rôles**  
5 heures  
**D<sup>r</sup> Jean-François Bureau**



**La motivation au changement: une question de style et de stratégies**  
6 heures  
**M<sup>me</sup> Solange Keighan**



**Développer et renforcer la résilience ou comment rebondir après une épreuve?**  
6 heures  
**M<sup>me</sup> Sylvie Rousseau**



**Novel Methods of Interference in Clinical Neuropsychology**  
5 heures  
**D<sup>r</sup> David Schretlen**



**Developmental Neuropsychology of ADHD: Brain and Behavior from Preschool to High School**  
4,5 heures  
**D<sup>r</sup> Mark Mahone**



**Analyse et interprétation du dessin de famille chez les enfants, théorie et utilisation en psychothérapie- Niveau 2**  
Automne 2014  
**M<sup>me</sup> Diane Mercier**

**cfsmo**

Centre de formation en santé mentale de l'Outaouais de  
Centre de santé et de services sociaux  
de l'Outaouais

VOUS POUVEZ CONSULTER LA PROGRAMMATION DÉTAILLÉE À L'ADRESSE SUIVANTE:  
[WWW.CSSSGATINEAU.QC.CA/CFSMO](http://WWW.CSSSGATINEAU.QC.CA/CFSMO)

(D'AUTRES FORMATIONS SERONT MISES EN LIGNE AU COURS DE L'ANNÉE 2014-2015)



Susan Bermingham / Psychologue

M<sup>me</sup> Bermingham est psychologue clinicienne en bureau privé. Elle travaille avec les couples infertiles depuis 1992 et elle a participé à divers groupes d'études et comités d'éthique concernant la procréation médicalement assistée.

## Réflexions cliniques sur l'évaluation et l'intervention auprès des couples ayant recours à la procréation médicalement assistée

**Actuellement, dans le monde, un couple sur six souffre d'un problème de fertilité. L'infertilité, ce n'est pas seulement éprouver une difficulté à concevoir un enfant. Ne l'évoquer que sous un angle médical serait réducteur. L'onde de choc que provoque le diagnostic d'infertilité, tout comme plus tard les différents traitements, souvent longs, fastidieux, et toujours à recommencer, bouleverse le psychisme des femmes et des hommes, les atteint au plus profond de leur être et remet en question un équilibre interne qui, auparavant, pouvait ne pas être si fragile. Le couple aura à prendre toute une série de décisions cruciales et souvent il se sentira submergé.**

La blessure profonde que provoque le diagnostic est bien réelle. Tout comme le seront celles qu'infligeront les échecs et les deuils qui pourraient survenir. Selon moi, cette douleur est aussi importante à considérer que l'intervention médicale elle-même. Le psychologue devient un phare pour le couple qui se retrouve devant une bataille à laquelle il se livrera corps et âme, devant un monde confrontant qui ramène le couple à sa plus grande vulnérabilité, mis à nu devant les médecins et le personnel soignant, alors que faire un enfant est au cœur de l'intimité conjugale. Le psychologue est là pour les écouter, pour valider leur sentiment de vide et la sensation que leur procure l'incompréhension de leur entourage. Le psychologue travaille pour le bien-être des conjoints en mal d'enfant. L'évaluation nous permet de mettre en lumière les points de vulnérabilité, afin d'amener le couple à développer des stratégies efficaces pour son bien-être dans la traversée de la procréation médicalement assistée (PMA).

### ÉVALUATION PRÉTRAITEMENT

Lorsque nous rencontrons les couples en clinique de fertilité, nous devons effectuer une évaluation pour savoir où ils en sont dans leur cheminement et dans leur processus décisionnel en ce qui concerne leur projet parental. Au moins une rencontre en psychologie est requise et nécessaire avant le début des traitements. À l'occasion, plus d'une rencontre peut s'avérer nécessaire afin d'aborder tous les aspects et les impacts de l'infertilité. Même si la

rencontre peut être bénéfique dans tous les traitements de fertilité, ce n'est que dans le protocole de traitement avec don de gamètes que la rencontre en psychologie est obligatoire. Les frais des rencontres en psychologie sont assumés par le couple.

Il y a alors deux volets à aborder : l'évaluation des conjoints relativement à leur traitement, puis l'impact et le bien-être de l'enfant à venir. Ces deux sphères sont indissociables l'une de l'autre. Lors de la rencontre, le psychologue veut aider le couple, mais il ne perd jamais de vue l'enfant qui naîtra de ces traitements. Nous devons nous assurer que chacun des partenaires puisse, à court terme, vivre les émotions inhérentes au processus, mais aussi, à long terme, être en mesure de faire face aux émotions que pourraient susciter le succès ou l'échec du traitement.

Je travaille en utilisant une grille d'évaluation que j'ai développée avec une collègue, à partir des expériences de nos rencontres avec les couples au début des traitements de fertilité. Cette grille nous donne un barème pour l'évaluation de toutes les sphères à considérer dans un projet parental médicalement assisté. Ainsi nous pouvons voir avec les deux conjoints leurs vulnérabilités et leurs questionnements à l'égard du recours à la PMA. Est-ce que la PMA répond à leur besoin d'enfant et à leurs valeurs familiales? Est-il possible pour eux, avec leurs croyances, de prendre toute cette médication et de faire tous ces traitements « artificiels » pour concevoir un enfant? Y a-t-il, de la part de l'un des deux conjoints ou d'autres membres de l'entourage du couple, de la pression envers le recours à la PMA? Cet outil nous donne la possibilité de couvrir tous les aspects de l'infertilité et d'en voir les impacts sur le couple. Un bref rapport est remis aux médecins, incluant la compréhension du couple et sa motivation à livrer les batailles auxquelles il sera confronté dans la prochaine année. L'évaluation de tous ces points nous indique la façon d'aborder les traitements ou l'arrêt des traitements et nous permet d'aider le couple à voir ce qui est le mieux pour lui. Souvent, il en découle une prise de conscience et une réflexion pour chacun des individus.

Voici les éléments essentiels de cette grille.

## \_L'HISTOIRE PSYCHOSOCIALE INDIVIDUELLE ET DE COUPLE

Nous voulons savoir depuis combien de temps les conjoints sont en relation, comment ils ont discuté de leur projet conjugal et parental, comment ont été leurs premiers essais à concevoir. Ainsi, nous essayons de voir quel a été sur leur couple l'impact des résultats de ces tentatives, les peines qu'ils ont vécues chaque fois que leur projet ne fonctionnait pas. Ressentent-ils la même urgence et le même désir de fonder une famille? Veulent-ils tous les deux entreprendre des investigations en fertilité et des traitements?

Les aspects de la santé mentale actuelle et passée, individuelle ou conjugale, sont évalués. Le désir d'enfant étant tellement important pour les conjoints qu'ils perdent de vue leur propre santé et leur propre bien-être. Il n'est pas rare de voir une femme, sans l'avis de son médecin, arrêter toute médication sans prendre en compte la façon sécuritaire de modifier la posologie. Ces informations concernant leur histoire passée facilitent la prise en charge du patient dans sa globalité afin d'offrir le soutien nécessaire en cours de traitement. Le psychologue a à cœur le bien-être des partenaires malgré les traitements invasifs et la prise de médication dont les effets secondaires peuvent bouleverser leur vie quotidienne, celle de leur entourage et leur vie professionnelle. Dans certaines situations, avoir un enfant peut être la solution pour aider et même guérir certains symptômes d'anxiété et de dépression. En effet, il n'est pas rare de remarquer une diminution des symptômes psychopathologiques à la suite d'un succès des traitements de fertilité. Le couple devient alors comme tous les autres qui ont des enfants, ils n'ont plus à s'isoler, la vie sociale reprend son cours, leur identité d'homme ou de femme est préservée. Ils ont réussi à atteindre leur rêve de toute une vie.

On remarque souvent, chez les couples qui ont de la difficulté à concevoir un enfant, les manifestations suivantes : manque de confiance, d'estime personnelle, de concentration, anxiété, hypochondrie, anxiété de performance, peur de l'avenir, difficultés relationnelles avec l'entourage, isolement... Et c'est souvent normal. Il faut être capable, comme professionnel de la santé mentale, avec cette clientèle particulière, de différencier un état pathologique d'un état normal et attendu.

## \_LES RÉACTIONS AU DIAGNOSTIC D'INFERTILITÉ

Après les investigations médicales, le diagnostic proposé, ou l'absence d'explications pour leur infertilité et le traitement suggéré, le psychologue va poser de nouvelles questions. Quelles sont leurs réactions au diagnostic ou au traitement à venir? Se sentent-ils prêts? Ressentent-ils de la pression sociale à faire un enfant? Les deux conjoints sont-ils au diapason quant au processus qui leur est proposé? Y a-t-il acceptation et implication des deux conjoints dans le traitement? Quel est l'impact de l'infertilité sur le fonctionnement émotionnel et social de chacun des conjoints? Quel est l'impact sur leur image personnelle et leur estime de soi? Quel est l'impact sur la relation de couple et leur intimité?

## \_LA COMMUNICATION CONJUGALE ET LE SOUTIEN MUTUEL

La communication et le soutien au sein du couple sont des aspects fondamentaux de la réussite de la traversée des traitements et des résultats qui en découlent. Le partenaire est celui qui pourra offrir le meilleur soutien possible à l'autre dans le déroulement de tout processus de fertilité.

## \_LE SOUTIEN DE L'ENTOURAGE

En cours de traitement, il est important que le couple puisse être soutenu par son entourage. La façon dont l'entourage perçoit les conjoints va grandement influencer l'estime personnelle de chacun des partenaires. Y aura-t-il des critiques dans le cas, par exemple, des inséminations avec le sperme d'un donneur? « Mais si c'est le sperme de quelqu'un d'autre, ton mari ne sera pas le père! C'est comme si tu trompais ton mari, finalement! » De telles phrases sont dévastatrices et le psychologue doit savoir les désamorcer.

Le couple ressent-il la pression de la famille à concevoir un enfant le plus rapidement possible, avec des remarques comme « J'aimerais tellement être grand-mère »?

## \_COMPRÉHENSION DU TRAITEMENT ET DE SES IMPLICATIONS

L'évaluation prétraitement comporte une partie éducative au sujet des traitements à venir. Quel traitement est suggéré? Quelles sont les étapes de celui-ci? Quels sont les effets recherchés? Comment gérer les émotions qui peuvent accompagner le traitement? À quel moment les conjoints devraient-ils entreprendre ce cycle? Le psychologue les informe et les aide à intégrer les étapes qui vont suivre. Connaissant les spécificités du traitement à venir, chaque conjoint peut alors comprendre son implication. On pourra alors reconnaître avec eux les vulnérabilités psychologiques et émotionnelles auxquelles ils risquent d'être confrontés. On met en lumière les motivations de chacun des partenaires dans la poursuite du traitement.

## \_GESTION DE STRESS ET ÉMOTIONS ANTICIPÉES LORS DES TRAITEMENTS

L'évaluation nous aide à reconnaître les sources de stress pour chacun et à anticiper les réactions émotionnelles les plus susceptibles d'arriver lors des traitements de fertilité.

L'évaluation nous permet aussi de trouver, dans leur environnement, les autres sources de stress qui peuvent exacerber les difficultés lors des étapes du protocole utilisé. Par exemple, l'accouchement imminent de la belle-sœur sera à envisager comme un facteur de stress, puisque celle-ci a déjà « fabriqué » un bébé, quand le couple connaît tant de difficultés.

À tout ceci viennent s'ajouter d'autres particularités pour les différents traitements, comme lors d'une insémination avec un donneur de sperme ou une donneuse d'ovules. Le donneur sera-t-il connu ou anonyme? La prise de décisions inhérentes au traitement visé peut exacerber la détresse vécue par le couple.

On se doit de trouver, comme psychologue, les stratégies individuelles qui faciliteront l'adaptation et la gestion du stress (par exemple, rechercher de l'information, avoir des distractions, résoudre les problèmes, reconnaître les aspects positifs). Comment les conjoints, avec leurs ressources respectives, peuvent-ils offrir l'un à l'autre un soutien émotionnel, verbal, social et pratique? Une discussion avec le couple sur les méthodes utilisées pour gérer le stress l'aidera à trouver les solutions pour réduire les impacts sur leur humeur et sur leurs vulnérabilités.

## \_LES ATTENTES DU COUPLE À L'ÉGARD DU TRAITEMENT

Quelles sont les attentes des conjoints lorsqu'ils imaginent les traitements? Veulent-ils que toute intervention leur soit expliquée en détail ou, au contraire ont-ils besoin qu'on les laisse davantage traverser tout cela de façon privée? À quoi doit-on s'attendre comme effets secondaires de la médication (qui a souvent un effet sur l'humeur)?

Mais avant tout, les conjoints sont-ils réalistes ou ont-ils une pensée magique qui leur prédit un succès à 100 %? Le psychologue doit les aider à affronter les faits : le succès n'est pas garanti.

## \_LES SOLUTIONS DE RECHANGE ENVISAGÉES

De quelle manière peut-on répondre au besoin du couple d'avoir une famille? Est-ce par des traitements de fertilité ou par l'adoption? L'adoption internationale ou l'adoption via le programme Banque-mixte? Dans l'éventualité d'un échec des traitements, quelles sont les solutions de rechange envisagées afin de donner suite au projet parental du couple?

Le but de cette intervention est d'ouvrir une fenêtre sur d'autres possibilités que celle initialement prévue, de prévoir un plan B, un plan C ou même D. Le couple est ainsi amené à réfléchir sur son idée de ce qu'est une famille. Cela permet des discussions entre les conjoints et ouvre des horizons qu'ils n'ont jamais soupçonnés.

## \_LES GROSSESSES MULTIPLES

Même si les traitements maintenant payés par le gouvernement ne permettent que le transfert d'un seul embryon, il existe toujours la possibilité d'une grossesse multiple. Il est important d'en parler ouvertement afin de sensibiliser les conjoints aux éventuelles difficultés encourues. Naturellement, pour un couple qui attend l'arrivée de la cigogne depuis longtemps, n'est-il pas tentant de vouloir créer en une seule grossesse toute la famille désirée? Là encore, les conjoints ne prennent pas la mesure de cette réalité difficile. Se rendent-ils compte que cela implique une grossesse beaucoup plus difficile pour la mère et que la naissance d'autant d'enfants nécessite un soutien externe? Et que dire des enfants qui naîtront prématurément avec les complications médicales qui s'ensuivent?

Il faut aider les conjoints à demeurer réalistes, pour eux-mêmes et pour les enfants à venir. Ainsi seront-ils mieux outillés pour prendre les meilleures décisions possibles.

## \_ET L'ENFANT, DANS TOUT ÇA?

Le psychologue spécialiste en fertilité a à cœur de protéger l'enfant à naître. Ce bébé va grandir et devenir un ado et un adulte. Nous voulons être sûrs de lui assurer sa place au sein de la famille qui l'accueillera. Nous ne perdons jamais de vue que les personnes qui sont devant nous seront les parents d'un enfant devenu réel. Nous prenons en compte chaque fois l'environnement dans lequel ce dernier grandira.

Nous faisons l'évaluation du couple dans son projet parental au-delà des traitements souvent invasifs et perturbants, car le résultat de toutes ces démarches est la venue de l'enfant. Il est primordial de garder en tête les répercussions de la PMA sur l'enfant à venir.

Un autre enjeu crucial est la relation qui existera entre les parents et leur enfant. La personne souffrant d'infertilité sait que cet enfant ne lui est pas biologiquement relié, et elle le saura toujours. Que répondra-t-elle aux différentes questions de l'enfant? Ces questions seront-elles ressenties comme de l'inquisition? Provoqueront-elles du malaise ou de l'appréhension? Aura-t-elle l'impression de vivre dans le mensonge? Comment accueillera-t-elle les commentaires de tel collègue de travail qui, rencontré par hasard, fera des blagues sur le fait que cet enfant ne lui ressemble pas le moins du monde? Ce sont des situations et des émotions auxquelles il s'agit de réfléchir, car la légèreté et la spontanéité des relations entre le parent et son enfant dépendent de la résolution des problèmes liés à ces situations. C'est pourquoi y penser à l'avance et, avec le psychologue, envisager les différentes réactions que chacun peut avoir s'avérera prudent et raisonnable.

## \_RECOMMANDATIONS PARTICULIÈRES

Avec le consentement écrit des conjoints, à la fin de l'évaluation du couple, un rapport sur les points évalués et les façons pour l'équipe soignante de faciliter le traitement pour le couple est remis aux médecins.

## \_QUE PEUT FAIRE LE PSYCHOLOGUE?

Le rôle du psychologue peut aussi s'avérer très utile auprès des cliniques ou des gouvernements, puisque c'est le professionnel qui a probablement le meilleur accès au psychisme des hommes et des femmes confrontés à la PMA. Il apporte une tout autre vision que celle du corps médical sur la façon d'approcher le couple, sur les techniques médicales utilisées pour concevoir un enfant tout en respectant l'équilibre humain. Le psychologue dans les comités s'assure de fixer les limites indiquant jusqu'où pourra aller la science, et ce, tout en considérant le couple et l'enfant à venir.

Des lignes directrices en counseling en matière de PMA ont aussi été développées par le comité spécial du groupe d'intérêt en counseling de la Société canadienne de fertilité et d'andrologie (SCFA), auquel j'ai participé, avec le soutien de Santé Canada. Ces lignes directrices peuvent aussi être consultées pour favoriser les soins aux patients en PMA. On peut trouver ce document dans le site Web de la SCFA, au [www.cfas.ca](http://www.cfas.ca).

## \_CONCLUSION

Nous avons tendance à nous demander *quand* nous aurons des enfants, mais jamais *si* nous allons en avoir. Avoir un enfant peut être une source de bonheur incomparable, mais nous devons rester humbles devant ce miracle de la nature. Comme psychologue, nous évaluons et assistons le couple dans les méandres de la PMA. Malgré toutes les interventions auprès du couple et les recommandations faites aux médecins spécialistes, le psychologue est avant tout un conseiller et une boussole... Il est important de noter que la décision finale quant à la poursuite ou non des traitements demeure toujours celle du médecin et de son patient.

## \_Bibliographie

- Bermingham, S., Daniluk, J., Newton, C., Takefman, J., et Yee, S. (2009). *Assisted Human Reproduction Counselling Practice Guidelines*. Canadian Fertility and Andrology Society.
- Bermingham, S. (2011). *Vivre avec l'infertilité*. Bayard. (Le livre est disponible auprès de l'auteure.)



**D<sup>re</sup> Marie-Alexia Allard**  
Psychologue  
Consultante en fertilité



**Danièle Tremblay**  
Psychologue  
Consultante en fertilité

# La consultation psychologique lors du recours à un don de gamètes

La Loi sur la procréation assistée du Canada recommande que toute personne ou tout couple qui subissent une manipulation de leurs gamètes (p. ex. la fécondation in vitro) ou qui doivent avoir recours à un don de gamètes pour concevoir un enfant rencontrent un spécialiste afin d'être soutenus dans leur démarche. Au Québec, les femmes célibataires, les couples hétérosexuels et les couples homosexuels peuvent avoir recours à un don de sperme ou à un don d'ovules. L'entretien psychologique est obligatoire pour ces personnes. L'objectif de cet article est de présenter le fil rouge qui guide la conduite de ces entretiens.

Le travail clinique réalisé auprès des couples hétérosexuels fera l'objet de cet article. En effet, ces derniers sont confrontés à leur infertilité et aux deuils qui surviennent après le diagnostic, ce qui rend leur parcours éprouvant. La procréation médicalement assistée (PMA) est alors la confirmation de leur incapacité à procréer par eux-mêmes; ceci est d'autant plus juste quand un don de gamètes est en jeu.

## \_LA CONSULTATION PSYCHOLOGIQUE

Le recours à un don de gamètes suscite des questions essentielles auxquelles il est fondamental que les couples réfléchissent. Cette consultation représente une « invitation à penser » (Cauvin, 2007) pour les couples bouleversés par l'annonce de leur infertilité et de la nécessité d'avoir recours à un tiers pour réaliser leur projet parental. Ils doivent être informés des implications de ce mode de conception pour prendre une décision éclairée sur la pertinence, par exemple, d'informer l'enfant au sujet des circonstances entourant sa conception. Cauvin (2007) souligne que cette consultation ne représente pas un travail en profondeur, mais qu'elle permet d'amorcer les premiers mouvements d'une nouvelle identité parentale. Souvent unique, cette entrevue est parfois répétée, permettant alors d'accompagner les couples dans le deuil de leur infertilité et dans l'accès à une parentalité différente, loin de leurs conceptions initiales de la maternité ou de la paternité. C'est alors au fil du temps que chacun pourra se confier sur ses doutes et ses peurs liés au fait de devenir parent et qu'un véritable travail clinique pourra s'amorcer pour accueillir un enfant par ce mode de conception.

## \_FAIRE FACE À L'INFERTILITÉ

L'annonce de l'infertilité est un choc pour les couples. Elle vient bouleverser leur projet de vie et souvent même plus profondément leur identité (Allard, Séjourné et Chabrol, 2007). La

consultation offre d'emblée cet espace pour accueillir leur souffrance. Les couples apparaissent généralement dans une situation comparable à un deuil (Mazzone, 2010). L'irréalisation du projet d'enfant conduit à un climat fait de déception, de colère ou encore d'une profonde tristesse. L'infertilité cause une terrible blessure narcissique tant chez l'homme que chez la femme. L'impossibilité à mettre au monde un enfant conduit les femmes à s'interroger sur leur féminité et leur rôle familial. L'infertilité chez l'homme représente une atteinte à l'estime de soi et à la virilité. Les sentiments de honte et de culpabilité dominant envers un corps perçu comme défaillant (Hopker-Azemar, 2011). Le clinicien doit être attentif aux réactions de chacun à l'annonce de l'infertilité. Inviter chacun des membres du couple à s'exprimer est fondamental, tout comme valider et normaliser leurs émotions.

## \_RENONCER À LA FILIATION BIOLOGIQUE

L'annonce du recours au don de gamètes représente à la fois un nouvel espoir pour le couple de parents en devenir et un travail de deuil de la filiation biologique. Les couples sont généralement rassurés par le fait qu'une des deux personnes pourra transmettre son patrimoine génétique, mais celle qui porte l'infertilité est confrontée à de nombreux questionnements. Des doutes à l'égard de l'identité parentale peuvent s'exprimer. Comment devenir parent sans avoir de lien génétique avec son enfant?

## \_CHOISIR UN DONNEUR OU UNE DONNEUSE

La loi canadienne interdit toute rémunération pour les dons de gamètes. Depuis 2004, le gouvernement, par l'intermédiaire de Santé Canada, a imposé un moratoire sur les banques de sperme pour des raisons éthiques et légales. Les conséquences sont importantes, puisque le sperme qui provient désormais des banques américaines permet aux couples de choisir entre un donneur anonyme ou un donneur à identité ouverte, contrairement aux banques canadiennes, qui n'offraient que des paillettes de sperme de donneurs anonymes. Choisir un donneur à identité ouverte implique que l'enfant pourra connaître, à sa majorité, l'identité du donneur.

Lorsque la femme est infertile, le couple peut avoir recours au don d'ovocytes, qui peut également être anonyme ou à identité ouverte si le couple fait affaire avec une agence américaine. Si la donneuse est une personne de l'entourage du couple receveur, l'enfant pourra connaître ses origines avant l'âge de 18 ans. Cependant, la « cohabitation » de la donneuse et de

la receveuse est aussi à évaluer par le psychologue. Le don d'ovules de « personne à personne » implique que toutes les parties en jeu soient rencontrées et informées des implications et des ramifications d'une conception faisant appel à une donneuse connue.

Le choix du donneur est une étape indispensable qui devrait se faire à la lumière des connaissances actuelles sur le vécu des enfants issus de don de gamètes. Les couples sont les seuls décisionnaires dans ce processus. Toutefois, notre rôle est de les informer, de soutenir leur réflexion, de les encourager à exprimer leurs craintes dans le but d'entreprendre les premiers pas vers la création d'une nouvelle identité familiale et de les aider à voir comment ils vont faire de leur enfant une personne complète.

À travers le monde, de nombreux enfants réclament le droit de connaître leurs origines. Plusieurs pays comme le Royaume-Uni, la Suède ou encore la Suisse ont modifié leur législation pour ne permettre que les donneurs à identité ouverte. L'ONU, dans sa Convention internationale relative aux droits de l'enfant (dont le Canada est signataire) a également procédé à l'ajout d'un chapitre intitulé « Le droit de connaître ses origines ». Le droit international reconnaît donc ce droit aux enfants. Toutefois, la Régie de l'assurance maladie du Québec rend l'utilisation de donneurs anonymes plus attrayante (« gratuite ») que l'utilisation de donneurs à identité ouverte (« payante »). (Tremblay, Lalonde et Allard, 2013).

Ce besoin de connaître ses origines apparaît comme un besoin naturel, un besoin spirituel de l'être humain de savoir d'où il vient et où il va. Avoir accès au premier chapitre de sa vie aide l'individu à construire son identité. Le sentiment de continuité lui permet alors de vivre harmonieusement. Les travaux de Geneviève Delaisi de Parseval (1983; 2009), qui a rencontré des adultes issus de dons de sperme, mettent en lumière que certains ressentent « un trou dans leur filiation » et que les

demandes de levée du secret des origines prennent racine dans l'idée intolérable que quelqu'un en sache plus qu'eux-mêmes sur leurs origines.

Les préoccupations des enfants conçus par don de sperme concernent le donneur, ses origines et ses motivations, mais aussi les enfants issus du même donneur (Delaisi de Parseval, 2009). En effet, les enfants réalisent en grandissant que le donneur peut avoir fait plusieurs dons ou encore que du même don, plusieurs ovules de femmes différentes ont pu être fécondés. La peur de l'inceste devient une préoccupation à ne pas négliger, ainsi que le désir de rencontrer les enfants issus du même donneur. Plusieurs mouvements de retrouvailles existent déjà à l'étranger.

Il s'avère très pertinent d'encourager les couples à s'exprimer sur la place qu'occupe le donneur ou la donneuse dans leur imaginaire, ce qui témoigne également de l'avancement du travail de deuil de la filiation biologique. Le discours des couples rend compte que le donneur ou la donneuse peuvent être perçus comme des sauveurs, mais également comme des rivaux que l'enfant pourrait préférer à son père ou à sa mère, comme le soulignent Canneaux et coll. (2013) Les enfants issus de don de gamètes sont curieux du donneur ou de la donneuse et ne cherchent généralement pas un parent dans leur quête des origines (Delaisi de Parseval, 2009). Demander à rencontrer le donneur représente une manière de mieux se connaître « d'étayer leur sentiment d'identité de façon plus stable » (Delaisi de Parseval, 2009). Toutefois, la façon dont les enfants sont informés des circonstances entourant leur conception semble un déterminant essentiel dans la manière de s'approprier leur histoire singulière (Huerre et Pelloux, 2011). Enfin, nos interventions visant à aider le couple à intégrer une « base positive » à leur histoire parentale leur permet d'avoir un autre regard sur leur projet (Besse et coll., 2009). En effet, si leur enfant vient au monde, c'est uniquement grâce à leur patience, à leur persévérance et à leur désir de fonder une famille.

<p><b>Le couple: un être singulier.</b> Formation de 3 h. <b>24 Oct 2014</b>  Centre St-Pierre, Montréal Reconnaissance OPQ</p>	<p><b>Évaluation familiale en quatre rencontres</b> Formation de 18 h  <b>14-15, 28-29 Nov 2014</b></p>	<p><b>Lyse Bessette</b>, travailleuse sociale, tcf., psychothérapeute, Hôpital Sacré Cœur <b>Francois Lefebvre</b>, psychologue, psychanalyste, superviseur Hop. Juif Mtl  <b>FORMATIONS COUPLE-FAMILLE</b>  <a href="mailto:bessette.lefebvre@gmail.com">bessette.lefebvre@gmail.com</a> <a href="http://www.formationcouple-famille.ca">www.formationcouple-famille.ca</a></p>	
---	---	--	---

## \_RACONTER À SON ENFANT L'HISTOIRE DE SA CONCEPTION

Il convient dans un premier temps de demander aux couples s'ils pensent informer l'enfant de sa conception particulière. Lorsque le couple envisage de garder le secret, il est important d'explorer avec eux les raisons de cette stratégie. Une attention particulière est portée aux couples issus de cultures ethniques au sein desquelles un enfant qui n'est pas issu génétiquement du père risque d'être rejeté. Toutefois, nous devons informer tous les couples sur les risques psychologiques liés au secret (Hopker-Azemar, 2011). Il est également important d'informer les couples que pour des raisons médicales ils pourraient, à un moment, se trouver dans « l'obligation » de mentionner à l'enfant les conditions de sa conception. Les questions concernant les personnes de leur entourage au courant du recours au donneur prennent tout leur sens. Nous savons que les révélations tardives faites par une tierce personne ont un effet délétère sur la santé psychologique des enfants. Les mauvaises conditions de divulgation ne permettent pas à l'enfant de s'approprier positivement son histoire (Huerre et Pelloux, 2011). Par conséquent, le principe de transparence sur la filiation permet d'éviter des conséquences nocives sur l'enfant. Il convient d'être attentif aux capacités de chaque futur parent d'informer et d'accompagner leur enfant dans ses questionnements et dans la découverte de ses origines. Lorsque certains parents ont des doutes quant à leur capacité à raconter à leur futur enfant son histoire, une autre consultation peut-être proposée.

Les cliniciens s'entendent généralement sur le fait qu'il est important que l'enfant soit informé tôt des circonstances entourant sa conception. Il est intéressant d'inviter les couples à imaginer la façon dont ils pourraient raconter cette histoire. Généralement, nous recommandons aux couples de faire une

histoire accessible et chaleureuse qui témoigne de leur désir d'être parent. Ce moment de l'entretien clinique est généralement apaisant et rassurant pour les couples qui continuent de s'approprier leur nouveau projet parental en restituant bien le geste du donneur ou de la donneuse. Plusieurs chercheurs et cliniciens soutiennent que les enfants qui sont informés de façon précoce, progressive et constructive de leur conception sont à l'aise avec leur histoire et en ont une représentation valorisante (Daniels, 2004; Huerre et Pelloux, 2011; Scheib, Riordan et Rubin, 2003).

## \_LA VIGILANCE DES PSYCHOLOGUES

Nous avons vu brièvement comment une seule entrevue de sensibilisation à la parentalité hétérosexuelle avec don de gamètes est complexe. Notre expérience clinique amène son lot de questionnements. En effet, des doutes sérieux sur la santé psychique d'un des membres du couple ou encore le récit d'une histoire familiale déjà marquée par l'intervention de la Protection de la jeunesse peuvent nous laisser avec d'importantes réserves quant à la capacité de certains couples demandeurs à mener à bien leur projet d'enfant. Une investigation plus poussée des capacités parentales pourrait alors s'avérer pertinente, mais l'exercice de la psychologie dans ce domaine est complexe, puisqu'il s'agit d'un projet d'enfant et que l'enfant n'existe pas encore. Actuellement, plusieurs organismes, comme l'ONU, cherchent à faire reconnaître sinon le droit de l'enfant, du moins le respect de la personne, comme en témoigne la lettre publiée dans le journal français *Libération* concernant les mères porteuses (Delors et Jospin, 2014).

Les PMA sont là pour rester, mais nous devons, à titre de psychologues, être vigilants afin que notre expertise dans ce domaine puisse se développer et être encadrée, pour que les enfants issus de ces techniques aient toutes les chances de vivre dans une famille harmonieuse.

## \_Bibliographie

- Allard, M.-A., Séjourné, N. et Chabrol, H. (2007). Vécu des différentes étapes d'un processus de fécondation in vitro. *Gynécologie, Obstétrique & Fertilité*, 35, 1009-1014.
- Besse, D., Emery, M., Wunder-Galié, D. et Wirthner, D. (2009). L'entretien psychologique systématique pour les couples optant pour l'IAD : huit ans d'expérience clinique dans une législation prévoyant la levée de l'anonymat du donneur. *Androl.* 217-222.
- Canneaux, M., Chabert, C., Golse, B., Wolf, J.-P., et Beauquier-Maccotta, B. (2013). Comment devient-on mère grâce à un don d'ovocytes? *La psychiatrie de l'enfant*, 56, 67-96.
- Cauvin, P. (2007). Dynamique de la consultation de psychologie clinique dans le cadre de l'aide à la procréation médicale avec don de gamètes. *Cliniques méditerranéennes*, 76, 135-156.
- Daniels, K. (2004). *Building a Family with the Assistance of Donor Insemination*. Palmerston North : Dunmore Press.
- Delaisi de Parseval, G. (1983). *L'enfant à tout prix*, Seuil : Paris
- Delaisi de Parseval, G. (2009). Comment entendre les demandes de levée du secret des origines? *Esprit*, 5, 165-179.
- Delors, J., et Jospin, L. (2014). GPA : Monsieur le président de la République... *Libération*, 13 juillet 2014 [www.libération.fr/societe/2014/07/13/gpa-monsieur-le-president-de-la-republique\_1063256].
- Euriat, V. (2004). Don de gamètes et don d'embryons : état des lieux avant l'établissement des lois. *Spirale*, 32(4), 55-75.
- Geberowicz, B. (2007). Les nouvelles parentalités tissent-elles de nouveaux liens? Dans J. Besson et M. Galtier (dir.), *Mes papas, mes mamans et moi? La place de l'enfant dans les nouvelles parentalités* (p. 157-167), Toulouse : Ères
- Guelle, N. (2004). L'entretien psychologique lors du recours à l'insémination artificielle avec donneur (IAD). *Spirale*, 32(4), 141-146.
- Hopker-Azemar, F. (2011). De la difficulté des hommes à vivre les protocoles de l'aide médicale à la procréation. Dans D. Welzer-Lang et C. Zaouche-Gaudron (dir.), *Masculinité : état des lieux* (p. 245-253), Toulouse : Ères.
- Huerre, P., et Pelloux, A.-S. (2011). Filiation et parentalité dans l'insémination avec donneur. Interview de Jean-Marie Kunstmann. *Enfance et Psy*, 50(1), 93-107.
- Mazzone, J.-C. (2010). Le deuil de la fertilité dans l'insémination avec sperme de donneur (IAD). Dans P. Jouannet et R. Mieuxet (dir.), *Donner et après... La procréation par don de sperme avec ou sans anonymat?* (p. 197-210), France : Springer-Verlag.
- Scheib, J. E., Riordan, M., et Rubin, S. (2003) Choosing identity-release sperm donors : the parents' perspective 13-18 years later. *Human Reproduction*, 18(5), 1115-1127.
- Tremblay, D., Lalonde, M.-C., et Allard, M.-A. (2013). Mémoire rédigé à l'attention du Commissaire à la santé et au bien-être dans le cadre des consultations requises pour produire l'avis sur les activités de procréation assistée au Québec.

## Saviez-vous que?

# Une étude pour dépister l'abus d'alcool chez les adolescents et ainsi prévenir le risque d'alcoolisme

**D<sup>re</sup> Nathalie Girouard, psychologue, conseillère à la qualité et au développement de la pratique**

Dans le cadre d'une étude longitudinale effectuée par le consortium IMAGEN auprès de 2400 jeunes européens de 14 ans, M<sup>me</sup> Patricia Conrod, psychologue, professeure au département de psychiatrie de l'Université de Montréal et chercheuse au Centre de recherche du CHU Sainte-Justine, a développé une grille de la personnalité qui permettrait de prédire jusqu'à 70 % une consommation d'alcool excessive chez les jeunes âgés de 14 à 16 ans. Selon la chercheuse, « l'étude s'est concentrée sur les systèmes de récompense du cerveau et la façon dont ils influencent le comportement et le risque de développer des psychopathologies ». Parmi les 40 facteurs ciblés, les résultats révèlent que l'impulsivité, l'attrait des sensations fortes, le manque de conscientisation, le désespoir et la présence d'antécédents familiaux de consommation de drogue contribuent à rendre un jeune vulnérable à l'abus d'alcool. Ces jeunes ont également été soumis à un test d'imagerie par résonance magnétique pour mesurer leur réactivité émotionnelle. Certaines zones du cerveau, telles que les gyrus droits, précentraux et frontaux supérieurs, peuvent être indicatrices d'une consommation excessive d'alcool potentielle chez ces jeunes. En identifiant précocement les aspects de la personnalité qui sont associés à une consommation inappropriée d'alcool, des interventions ciblées auprès des jeunes à risque peuvent être mises sur pied pour prévenir le risque d'alcoolisme.

## Sources

Université de Montréal. Communiqué : « Identifier les adolescents qui abusent de l'alcool avant qu'il ne soit trop tard », [[www.nouvelles.umontreal.ca/recherche/sciences-de-la-sante/20140709-identifier-les-adolescents-qui-abusent-de-lalcool-avant-quil-ne-soit-trop-tard.html](http://www.nouvelles.umontreal.ca/recherche/sciences-de-la-sante/20140709-identifier-les-adolescents-qui-abusent-de-lalcool-avant-quil-ne-soit-trop-tard.html)].

Mélanie Marquis. La Presse Canadienne. « Abus d'alcool : détection possible à l'adolescence », *Métro*, Montréal, 9 juillet 2014, [[journalmetro.com/plus/sante/522699/abus-dalcool-detection-possible-a-ladolence/](http://journalmetro.com/plus/sante/522699/abus-dalcool-detection-possible-a-ladolence/)].

## Formation continue Gestion de la douleur chronique

RA00330-13 / 7 crédits reconnus par l'OPQ

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

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

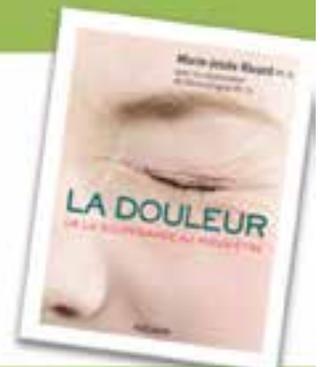


### Formations 2014

26 septembre : Montréal  
24 octobre : Québec  
7 novembre : Trois-Rivières  
5 décembre : Boucherville

### Objectifs de la formation

- Décrire le portrait global de la douleur, ses impacts physiques, fonctionnels et psychologiques,
- Évaluer de façon rigoureuse pour établir un plan de traitement précis et adapté
- Intervenir de façon efficace pour obtenir des résultats concluants



Information et inscription : [www.mariejoseerivard.com](http://www.mariejoseerivard.com)  
514-938-2451 / [mjrivard@psychologie@videotron.ca](mailto:mjrivard@psychologie@videotron.ca)

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

# 125<sup>e</sup> anniversaire du premier Congrès international de psychologie

Le 9 juillet dernier se tenait à Paris, plus précisément au premier étage de la tour Eiffel, une réception pour commémorer à la fois le 125<sup>e</sup> anniversaire du premier Congrès international de psychologie, qui s'est tenu à Paris en 1889, et, la naissance de l'Union internationale de psychologie scientifique, l'organisme qui regroupe près de 90 pays membres et qui représente donc plus d'un million et demi de psychologues auprès des principales organisations planétaires (ONU, UNESCO, OMS, etc.). Le premier congrès s'était tenu du 6 au 10 août 1889, pendant l'Exposition universelle, dans le palais du Trocadéro et le banquet de clôture s'était tenu à la tour Eiffel nouvellement inaugurée. Ce premier congrès avait regroupé 203 participants en provenance d'une vingtaine de pays. Sous la présidence du célèbre neurologue Jean-Martin Charcot (de l'Hôpital de la Salpêtrière), ce congrès avait attiré les grands noms de la psychologie de l'époque, dont Sigmund Freud, Hermann von Helmholtz, Wilhelm Wundt, William James et Pierre Janet. De grands noms de la neurophysiologie (Babinski), de la criminologie (Lombroso et Manouvrier), de la sociologie (Durkheim) et de la psychiatrie (De la Tourette, Korsakoff) étaient aussi présents. À ce premier congrès international de psychologie ont succédé à ce jour, environ tous les trois ou quatre ans, 29 autres congrès, dont ceux tenus à Montréal en 1954 et en 1996. Le prochain congrès international, le 31<sup>e</sup>, se tiendra à Yokohama, au Japon, en juillet 2016.



La tenue du premier congrès avait été suggérée en 1881 par un visionnaire, Julian Ochorowicz, qui avait alors écrit : « Poursuivons la réalisation du congrès, et, ne dût-il rendre d'autres services que de mettre à jour les côtés faibles de l'état actuel de la psychologie, ce serait toujours un pas en avant, un premier pas vers l'amendement; ce serait toujours le meilleur service que l'on puisse rendre à cette science rajeunie, justement nommée la plus belle et la plus digne de l'homme! »

Pour ceux et celles qui voudraient en savoir davantage sur ce premier congrès, vous pouvez consulter l'article suivant : Sabourin, M., et Cooper, S. (2014). The First International Congress of Physiological Psychology (Paris, August 1889) : The birth of the International Union of Psychological Science. *International Journal of Psychology*, 49, 222-232.

**Michel Sabourin**

*Tésorier, Union internationale de psychologie scientifique*

## OFFRE DE FORMATIONS - AUTOMNE 2014

L'intervention individuelle, conjugale et systémique auprès d'adultes présentant un TDAH



18 Cours (CPQ) - 30 heures (1)

TROIS-RIVIÈRES 3 OCTOBRE  
MONTRÉAL 19 OCT. & 7 NOVEMBRE  
2305 - \$ - 220,00\$

L'évaluation du TDAH chez l'adulte : Comorbidités et diagnostics différentiels



14 Cours (CPQ) - 28 heures (14)

MONTRÉAL 21 NOVEMBRE  
TROIS-RIVIÈRES 28 NOVEMBRE  
2305 - \$ - 244,00\$

Devenir un professionnel efficace : La gestion du temps, du stress et des priorités



15 Cours de formation

MONTRÉAL 31 OCTOBRE  
2305 - \$ - 287,00\$

Outils technologiques pour le TDAH : Leurs utilisations dans le support aux fonctions exécutives



11 Cours - Certification CPQ de 100 heures (1)

MONTRÉAL 26 SEPTEMBRE  
QUÉBEC 14 NOVEMBRE  
1775 - \$ - 201,21\$



### FORMATEUR

Dr Martin Pearson, psychologue spécialiste en évaluation et traitement du TDAH chez l'adulte. Il enseigne également depuis 2007 en milieu universitaire des cours touchant le développement cognitif humain et l'apprentissage.

### PROBLÉMATIQUE

Les études révèlent que 5% de la population adulte vivrait avec un TDAH. Les différents professionnels en santé mentale gagneraient en efficacité si certaines considérations cliniques inhérentes au TDAH à l'âge adulte étaient prises en considération lors de l'intervention.

# TDAH

UNITÉ D'ÉVALUATION & TRAITEMENT  
DU TDAH ADULTE

WWW.TDAHADULTE.CA

Information et inscriptions: [WWW.TDAHADULTE.CA/FORMATION.HTML](http://WWW.TDAHADULTE.CA/FORMATION.HTML)

# Perspectives de psychologues

## Le rôle des neuropsychologues dans l'évaluation et la gestion des commotions cérébrales liées au sport

*Psychologie Québec* ouvre ses pages à la discussion entre lecteurs sur des sujets reliés à la pratique professionnelle en lançant la rubrique « Perspectives de psychologues ». Nous vous invitons à participer à des discussions que nous souhaitons animées et éclairantes sur des préoccupations partagées par plusieurs psychologues. Il ne s'agit pas d'une page d'opinions : les textes doivent être documentés, appuyés sur des connaissances scientifiques et traiter de psychologie.

Nous publions des textes d'un maximum de 1500 mots. Les textes trop longs devront être retournés aux auteurs pour être abrégés. Soumettez vos perspectives au comité de rédaction de *Psychologie Québec* en écrivant à [dcote@ordrepsy.qc.ca](mailto:dcote@ordrepsy.qc.ca).

**Les traumatismes craniocérébraux légers liés à la pratique sportive, aussi appelés commotions cérébrales, ont bénéficié d'une visibilité médiatique croissante au cours des dernières années. Cet enjeu de santé est particulièrement important en cas de récurrences lorsque subsistent des débalancements neurobiologiques associés à une commotion cérébrale antérieure. Les risques encourus lors d'un retour hâtif à la compétition rendent les athlètes davantage vulnérables aux effets catastrophiques d'une seconde blessure (Cantu, 1998).**

Au Québec, le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MELS) a annoncé le 30 janvier dernier la création d'un groupe de travail chargé de présenter des recommandations pour la prévention, la détection et le suivi des commotions cérébrales. Ce groupe, présidé par un neuropsychologue, est accueilli favorablement par les neuropsychologues. Soulignons que ces derniers sont à l'origine de plusieurs contributions ayant permis de mieux comprendre le phénomène des commotions cérébrales, et ce, tant sur le plan de la recherche que sur celui de la pratique clinique (Echemendia et coll., 2012). La réserve de l'activité d'évaluation des troubles neuropsychologiques, en vigueur depuis septembre 2012, reconnaît la nature spécifique de ce type d'évaluation et le haut degré de risque si elle n'est pas effectuée par un professionnel habilité. Dans ce contexte, l'Association québécoise des neuropsychologues (AQNP) a réuni plusieurs professionnels en neuropsychologie – chercheurs et cliniciens – afin de formuler une prise de position officielle concernant le rôle et les spécificités des neuropsychologues dans l'évaluation et la gestion des commotions cérébrales liées aux sports. Le présent article propose un bref historique de l'apport de la neuropsychologie à cette problématique ainsi que les enjeux qui y sont reliés. Par la suite, nous précisons le rôle des neuropsychologues ainsi que les contextes qui peuvent mener à une évaluation formelle des troubles neuropsychologiques.

### \_PERSPECTIVE HISTORIQUE

À une époque où l'on croyait que les impacts des commotions cérébrales étaient sans conséquence, les études menées par les neuropsychologues ont permis de mettre en lumière des atteintes cognitives et comportementales causées par ce type de trauma. Au début des années 1980, Jeffrey Barth fut l'un des premiers à évaluer un grand nombre d'athlètes universitaires dans les jours suivant leur commotion cérébrale, ce qui a permis de mettre en évidence des troubles attentionnels, mnésiques et exécutifs (Barth et coll., 1983, 1989). Dans certains cas, ces déficits se prolongeaient plusieurs mois après l'impact. Ces résultats sont compatibles avec ceux de Michael

McCrea, qui, de 1999 à 2001, a évalué 1631 joueurs universitaires de football (McCrea et coll., 2005). Le suivi en neuropsychologie au sein des ligues professionnelles a quant à lui été introduit à la fin des années 1980, notamment par Mark Lovell et David Darby.

Les chercheurs québécois en neuropsychologie ont aussi contribué à l'avancement des connaissances dans ce domaine. Ils ont été parmi les premiers à identifier les altérations neurométaboliques et neuroélectriques causées par la commotion cérébrale (Dupuis et coll., 2000; Chen et coll., 2004) et à étudier cette problématique chez les femmes (Elleberg et coll., 2007), les enfants (Baillargeon et coll., 2012) et les athlètes retraités (De Beaumont et coll., 2009). Ces découvertes ont permis de sensibiliser la population à cette problématique en plus de rendre possible la pratique fondée sur les données probantes.

### \_LE RÔLE DU NEUROPSYCHOLOGUE DANS LA PRISE EN CHARGE DES COMMOTIONS CÉRÉBRALES

Plusieurs instances au Québec reconnaissent les compétences des neuropsychologues dans l'évaluation des séquelles d'une commotion cérébrale. Par exemple, un jugement de la Cour supérieure datant du 16 avril 1998 a établi que seuls les neuropsychologues et les psychiatres sont habilités à évaluer les conséquences d'une commotion cérébrale en vertu du Règlement sur les atteintes permanentes (Décret 1921-89 du 13/12/89, 121 G.O. II 6299). Notons également que l'expertise des neuropsychologues est souvent la première à être sollicitée par les médias québécois et que le MELS a choisi un neuropsychologue pour présider son groupe de travail sur les commotions cérébrales dans le sport. Étant donné la nature cognitive et comportementale des atteintes associées aux commotions cérébrales, il est souvent nécessaire d'avoir recours à l'expertise scientifique et clinique des neuropsychologues.

À la suite d'une commotion cérébrale liée au sport, le premier rôle du neuropsychologue est d'évaluer l'intégrité des fonctions cognitives et de préciser l'origine des symptômes décrits en tenant compte de l'histoire de la blessure et de l'individu atteint. Dans le cadre de son évaluation, le neuropsychologue sera également appelé à effectuer une démarche de diagnostic différentiel en fonction des symptômes rapportés ainsi que des résultats obtenus aux tests neuropsychologiques. Ces derniers sont d'ailleurs reconnus comme étant plus sensibles aux altérations cognitives subtiles engendrées par les commotions cérébrales que l'imagerie médicale et l'examen clinique (Harmon et coll., 2013).

Les résultats de l'évaluation neuropsychologique permettent de 1) renseigner l'athlète à propos des risques encourus lors d'un

éventuel retour aux activités sportives comportant des risques de commotion cérébrale; 2) le guider et l'accompagner dans la compréhension et la gestion des symptômes post-commotionnels persistants ou lors du deuil associé à une mise à la retraite prématurée; 3) le guider dans l'élaboration d'un plan sain et sécuritaire de retour à la vie active, incluant notamment les balises entourant la reprise des activités scolaires, professionnelles et sportives.

En plus de collaborer avec l'entourage de l'athlète, le neuropsychologue pourra également être appelé à travailler en équipe interdisciplinaire. Cette concertation permet de maximiser l'effet des interventions et d'ordonner leur séquence en tenant compte des facteurs impliqués dans le maintien des symptômes.

Lorsque les symptômes d'une commotion cérébrale persistent, le neuropsychologue est le seul détenteur de l'expertise et des compétences requises pour définir et superviser un programme de réadaptation des fonctions cognitives. Bien que plusieurs techniques soient actuellement offertes pour ce type de réadaptation, la majorité d'entre elles demeurent à être validées scientifiquement.

### QUAND DOIT-ON AVOIR RECOURS À UNE ÉVALUATION NEUROPSYCHOLOGIQUE COMPLÈTE?

Une évaluation complète est indiquée lorsque les symptômes persistent au-delà de la période de récupération naturelle, soit plus de deux semaines suivant l'impact (McCrory et coll., 2013), et

que l'athlète présente un ou plusieurs des facteurs de vulnérabilité énumérés. Les données scientifiques les plus robustes mettent principalement en cause les troubles d'attention avec hyperactivité (TDAH) (Collins et coll., 1999), les antécédents de dépression et d'anxiété (Moore, Terryberry-Spohr et Hope, 2006), les maux de tête prémonitoires (Mihalik et coll., 2005), ainsi que les antécédents de commotions cérébrales (Guskiewicz et coll., 2003) comme principaux facteurs interférant avec le rétablissement des commotionnés.

L'évaluation neuropsychologique en présaison n'est pertinente que chez les athlètes présentant ces mêmes facteurs de vulnérabilité. Celle-ci permet d'obtenir un portrait du fonctionnement cognitif avant de commencer la pratique d'un sport à risque de chutes ou de contacts. Pour la majorité des athlètes, le neuropsychologue pourra directement évaluer les atteintes cognitives advenant une commotion cérébrale. Notons par ailleurs que l'utilité de tester de larges groupes de joueurs en présaison n'a pas été démontrée (Echemendia et coll., 2013).

Finalement, mentionnons que des tests informatisés, qui prétendent mesurer des fonctions cognitives, ont été conçus pour établir la présence de séquelles à la suite d'une commotion cérébrale, et ce, afin de préciser si l'athlète peut effectuer un retour en classe ou au jeu. Ces tests sont parfois utilisés par d'autres professionnels que les neuropsychologues, ce qui n'est pas recommandé (Echemendia, Herring et Bailes, 2009). En effet, les lacunes sur le plan de la validité de ces tests ont été mises en lumière depuis plusieurs années et

## ENSEIGNER LA MÉDITATION PLEINE CONSCIENCE :

### OUTILS PRATIQUES ET COMPRÉHENSION DE L'INTERFACE PSYCHOLOGIE/SPIRITUALITÉ



**Formateur : Roger Marcaurelle, Ph.D.,**  
est psychologue clinicien et professeur associé de psychologie à l'UQAM. Sanskritiste et docteur en sciences des religions, il a été chargé de cours au département de sciences des religions de l'UQAM. Il enseigne la méditation depuis près de 40 ans.

**Formations complètes à Montréal et à Québec**

**Volets 1 à 3 : ateliers**  
Dates : samedi au dimanche

	Montréal	Québec
Volet 1 :	20-21 sept. 2014	4-5 oct. 2014
Volet 2 :	8-9 nov. 2014	22-23 nov. 2014
Volet 3 :	17-18 janv. 2015	24-25 janv. 2015

Frais : 448,40 \$ par volet (tx incl.)

**Volet 4 : retraite de méditation**  
Dates : jeudi (soir) au dimanche

	Montréal	Québec
	30 avril-3 mai 2015	23-26 avril 2015

Frais (incluant hébergement pour 3 nuits et repas) :  
Occ. simple : 706,53 \$ (tx incl.)

**Objectifs**  
*Au terme de l'activité, le participant sera en mesure de :*

1. Décrire et différencier les diverses formes de méditation pleine conscience (MPC);
2. Pratiquer la MPC dans sa vie personnelle;
3. Enseigner les principales formes de MPC de manière efficace et assurer un suivi adéquat des expériences des clients concernant la pratique de la MPC;
4. Appliquer la MPC à la lumière des données probantes, de l'étude comparée des diverses formes de méditation et de l'interface psychologie/spiritualité.

INFORMATIONS ET INSCRIPTION  
**PleniSources.com/Enseigner**  
43 h reconnues (OPQ). Aucun pré-requis.

elles doivent être prises en compte dans l'interprétation des résultats obtenus avec ces outils. Ces tests sont très sommaires et ne devraient jamais être utilisés pour remplacer une évaluation neuropsychologique détaillée lorsque des séquelles sont suspectées et lorsqu'une décision à l'égard de la reprise d'un sport à risque est en jeu (Echemendia et coll., 2013).

## \_CONCLUSION

Les commotions cérébrales constituent un enjeu de santé publique important compte tenu des séquelles associées à la répétition de ce type de blessure et du nombre croissant d'adeptes de sports à risques. L'AQNP est d'avis que les neuropsychologues ont un rôle crucial à jouer dans l'évaluation et la gestion des commotions cérébrales. À la suite d'un diagnostic médical, ceux-ci peuvent autoriser et guider le retour au jeu. Chez les individus dont les symptômes perdurent au-delà de la période typique de récupération, les neuropsychologues peuvent fournir un accompagnement pour la reprise des activités scolaires et professionnelles. Cette position correspond à celle de l'Académie américaine de neuropsychologie clinique, du Bureau américain des neuropsychologues professionnels, de la Division 40 (neuropsychologie) de l'Association américaine de psychologie et de l'Académie américaine de neuropsychologie.

## \_REMERCIEMENTS

Les auteurs tiennent à remercier François Crépeau, Nadia Gosselin, Michelle McKerral, Marie-Julie Potvin, Alain Ptitto et Alessandra Schiavetto pour leurs précieux commentaires.

Julie Bolduc-Teasdale / Neuropsychologue,

Fondatrice de la Clinique de neuropsychologie du sport, à Sherbrooke.

D<sup>r</sup> Simon Charbonneau / Neuropsychologue,

CHUM et président de l'Association québécoise des neuropsychologues.

D<sup>r</sup> Jean-Pierre Chartrand / Neuropsychologue,

CLSC de Montréal-Nord et vice-président clinique et scientifique de l'Association québécoise des neuropsychologues.

D<sup>r</sup> Sébastien Collard / Neuropsychologue,

Institut de réadaptation en déficience physique de Québec.

D<sup>r</sup> Louis De Beaumont / Neuropsychologue,

Professeur à l'Université du Québec à Trois-Rivières et chercheur à l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal.

D<sup>r</sup> Dave Elleberg / Neuropsychologue,

Professeur à l'Université de Montréal et codirecteur du Centre d'intervention en commotions cérébrales (CICC).

D<sup>r</sup> Sylvain Miljours / Neuropsychologue,

Hôpital juif de réadaptation.

## \_Bibliographie

- Baillargeon, A., Lassonde, M., Leclerc, S., Elleberg, D. (2012). Neuropsychological and neurophysiological assessment of sport concussion in children, adolescents and adults. *Brain Injury* 26(3): 211-220.
- Barth J. T., Macciocchi, S.N., Giordani, B., Rimel, R., Jane, J. A., Boll, T. J. (1983). Neuropsychological sequelae of minor head injury. *Neurosurgery* 13: 529-533.
- Barth, J. T., Alves, W. M., Ryan, T., Macciocchi, S. N., Rimel, R. W., Jane, J. A., Nelson, W. E. (1989). Mild head injury in sports: Neuropsychological sequelae and recovery of function. In: *Mild Head Injury*, Éd.: Levin, H. S., Eisenberg, H. M., Benton, A. L. New York: Oxford University Press, p. 257-275.
- Cantu, R. C. (1998). Second-impact syndrome. *Clinics In Sports Medicine* 17: 37-44.
- Chen, J. K., Johnston, K.M., Frey, S., Petrides, M., Worsley, K., Ptitto, A. (2004). Functional abnormalities in symptomatic concussed athletes: an fMRI study. *Neuroimage* 22(1): 68-82.
- Collins, M. W., Grindel, S. H., Lovell, M. R., Dede, D. E., Moser, D. J., Phalin, B. R., Nogle, S., Wasik, M., et coll. (1999). Relationship between concussion and neuropsychological performance in college football players. *JAMA : the journal of the American Medical Association* 282(10): 964-970.
- De Beaumont L., Théoret, H., Mongeon, D., Messier, J., Leclerc, S., Tremblay, S., Elleberg, D., Lassonde, M. (2009). Brain function decline in healthy retired athletes who sustained their last sports concussion in early adulthood. *Brain* 132: 695-708.
- Dupuis, F., Johnston, K. M., Lavoie, M., Lepore, F., Lassonde, M. (2000). Concussions in athletes produce brain dysfunction as revealed by event-related potentials. *Neuroreport* 11 : 4087-4092.
- Echemendia, R.J., Herring, S., Bailes, J. (2009). Who should conduct and interpret the neuropsychological assessment in sports-related concussion? *British Journal of Sports Medicine* 43(Suppl 1) : i32-5.
- Echemendia, R. J., Iverson, G. L., McCrea, M., Broshek, D. K., Gioia, G. A., Sautter, S. W., Macciocchi, S. N., Barr, W. B. (2012). Role of neuropsychologists in the evaluation and management of sport-related concussion : An inter-organization position statement. *Archives of Clinical Neuropsychology* 27 : 119-122.
- Echemendia, R. J., Iverson, G. L., McCrea, M., Macciocchi, S. N., Gioia, G. A., Putukian, M., Comper, P. (2013). Advances in neuropsychological assessment of sport-related concussion. *British Journal of Sports Medicine* 47(5) : 294-298.
- Elleberg, D., Leclerc, S., Couture, S., Daigle, C. (2007). Prolonged neuropsychological impairments following a first concussion in female university soccer athletes. *Clinical Journal of Sport Medicine* 17(5): 369-374.
- Guskiewicz, K. M., McCrea, M., Marshall, S. W., Cantu, R. C., Randolph, C., Barr, W., Onate, J.A., Kelly, J. P. (2003). Cumulative effects associated with recurrent concussion in collegiate football players: the NCAA Concussion Study. *JAMA : the Journal of the American Medical Association* 290(19): 2549-2555.
- Harmon, K. G., Drezner, J. A., Gammons, M., Guskiewicz, K. M., Halstead, M., Herring, S. A., Kutcher, J. S., Pana, A., et coll. (2013). American Medical Society for Sports Medicine position statement : concussion in sport. *British Journal of Sports Medicine* 47 : 15-26.
- McCrea, M., Barr, W. B., Guskiewicz, K., Randolph, C., Marshall, S. W., Cantu, R., Onate, J. A., Kelly, J. P. (2005). Standard regression-based methods for measuring recovery after sport-related concussion. *Journal of the International Neuropsychological Society* 11(1): 58-69.
- McCrary, P., Herring, S. A., Putukian, M., Schneider, K., Tator, C. H., Guskiewicz, K., et coll. (2013). Consensus statement on concussion in sport: the 4th International Conference on Concussion in Sport held in Zurich, November 2012. *British Journal of Sports Medicine* 47(5) : 250-258.
- Mihalik, J. P., Stump, J.E., Collins, M. W., Lovell, M. R., Field, M., Maroon, J. C. (2005). Posttraumatic migraine characteristics in athletes following sports-related concussion. *Journal of Neurosurgery* 102(5): 850-855.
- Moore, E. L., Terryberry-Spohr, L., Hope, D. A. (2006). Mild traumatic brain injury and anxiety sequelae: a review of the literature. *Brain Injury* 20(2): 117-132.

# Vient de paraître



1

## 1\_FORCES ET SOUFFRANCES PSYCHIQUES DE L'ENFANT

L'auteur présente les principales références théoriques permettant de comprendre le développement infantile. Il en dégage les apports les plus pertinents en montrant leur éventuelle complémentarité. Ce livre s'adresse aux professionnels de la santé et des sciences humaines.

Michel Lemay, professeur de psychiatrie  
Éditions érès



2

## 2\_L'ÉCUREUIL QUI VOULAIT REDEVENIR VIVANT

Ce conte initiatique sur l'état de stress post-traumatique vise à guider le lecteur à s'accompagner lui-même. Que le choc soit mineur ou sévère, il aide à préparer le terrain pour mieux se reconstruire.

André Benoit et Lucie Pétrin, psychologues  
Les Éditions Québec-Livres

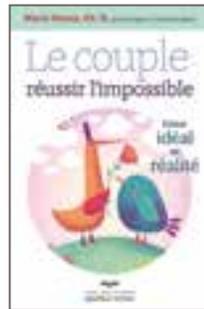


3

## 3\_PSYCHOLOGIE DES GENS HEUREUX. LES SOURCES DU BONHEUR

Sur quoi pouvons-nous construire notre bonheur? Créativité, partage et saine autonomie seraient quelques ingrédients infaillibles. Dans un portrait des aspects importants de la vie, l'auteur traite aussi de la conscience du corps, des émotions, des relations saines et de l'intimité sexuelle.

Michel Giroux, psychologue  
Les Éditions Québec-Livres



4

## 4\_LE COUPLE : RÉUSSIR L'IMPOSSIBLE. ENTRE IDÉAL ET RÉALITÉ

Arriver à durer dans un couple est un défi majeur. Ce projet se voudrait compatible avec le roman d'amour parfait, une sexualité épanouie, une communication exemplaire et une vie de famille intense. Ce livre aborde

différentes dimensions du couple et de l'amour, avec citations, analyses et questionnements.

D<sup>re</sup> Marie Hazan, psychologue  
Les Éditions Québec-Livres



5

## 5\_RECUEILLIR LA PAROLE DE L'ENFANT TÉMOIN OU VICTIME. DE LA THÉORIE À LA PRATIQUE

Les connaissances scientifiques concernant le témoignage des enfants ont explosé au cours des 30 dernières années. Elles ont permis de mieux baliser la pratique de l'audition des mineurs. Cet ouvrage offre aux intervenants une synthèse des connaissances et un éclairage sur les implications de celles-ci pour la conduite d'entretiens dans les meilleures conditions possibles.

D<sup>re</sup> Mireille Cyr, psychologue  
Éditions Dunod



**Institut d'analyse eidétique**

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

**Activités de formation 2014-2015**

**Imagerie mentale en psychothérapie : fondements et bases d'intervention** CPQ # RA0070-12

Louise Caouette, Ph. D.

**Dorval :** 19 et 20 septembre 2014  
**Montréal :** 24 et 25 octobre 2014  
**Québec :** 5 et 6 décembre 2014

**Intensifier l'expérience de présence en psychothérapie** CPQ # RA0069-12

Louise Caouette, Ph. D.

**Montréal :** 1 et 2 mai 2015  
**Québec :** 29 et 30 mai 2015



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

Accompagnée de  
Ludovique Dubourg-Lemay, M.Ph.  
Grace Mc Colough, M.Ps., psychologues

**Programme intégré de formation clinique à la psychothérapie eidétique sur 3 ans** CPQ # SP001-12

**Début :** 27, 28 et 29 novembre 2014 / **Lieu :** Québec  
[www.image-eidétique.com](http://www.image-eidétique.com)

Information et inscription : [www.image-eidétique.com](http://www.image-eidétique.com) + [info@image-eidétique.com](mailto:info@image-eidétique.com) + 418 653-0193

FORMATION DE CALIBRE  
INTERNATIONAL

26-27 septembre 2014

Hôtel Universel  
5000, rue Sherbrooke Est, Montréal

Innovations  
cliniques dans  
le traitement  
des trauma  
anciens et  
complexes

Christine Courtois, Ph.D.,  
Washington  
[www.drchriscourtois.com](http://www.drchriscourtois.com)



Traduction  
simultanée

Places limitées

POUR INFORMATION  
ET INSCRIPTION  
[www.apqc.ca](http://www.apqc.ca)

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



Association des  
psychologues  
du Québec

L'ASSURANCE  
« FRAIS DISCIPLINAIRES »

CE N'EST PAS UN LUXE!

- ▶ L'assurance professionnelle de l'Ordre ne couvre pas les frais engagés lors du processus disciplinaire;
- ▶ Les enquêtes disciplinaires ne sont pas rares! 268 dossiers d'enquête ont été traités par l'Ordre en 2012-13;
- ▶ Il est faux de dire que cette assurance n'est utile qu'aux psychologues en privé. Nous pouvons tous faire l'objet d'une enquête disciplinaire;
- ▶ Être conseillé et/ou représenté par un avocat peut vous éviter des faux pas et vous guider adéquatement dès le début du processus d'enquête.

L'APQ SE  
PRÉOCCUPE  
DES CONDITIONS  
DE TRAVAIL DES  
PSYCHOLOGUES  
EN AFFAIRES  
AVEC LES PAE

Un comité a été créé  
pour recueillir les plaintes  
et trouver des solutions  
aux problèmes.

Pour plus d'informations,  
veuillez communiquer  
avec l'APQ.



ASSOCIATION DES PSYCHOLOGUES DU QUÉBEC

Écrivez à l'adresse courriel : [apq@spg.qc.ca](mailto:apq@spg.qc.ca)  
Communiquez avec notre secrétariat au  
514.353.7555 ou 1.877.353.7555  
2030, boul. Pie-IX, bureau 403  
Montréal (Québec) H1V 2C8

# Activités régionales et des regroupements

## \_REGROUPEMENT DES PSYCHOLOGUES CLINIENS ET CLINIENNES DE QUÉBEC

Le regroupement des psychologues cliniciens et cliniciennes de Québec (RPCCQ) a procédé à l'élection d'un nouveau conseil le 23 mai 2014.

- Andrée Bernard, présidente;
- Louis Mignault, vice-président;
- Édith Lacroix, trésorière;
- Claire Molleur et Normande Guérin, secrétaires;
- Anne Marie Guay et Katy Lamarre, administratrices.

### Le RPCCQ propose différentes activités de formation qui auront lieu prochainement.

Le 26 septembre, de 9 h à 16 h 30, une formation ayant pour thème *Forces et souffrances psychiques de l'enfant : invitation à repenser le développement infantile* sera animée par le Dr Michel Lemay, psychiatre.

Quatre séminaires, de 19 h à 21 h 15, dont les deux premiers se dérouleront le 1<sup>er</sup> octobre et le 26 novembre sous le thème *L'initiation à la pratique de la thérapie des schémas*. Ces séminaires seront animés par Michel Giroux, psychologue.

Le vendredi 24 octobre, de 9 h à 16 h 30, une formation ayant pour thème *Le traitement cognitif-comportemental du trouble de la somatisation* sera présentée par la D<sup>re</sup> Séverine Hervouet, psychologue, et la D<sup>re</sup> Evelyne Trahan, psychologue.

Enfin, le vendredi 14 et le samedi 15 novembre 2014 de 9 h à 16 h 30, le Dr François St Père, psychologue, animera une formation ayant comme titre *La thérapie de couple*.

Notez que ces quatre formations auront lieu à l'Hôtel Classique, au 2815, boulevard Laurier, à Québec.

L'assemblée générale spéciale ainsi que l'évènement de la rentrée auront lieu le vendredi 12 septembre 2014 vers 18 h 30 à la Marina de Cap-Rouge, au 4155, chemin de la Plage Jacques-Cartier, à Québec.

Pour plus de renseignements sur ces activités ou pour vous inscrire, consultez le site Web du RPCCQ au [www.rpccq.net](http://www.rpccq.net).

## \_SOCIÉTÉ QUÉBÉCOISE DE PSYCHOLOGIE DU TRAVAIL ET DES ORGANISATIONS

La Société québécoise de psychologie du travail et des organisations (SQPTO) propose différentes activités dans la région de Québec.

Le 26 septembre 2014, un panel de discussion est organisé ayant pour thème *Le testing en ligne – Enjeux et éthique* avec les panellistes-experts suivants :

- M. Richard Locas, conseiller d'orientation, chargé d'affaires professionnelles et réglementaires de l'Ordre des conseillers et conseillères d'orientation du Québec;
- M. Nicolas Boutin, conseiller en moyens d'évaluation du Secrétariat du Conseil du trésor du Québec;
- M<sup>me</sup> Alina Nusa Stamate, professeure au Département d'organisation et ressources humaines de l'ESG-UQAM.

Le 21 novembre, un atelier sous le thème *L'exercice du rôle-conseil, une approche stratégique*. Il sera présenté par M<sup>me</sup> Louise Charette, CRHA, c.o., présidente de Multi Aspects Groupe inc., et par M<sup>me</sup> Nathalie Gauthier, CRHA, coordonnatrice à la direction du personnel du Cégep de Sainte-Foy.

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

# Colloques et congrès

## \_CONGRÈS DE L'ASSOCIATION DES PSYCHOLOGUES SCOLAIRES

Dates : 13 et 14 novembre 2014  
Lieu : Trois-Rivières  
Pour information : [www.aqps.qc.ca](http://www.aqps.qc.ca)

## \_CONGRÈS DE L'ASSOCIATION QUÉBÉCOISE DES NEUROPSYCHOLOGUES

Date : 27 septembre 2014  
Lieu : Université Laval à Québec  
Pour information : [www.aqnp.ca/evenements](http://www.aqnp.ca/evenements)

## CONGRÈS DE L'ORDRE DES PSYCHOLOGUES DU QUÉBEC

Dates : 16 au 18 octobre 2014  
Lieu : Palais des congrès de Montréal  
Pour information : [www.etrepsychologue.com](http://www.etrepsychologue.com)

## COLLOQUE DU CENTRE D'EXCELLENCE SUR LE VIEILLISSEMENT DE QUÉBEC

Dates : 25 et 26 septembre 2014  
Lieu : Québec  
Pour information : [www.cevq.ca/colloque-du-cevq-2014/index.html](http://www.cevq.ca/colloque-du-cevq-2014/index.html)

## COLLOQUE SUR LA SANTÉ DES CADRES ET DES DIRIGEANTS

Date : 15 octobre 2014  
Lieu : Québec  
Pour information : [www.alliancedescadres.com/colloque-sur-la-sante-des-cadres-et-des-dirigeants/](http://www.alliancedescadres.com/colloque-sur-la-sante-des-cadres-et-des-dirigeants/)

## 17<sup>e</sup> COLLOQUE DE L'ASSOCIATION QUÉBÉCOISE POUR LA RÉADAPTATION PSYCHOSOCIALE

Dates : 10 au 12 novembre 2014  
Lieu : Montréal  
Pour information : [www.aqrp-sm.org/activites-et-evenements/colloques/colloque-xvii/](http://www.aqrp-sm.org/activites-et-evenements/colloques/colloque-xvii/)

## CONGRÈS DE L'ORDRE DES CONSEILLERS EN RESSOURCES HUMAINES AGRÉÉS

Dates : 21 et 22 octobre 2014  
Lieu : Montréal  
Pour information : [www.portailrh.org/congres/2014/www/](http://www.portailrh.org/congres/2014/www/)

## CONGRÈS DE L'ASSOCIATION QUÉBÉCOISE DE PRÉVENTION DU SUICIDE

Dates : 14 au 16 octobre 2014  
Lieu : Québec  
Pour information : [www.aqps.info/grandforum/](http://www.aqps.info/grandforum/)

# 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.

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

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

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

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

**Centre de psychologie René-Laënnec – Bureau à louer** dans polyclinique médicale René-Laënnec à Mont-Royal. Près du métro Acadie; accès routier facile pour toute la clientèle du Grand Montréal. Stationnement. Équipe de psychologues et de professionnels de la psychothérapie. Communiquez avec Jean-Louis Beaulé. Bureau : 514 735-9900. Cellulaire : 514 992-6972.

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

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

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

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

**Centre professionnel du Plateau Mont-Royal.** [www.cppm.ca/carriere](http://www.cppm.ca/carriere) ou 514 848-1724. Joindre une équipe d'expérience : psychologues, experts, conseillers d'orientation, avocats, médiateurs, autres. Source de références.

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

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

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

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

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

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

**Bureau à louer à LaSalle** sur le boulevard Newman, très bien situé, bel immeuble insonorisé, climatisation, temps partiel. Renseignements : [site www.centredepsychologienewman.ca](http://site.centredepsychologienewman.ca), version anglaise; 514 595-7799.

**Bureaux à louer ou partager – Métro Iberville,** coin Bélanger/Iberville. Salle d'attente, climatisation, insonorisés. Disponibilités : jeudi et vendredi. Réal Bédard : 514 862-7852.

**Saint-Sauveur. Beau bureau rénové** près village et pentes. Meublé ou non. Salle d'attente partagée avec psychiatre. Temps partiel/plein; minimum un jour/semaine. Stationnement. 514 949-4779.

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

**Centre de psychologie de la Grande-Côte – Bureaux à louer** dans une maison ancestrale. Fraîchement rénovés, chaleureux, spacieux, éclairés, affluence, salle d'attente, Wi-Fi disponible et cuisinette. Faciles d'accès, situés à proximité des autoroutes 13 et 15. Horaire de jour/soir disponible – possibilité de références. Diverses modalités de location. Josée Bennett : 450 434-3903.

**Métro Laurier – Beau bureau insonorisé à partager.** Salle d'attente, cuisinette, climatisation centrale, Wi-Fi. Diverses modalités de location. Possibilité de références. 514 286-2349.

**Bureaux de professionnels à sous-louer** dans le Vieux Saint-Lambert. Plusieurs possibilités de location (demi-journée, journée, mensuelle). Visitez-nous au [www.orientationstlambert.com](http://www.orientationstlambert.com) ou communiquez avec Caroline Gélinas au 514 972-9858.

**Montréal, 2120, rue Sherbrooke Est.** Édifice avec une pharmacie et un restaurant au rez-de-chaussée. Service de sécurité le soir. Salle d'attente plaisante et paisible. Bureau insonorisé, meublé, climatisation, avec grande fenêtre donnant sur le pont Jacques-Cartier. Roger Bronsard : 514 523-8771, [www.rbronsard.com](http://www.rbronsard.com).

**Bureaux lumineux, avec du cachet, à sous-louer** dans le secteur recherché de la rue Laurier Ouest au sein d'un groupe de psychologues et psychiatre dynamiques et chaleureux. Possibilités d'échanges cliniques stimulants. Disponibilités 1 ou 2 jours/semaine. Prix variables seront fournis sur demande. Communiquez avec le Dr Bouthillier : 514 814-8914.

**Cherrier – Bureau rénové.** Deux minutes du métro Sherbrooke. Rez-de-chaussée d'une maison victorienne. Meublé, Internet, cuisine, etc. Diverses modalités de location. 514 581-2405.

**Québec, Montcalm – Bureau à louer.** Coin René-Lévesque/des Érables. Environnement contemporain, nouvellement aménagé, plancher bois franc, fenêtres modernes. Internet, télécopieur, climatisation, insonorisation, entretien ménager. Temps complet/partiel. Possibilité de stationnement intérieur. Prix avantageux. Rémi Labbé : 418 997-4124, [remlabbe@hotmail.com](mailto:remlabbe@hotmail.com).

**Métro Vendôme – Centre de thérapie de Montréal.** Une sélection de bureaux entièrement meublés, ensoleillés, spacieux et lumineux. Joliment décoré, atmosphère professionnelle. Disponibles sur une base à temps partiel, journée, demi-journée ou bloc. Aussi, salle de conférence disponible pour groupes et ateliers. Renseignements, photos et prix : 514 244-1290 ou [info@montrealtherapy.com](mailto:info@montrealtherapy.com).

**N.D.G. – Métro Villa-Maria.** Très beau bureau chaleureux, lumineux, insonorisé, salle d'attente, cuisinette, interphone, thermopompe, 135 pieds carrés. Clinique privée. 514 346-6451.

**Gatineau. Bureaux à louer.** Belle ambiance. Bien décoré. Idéal pour psychologue. Prix raisonnable. 819 743-7213

**Superbes bureaux dans un immeuble entièrement rénové** dans le quartier Rosemont à Montréal. 500 pieds carrés, soit 3 bureaux et 1 salle d'attente. Entrée privée, services et surtout références. Parfait pour une équipe, peut se louer individuellement aussi. Responsable : Martine Desroches au 514 596-1110. 4350, rue Beaubien Est, Montréal.

**Boul. Saint-Joseph, Plateau Mont-Royal,** métro Laurier, location par heure/bloc/journée, réservation en ligne possible. Accès fauteuil roulant et prix avantageux! 514 213-2999

**Bureaux de psychologues à partager** rue de la Visitation à Saint-Charles-Borromée dans Lanaudière. Tarifs à l'heure, périodes hebdo ou mensuelles. 450 752-2875 \*\*\* 450 752-2875 \*\*\* 450 752-2875

**Repentigny – Bureau à sous-louer.** Meublé, climatisé, salle d'attente. Libre lundi et vendredi. Non-fumeur, s.v.p. Renseignements : 514 791-5057.

**Bureau à Neufchatel,** sur le boul. Bastien, coin Robert-Bourassa, meublé, climatisé, possibilité de références et d'échanges. Secteur en expansion.

**Beau bureau professionnel à partager.** Près du métro Longueuil. Très ensoleillé. 200 \$/mois pour une journée/semaine. Photos sur demande. Kim D'Amours 514 817-3645.

**Métro Laurier. Bureau à partager.** Meublé, insonorisé, climatisé, chaleureux, lumineux. Tarifs avantageux. Disponibilités jusqu'à 4 jours/semaine. Disponible dès maintenant. Andréanne : 514 375-1549 ou [psychologie@apelletier.ca](mailto:psychologie@apelletier.ca).

**Laval – Clinique médicale Le Carrefour.** Blocs d'heures à sous-louer. Lundi (matin et après-midi), vendredi (après-midi et soir) et fin de semaine. Modernes, éclairées, salle d'attente et cuisinette. 450 681-6357 ou 514 278-1528.

**À louer, Laval – Édifice médical sécuritaire et centralisé.** Bureaux meublés avec soin, spacieux, lumineux. Salle d'attente et cuisinette équipée. Insonorisation supérieure et climatisation. Stationnement gratuit. Plusieurs blocs de 4 heures disponibles, de jour et de soir. Bail d'un an. Nouveaux tarifs avantageux. Visitez le [www.allardcadieux.ca](http://www.allardcadieux.ca) ou appelez le 450 663-7222.

**520, rue Cherrier, 3<sup>e</sup> étage** – à deux pas du métro Sherbrooke. Bureaux à louer insonorisés, climatisés et meublés. Internet, cuisinette. Plusieurs modalités de location dont à l'heure. Prix avantageux. 514 476-8984, [roussin.julie@gmail.com](mailto:roussin.julie@gmail.com).

**Outremont – Bureau à sous-louer.** Disponible lundi et vendredi. Nouvelle clinique de psychologie située au cœur de l'avenue Bernard (métro Outremont). Bureau bien aménagé, éclairé, insonorisé. Équipe dynamique, sympathique et climat de travail convivial. Location au bloc ou à la journée. Barbara Chalifoux : 514 961-2943, ou Nadine Lussier : 514 550-1737.

**Clinique de psychologie Papineau.** Bureaux à louer dans une clinique moderne avec cachet. Située sur le Plateau Mont-Royal, sur l'avenue Papineau entre les rues Saint-Joseph et Laurier (métro Laurier). Location par blocs et à la journée à des tarifs avantageux. Service clé en main : bureaux meublés et insonorisés, salle d'attente, climatisation, page personnelle sur le site Internet de la clinique, cartes professionnelles personnalisées, accès Internet, imprimante, photocopieur, télécopieur, scanneur, adresse postale, salle de conférence pour réunions cliniques, possibilité de références. Également, salle de conférence à louer à l'heure (capacité de 14 personnes). 514 578-5299. [www.cliniquepapineau.ca](http://www.cliniquepapineau.ca).

**À louer – Bureau dans un petit centre de professionnels** (psychologue, neuropsychologue, psychothérapeute, conseiller d'orientation, sexologue), tous travailleurs autonomes. Clientèle en psychothérapie en attente. Endroit professionnel, calme, chaleureux, salle d'attente, heure/journée/année. Meublé ou non, Internet, climatisé, stationnement, frigo, micro-ondes. 450 446-9058. Centre professionnel des Patriotes, McMasterville (région Beloeil/Mont-Saint-Hilaire).



Société  
Québécoise  
d'Hypnose inc.

## FORMATION CONTINUE EN HYPNOSE

### Formation de base en hypnose clinique et médicale

Avec Michel Landry, psychologue et Dr Claude Verreault, DMD

**20-21 SEPTEMBRE ET 4-5 OCTOBRE 2014 – À MONTRÉAL**

Cette formation initie les participants-es à la pratique de l'hypnose en tant que mode de communication et outil thérapeutique.

Cette formation respecte les standards reconnus par l'American Society of Clinical Hypnosis (ASCH) et de l'International Society of Hypnosis (ISH).

Avec Michel Landry, psychologue et Dr Claude Verreault, DMD

N° de reconnaissance OPQ : RP00212-12 pour 30 heures

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

FORMATION INTERMÉDIAIRE (1<sup>ère</sup> PARTIE)

Avec Michel Landry, psychologue et autres collaborateurs

**31 OCTOBRE ET 1<sup>er</sup> NOVEMBRE 2014 – À MONTRÉAL**

Cette formation de niveau intermédiaire, permet de poursuivre l'apprentissage de l'hypnose en tant que mode de communication et outil thérapeutique. On y propose un modèle intégratif, soulignant les nombreuses options d'utilisation et d'applications de l'hypnose clinique et médicale en psychothérapie.

N° de reconnaissance OPQ : RA00317-13 pour 15 heures

### Le 27<sup>ième</sup> CONGRÈS ANNUEL DE LA SQH

se tiendra à Montréal le samedi 22 novembre prochain, sous le thème HYPNOSE, RESSOURCES ET GUÉRISON.  
Consultez le programme sur notre site [www.sqh.info](http://www.sqh.info). En attente de reconnaissance OPQ.

Visitez notre site : [www.sqh.info](http://www.sqh.info)

Renseignements : 514 990-1205

# Petites annonces (suite)

## \_PSYCHOLOGUES RECHERCHÉ(E)S

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

**Saint-Contant – L'équipe de Psycho-Centre Roussillon cherche psychologue** à temps partiel pour enfants et adultes avec ou sans expérience. Références fournies. Suzanne Bibeau : 450 633-0022.

**Psychothérapeutes recherchés.** Service populaire de psychothérapie. Supervision offerte. Plusieurs autres avantages (25 \$ à 26 \$ l'entrevue). Envoyez votre CV au [spp@cooptel.qc.ca](mailto:spp@cooptel.qc.ca). Consultez l'offre complète au [www.spp-laval.qc.ca](http://www.spp-laval.qc.ca).

**Nous sommes à la recherche de psychologues dans les régions de Montréal, Québec, Sherbrooke et Ottawa** pour travailler dans contexte de PAE. Clientèle stimulante. Vous pouvez communiquer avec nous au 1 877 962-0280 ou à [info@annie-charron.com](mailto:info@annie-charron.com).

**Jocam consultants est à la recherche d'un psychologue** désirant rejoindre une équipe dynamique pour effectuer des mandats occasionnels. Courriel : [melanie.betty@jocam.qc.ca](mailto:melanie.betty@jocam.qc.ca)

**Psychologue recherché, Terrebonne** (près du Vieux-Moulin, vue sur la rivière). Approche cognitive-comportementale. Clientèle fournie sans avoir à payer l'administration (loyer, secrétariat, accès Internet). Un ou deux jours disponibles. Atouts : intérêt pour méditation, 3<sup>e</sup> vague, thérapie de couple. Supervision possible. Pour info ou postuler : Roger Marcaurelle, 514 804-4848.

**Québec – Psychologue recherché SANA** | Clinique de médecine préventive recherche psychologue pour une clientèle adulte, désirant développer sa clientèle,

ayant une approche cognitivo-comportementale. Possibilité d'obtenir de la formation, supervision et référence. Intérêt pour la périnatalité un atout. Équipe multi travaillant en interdisciplinarité. Demandez Sonya Thomsen 418 653-3133 [thomsen@sanaclinique.ca](mailto:thomsen@sanaclinique.ca).

**Besoin de références de clients?** Clinique de psychologie située à Montréal recherche psychologues d'expérience désirant élargir leur clientèle à nos bureaux. Profil recherché : expérience étendue et variée avec adultes, approche TCC ou éclectique, disponibilités en soirée. Si intéressés(es), envoyez votre CV à [catherinerodrigue@videotron.ca](mailto:catherinerodrigue@videotron.ca).

## \_FORMATION OFFERTE

**PSYCHOTHÉRAPIE EN SANTÉ MENTALE**, ateliers mensuels (6), Institut de psychiatrie de l'Hôpital juif, prochaine formation débute en octobre, plication avant le 8 septembre 2014; [www.jgh.ca/psychotherapie-en-sante-mentale](http://www.jgh.ca/psychotherapie-en-sante-mentale).

## \_SUPERVISION

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

**Supervision en expertise psychosociale**, de la réception du mandat au témoignage à la cour. Approfondir votre analyse, raffiner vos recommandations. Élise-Mercier Gouin, psychologue, 30 ans d'expérience à la Cour supérieure. [emgouin@videotron.ca](mailto:emgouin@videotron.ca), 514 433-8123.

**Supervision en psychothérapie cognitivo-comportementale** de 2<sup>e</sup> et 3<sup>e</sup> vagues offerte par Lyne Deschênes M. Ps., psychologue. 25 ans d'expérience clinique. Formée par Frédéric Dionne, Steven Hayes, Kristin Neff, Matthieu Villatte, Pierre Cousineau et Benjamin Schoendorff. Supervision en personne ou en ligne. 514 883-0720. [lyne.deschenes@hotmail.com](mailto:lyne.deschenes@hotmail.com). [www.lynedeschenes.com](http://www.lynedeschenes.com).

**Supervision scolaire et clinique offerte par Pierrette Paré, M. Ps.**, psychologue, plus de 25 ans d'expérience. Bureau à Laval. Approche systémique et cognitivo-comportementale. Modalités incluant la vidéoconférence. [Pierrette.Pare@videotron.ca](mailto:Pierrette.Pare@videotron.ca), tél. : 514 688-5339.

## \_SERVICES OFFERTS

**Services de traduction de l'anglais au français + révision + rédaction éducative et promotionnelle.** Courriel : [elle@videotron.ca](mailto:elle@videotron.ca).

**Clinique loue beaux bureaux sans ou avec référence** de clientèle en thérapie et coaching (couple, individuel, famille) à l'heure/par blocs, avec possibilité de visibilité sur le site Web de la Clinique. Métro Vendôme (Centre de Santé Reine Elisabeth) : meublés, insonorisés, climatisés, salle d'attente, ainsi que sur la Rive-Sud. Tél. : 514 793-PAIX (7249)



**L'Institut de Psychologie Projective**

vous offre ses services

*Formation - Supervision - Consultation*

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

En partenariat avec le Centre de Psychologie Gouin, la première année de formation « Évaluation de la personnalité (Rorschach, TAT) » débutera le 14 janvier 2015.

Activité reconnue par l'OPQ.

*Inscription avant le 30 novembre 2014*

[www.psychologieprojective.org](http://www.psychologieprojective.org)  
[info@psychologieprojective.org](mailto:info@psychologieprojective.org)

# Tableau des membres

En date du 4 août 2014

## \_NOUVEAUX MEMBRES

Aubin, Roxanne	Paquet, Julie
Beaulieu, Marie-Christine	Paquin, Eliane
Bédard, France	Pellerin, Kim
Bergheul, Saïd	Perin, Charlotte
Charbachi, Noëlle	Pettersen, Renaud
Claveau, Sonia	Raad, Alia
Dos Santos Peixoto, Maria Conceição	Raymond, Marc-André
Favre, Virginie	Saumier, Daniel
Ferron, Karine	Sioui, Anik
Fuks, Oleksandr	Vandenbussche, Julien
Goldwater-Adler, Samantha	Vargas Guevara, Claudia Liliana
Gosselin Guay, Gabrielle	Zonato, Amélie
Kyparissis, Angela	
Laforest, Mylène	
Laperrière, Anne-Julie	
Lavarenne, Anaïs	
Lewy, Jennifer	
Longpré, Philippe	
Maout, Laurence	
Martel, Marc Olivier	
Matte, Stéphanie	
Ollivaud, Juliette	

## \_DÈCÈS

Lepitre, Denise

# Registre des psychothérapeutes

En date du 4 août 2014

## \_NOUVEAUX DÉTENTEURS DE PERMIS

Bédard, Danielle	Girard, Jocelyne
Bergevin, Hélène	Harvey, Genny
Blanchette, François	James, Tonia
Bouchar, Roch	Johannsen, Kiraz
Boucher, Nathalie	Kortes-Papp, Victoria
Bourque, Elise	Lancôt Bélanger, Marie Claire
Charbonneau, Marie-Michèle	Légaré, Denise
Dagenais, Stéphanie	Legault, Nathalie
De Grandpré, Marie-France	Lyon, Michelle
Dow, Georgia	Melmed-Posner, Béatrice
Duquette, Jean-Guy	Messier-Bellemare, Caroline
Fabijan, Lucia	Mikedis, Theodora
Faubert, Nathalie	Morand, Gilles
Fisette, Sylvie	Morin, Daniel
Flamand, Mélanie	Olivier, Rita
Fournier, Audrey	Papachristou, Phani Nicole
Gagné, Marie-Christine	Perreault, Colette
Gagné, Suzanne	Rubini, Gina
Gagnon, Marie-Chantal	Savoie, Manon
Gagnon, Michelle	Shano, Christiane
Gascon, Rose-Amélie	Sidel, Jennifer
Gastonguay, François	Valois, Marie-Josée

# FORMATION

## Thérapies brèves et psychologie positive

**Approche orientée vers les solutions auprès des jeunes et de leurs familles (RA00687-13)**  
2-3 octobre 2014

**Les angles morts du traitement traditionnel de la dépression (RA00275-12)**  
14 novembre 2014

**Approche orientée vers les solutions : compétences de base (RA00160-12)**  
11-12 décembre 2014

**Faire face aux drames de la vie : psychologie positive appliquée (RA00360-13)**  
16 janvier 2015

**Approche orientée vers les solutions : compétences avancées (RA00364-13)**  
19-20 février 2015



**Brigitte Lavoie, M.Ps.**

Formatrice et superviseure en thérapies brèves, spécialiste en intervention de crise et coauteure de la Grille d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire

Détails et inscription : [www.lavoiesolutions.com](http://www.lavoiesolutions.com) 514-241-0510

**TROUBLE DES CONDUITES**  
*et éthique*  
**Relationnelle**

**JEUDI 23 OCTOBRE**  
(19 H À 22 H)  
**ET VENDREDI 24 OCTOBRE**  
(9 H À 17 H)



une conférence de  
Mme CATHERINE  
DUCOMMUN-NAGY

L'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec (OTSTCFQ) invite les professionnels, intervenants et étudiants intéressés par la thérapie contextuelle et la dimension relationnelle – ou qui sont à la recherche de formation continue\* en lien avec l'exercice de la psychothérapie – à un rendez-vous les **23 et 24 octobre** prochains, à Montréal. Trouble des conduites et éthique relationnelle; voilà le thème autour duquel gravitera la conférence de Mme Catherine DUCOMMUN-NAGY, docteure en psychiatrie et psychothérapie d'enfants et d'adultes (Suisse).

Vendredi, au terme de sa conférence, Mme Ducommun-Nagy échangera avec des panélistes. Suivra une discussion entre la conférencière et les panélistes autour d'un cas soumis par un thérapeute conjugal et familial.

Pour vous inscrire visitez le : [www.coupleetfamille.ca](http://www.coupleetfamille.ca)

Pour informations supplémentaires, communiquez avec Anouk Boisjart, agente de communication, OTSTCFQ : [aboislar@otstcfq.org](mailto:aboislar@otstcfq.org)

 **BAIN MATHIEU**  
2915, rue Ontario Est, Montréal  
Métro FRONTENAC

**Coût : 185 \$**  
(tarif préférentiel pour T.C.F. : 140 \$)

 **Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec**

**L'HUMAIN, AVANT TOUT**

## LA PSYCHOLOGUE CAROLINE GIRARD REÇOIT LE PRIX RELÈVE DU CSSS ALPHONSE-DESJARDINS

Le Conseil multidisciplinaire du CSSS Alphonse-Desjardins a remis le prix Rèleve à la psychologue Caroline Girard. Décerné à un professionnel ayant moins de cinq ans d'expérience, ce prix souligne l'engagement du professionnel pour sa profession, la qualité de sa pratique, la capacité à transmettre ses connaissances, la collaboration interprofessionnelle et la relation exceptionnelle avec la clientèle. M<sup>me</sup> Girard a su adapter sa pratique aux différentes clientèles du CSSS en offrant des services en neuropsychologie, en psychiatrie adulte, en neurologie et en gériopsychiatrie. Elle s'est notamment impliquée dans la diffusion de la recherche auprès de ses collègues et dans l'animation des groupes éducatifs sur l'optimisation de la mémoire. Félicitations à M<sup>me</sup> Girard!

**VOUS DEVEZ TÉMOIGNER DANS UN PROCÈS ?  
À TITRE DE DÉFENDEUR, INTIMÉ OU EXPERT ?**

**IL EST DANS VOTRE INTÉRÊT DE BIEN PRÉPARER  
VOTRE TÉMOIGNAGE**

**GILLES M. OUMET  
PSYCHOLOGUE**

**PRÉPARATION DES TÉMOINS EN COUR**

[ouimet.ca/temoins.htm](http://ouimet.ca/temoins.htm)

[gm@ouimet.ca](mailto:gm@ouimet.ca)

514.489.0989

## JANEL GAUTHIER PRÉSIDENT DE L'AIPA

Le psychologue québécois Dr Janel Gauthier est devenu président de l'Association internationale de psychologie appliquée (AIPA) à l'occasion de la cérémonie de clôture du 28<sup>e</sup> congrès de cette dernière, tenu à Paris en juin dernier. Fondée en 1920, cette association est la plus vieille réunissant des psychologues sur la scène internationale. Sa mission est de faire la promotion de la science et de la pratique de la psychologie appliquée et de faciliter les interactions et la communication autour de la psychologie appliquée à travers le monde. Elle compte plus de 1500 membres provenant de plus de 80 pays. Le prochain congrès international de la psychologie appliquée aura lieu du 23 au 30 juin 2018 à Montréal.

Sur la photo, le président sortant, le Dr José Maria Peiró à gauche, professeur de psychologie organisationnelle et directeur de l'Institut de recherche en psychologie des ressources humaines à l'Université de Valence, remet le pouvoir au Dr Janel Gauthier, professeur émérite de l'École de psychologie de l'Université Laval, qui devient le tout premier Canadien à présider cette association. Félicitations!



## LE GRAND FORUM DE LA PRÉVENTION DU SUICIDE

L'Association québécoise de prévention du suicide tiendra son congrès biennal du 14 au 16 octobre 2014 à l'Hôtel Delta de Québec. Le Grand forum de la prévention du suicide rassemblera plus de 400 intervenants, professionnels, chercheurs, gestionnaires et citoyens engagés pour un impressionnant exercice de partage des savoirs et des pratiques. La programmation de l'édition 2014

aborde notamment le suicide en milieu de travail, la prévention du suicide auprès des jeunes de 5 à 17 ans, le suicide comme fait social ainsi que la problématique du vieillissement et du suicide.

Pour obtenir plus de détails et pour vous inscrire, consultez le [www.aqps.info/grandforum](http://www.aqps.info/grandforum).

**Revue québécoise de psychologie**

- Accueil
- Numéros à venir
- Recherche
- Dernier(s) numéro(s)
- Numéros : Présentation
- Table des matières
- Anciens numéros
- Racontre avec...
- Chroniques
- Revue
- Prix et abonnement
- Soumission d'article
- Comités de la revue
- Liens utiles
- Pour nous joindre
- Mon profil

**La seule revue de psychologie québécoise regroupant des auteurs de plusieurs pays francophones.**

**Utilisez le moteur de recherche afin d'accéder à des centaines d'articles scientifiques sur les sujets qui vous intéressent.**

**Choisissez le format qui vous convient :**

- ✓ Achat d'articles à la pièce
- ✓ Achat de numéros thématiques
- ✓ Abonnement annuel

**Numéros à venir :**

- ✓ L'intimidation (sept.-oct. 2014)
- ✓ La pensée (janv.-févr. 2015)
- ✓ L'impulsivité et la psychopathologie (juin-juil. 2015)
- ✓ Les troubles alimentaires (sept.-oct. 2015)

**Pour en savoir plus, visitez notre site web : [www.rqpsy.qc.ca](http://www.rqpsy.qc.ca)**

## Le somnambulisme

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

### Le cas clinique

La patiente de 23 ans se plaint de réveil nocturne. Sans savoir pourquoi, elle se retrouve dans la cuisine sans souvenir de comment elle y est arrivée. Elle se réveille parfois dans son lit, mais elle constate par la suite qu'elle a consommé sa confiture préférée pendant la nuit sans s'en rendre compte. Elle a déjà eu des épisodes de somnambulisme dans sa jeunesse, mais le tout avait disparu à l'âge adulte. Elle se demande si son inconscient tente de lui dire quelque chose et si des émotions refoulées sont en train de remonter à la surface. Elle craint surtout de faire des choses qui pourraient être dangereuses pour elle-même.

### La recherche le dit

Le somnambulisme est une des parasomnies, ces troubles associés au sommeil (Umanath, Sarezyk et Finger, 2011). On le trouve chez 2,5 % de la population, six fois plus chez les enfants prépubères. Les somnambules ont habituellement des frères, des sœurs ou des parents avec ce problème ou un problème connexe du sommeil. Le somnambulisme serait 10 fois plus prévalent chez les parents de premier degré. Chez les jumeaux adultes, la concordance est de 80 % chez les hommes, mais de 36 % chez les femmes.

Le somnambulisme inclut des comportements moteurs complexes habituellement amorcés pendant la phase du sommeil lent ou profond (absence de mouvements oculaires rapides), comportements qui vont jusqu'à la déambulation dans un état de conscience altéré et de jugement affaibli. Cet état comprend également des réactions réduites aux stimuli, une faible capacité de communication et de l'amnésie des événements nocturnes.

Ces caractéristiques différencient le somnambulisme du trouble du sommeil rapide ou paradoxal (mouvements oculaires rapides) que l'on trouve par exemple chez les patients atteints de la maladie de Parkinson (Trotti, 2010). Privés du blocage moteur qui empêche habituellement le dormeur de bouger pendant son sommeil, ces patients s'agitent la nuit en se débattant et en frappant les agresseurs qu'ils perçoivent dans leur rêve. Ils bénéficient de médicaments tels que le donazépam et la mélatonine. Les personnes qui parlent dans leur sommeil le feraient également dans la phase des mouvements oculaires rapides (Umanath, Sarezyk et Finger, 2011).

L'électroencéphalogramme et la polysomnographie permettent maintenant de différencier le somnambulisme d'autres causes de déambulation nocturne, comme l'épilepsie (Umanath, Sarezyk et Finger, 2011).

Le somnambulisme est associé au stress, à la privation de sommeil ou à la perturbation de l'horaire de sommeil (décalage horaire), aux traits de personnalité anxieux et aux individus souffrant de pensées suicidaires. L'obésité, la fièvre et la prise de médicaments antipsychotiques augmente le risque de somnambulisme (Stores,

2010; Seeman, 2011). Bell (2010) recommande de s'assurer que le somnambulisme, au cours duquel le patient va souvent manger, n'est pas associé à un épisode d'hypoglycémie. Le somnambulisme de son patient diabétique est disparu après qu'il ait reçu de l'insuline à longue action.

Les auteurs recommandent la gestion des facteurs déclencheurs tels que les situations stressantes et la consommation d'alcool, tout comme l'aménagement sécuritaire de l'environnement et la prescription médicamenteuse au besoin (donazépam 0,5-3,0 mg HS) (Seeman, 2011; Umanath, Sarezyk et Finger, 2011). On recommande la cessation de la consommation d'alcool, de caféine et de marijuana ainsi que le traitement de l'apnée du sommeil. Le patient somnambule risque d'être confus, anxieux et en détresse si on tente de l'éveiller ou de le consoler pendant qu'il déambule. Il vaut mieux le guider gentiment vers son lit (Stores, 2010).

Reid et coll. (1981) rapportent une amélioration des symptômes subjectifs et objectifs de somnambulisme après six sessions d'hypnothérapie, maintenu à une relance un an plus tard. Les sujets, hypnotisés alors qu'ils avaient les pieds sur un tabouret, ont appris à sortir de l'état de transe au moment où il mettait les pieds sur le sol. Une suggestion post-hypnotique leur suggérait qu'un phénomène semblable se produirait en cas de somnambulisme. Au moment où leurs pieds toucheraient le sol, ils deviendraient immédiatement alertes et éveillés.

La patiente dont nous parlions au début de l'article a bénéficié d'un travail de deuil au sujet d'une séparation conjugale récente. Après un travail visant à lui donner une meilleure hygiène du sommeil, une vie relationnelle plus satisfaisante et une vie généralement plus équilibrée, le somnambulisme a cessé. Rassurée en constatant qu'il ne prenait pas une ampleur dangereuse pour elle, elle en est venue à le considérer comme un signal temporaire de déséquilibre dont elle doit tenir compte.

**Vous pourrez trouver ces articles complets ou leurs résumés à partir de la base de données EBSCO. Abonnez-vous au [www.ordrepsy.qc.ca/bases](http://www.ordrepsy.qc.ca/bases).**

### Bibliographie

- Bell, D. S. H. (2010). Nocturnal hypoglycaemia presenting as somnambulism. *Diabetologia*, 53, 2066-2067.
- Reid, Q. H., Ahmed, Iqbal et Levie, C. A. (1981). Treatment of Sleepwalking : A Controlled Study. *American Journal of Psychotherapy*, XXXV, 1, 27-37.
- Seeman, M. V. (2011). Sleepwalking. A Possible Side Effect of Antipsychotic Medication. *Psychiatric Quarterly*, 82, 59-67.
- Stores, G. (2010). Dramatic parasomnias : recognition and treatment. *British Journal of Hospital Medicine*, 71, 9, 505-510.
- Trotti, L. M. (2010). REM Sleep Behaviour Disorder in Older Individuals : Epidemiology, Pathophysiology and Management. *Drugs Aging*, 27, 6, 457-470.
- Umanath, S., Sarezyk, D et Finger, S. (2011). Sleepwalking through History : Medicine, Arts, and Courts of Law. *Journal of the History of the Neurosciences*, 20, 253-276.



# LA PHASE INITIALE EN PSYCHOTHÉRAPIE

CADRE, DISPOSITIF ET INTÉRIORISATION DU LIEN

avec Gilles Delisle, Ph.D.

*« C'est notre attitude au début d'une tâche difficile qui, plus que toute autre chose, aura une incidence sur sa réussite. »*

William James

## CONTENU DU SÉMINAIRE

- Le cadre juridique de la psychothérapie et les activités connexes selon la loi 21
- Un bilan des connaissances actuelles sur les processus neuropsychothérapeutiques
- Les controverses entourant les mesures d'efficacité
- Les dimensions déontologiques, éthiques et cliniques du processus thérapeutique
- La fonction thérapeutique du cadre et du contrat
- La compétence affective du thérapeute et la construction de l'alliance
- L'aménagement réfléchi : déontologie et jugement professionnel
- Une neurodynamique de l'intériorisation du cadre et du lien thérapeutique
- La facilitation du processus d'intériorisation

## L'APPROCHE DIDACTIQUE

- Des outils de réflexion avant le séminaire
- Une présentation magistrale ponctuée de travaux d'application clinique
- Des vignettes vidéo et des analyses de cas pour souligner les grands axes de compréhension et d'intervention



- QUÉBEC, les 18 et 19 décembre 2014
- MONTRÉAL, les 22 et 23 janvier 2015

350 \$ (plus taxes) Nombre de places limité.

Numéro d'agrément de l'OPQ : A-veir

RENSEIGNEMENTS ET INSCRIPTION :  
514 481-4134  
administration@cigestalt.com

CIG, 5285 boul. Décarie, bureau 300,  
Montréal, Qc H3W 3C2



Intégration  
par les mouvements  
oculaires

**IMO**

« UNE SOLUTION GLOBALE ET EFFICACE AUX SOUFFRANCES  
DES PERSONNES TRAUMATISÉES. »

« UN TRAITEMENT DONT LA RAPIDITÉ HONORE LE PLEIN  
POTENTIEL D'AUTOGUÉRISON DE L'ÊTRE HUMAIN. »

IMO-1 Montréal: 1-2 juin 2015

IMO-2 Montréal: 25-26 sept. 2014  
Montréal: 29-30 sept. 2015

8h30 à 17h30, les deux jours

Régulier: 650\$ + tx = 747,33\$ / pers.  
Réservation\*: 600\$ + tx = 689,85\$ / pers.  
Communautaire: 400\$ + tx = 459,90\$ / pers.

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

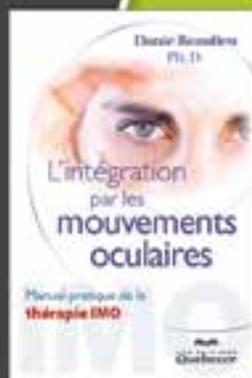
Formation continue IMO

Montréal: 24 sept. 2014  
3 juin 2015 (IMO avec les enfants)  
28 sept. 2015 (14 points de départ en IMO)

Formatrice:

Danië Beaulieu, Ph. D., psychologue

Pour plus d'informations, consultez  
[www.academieimpact.com](http://www.academieimpact.com)



MAINTENANT DISPONIBLE  
CHEZ QUEBECOR

NOUVELLE FORMATION:  
Êtes-vous primare, automate  
ou diplomate?  
Montréal: 16 oct. 2014 - 10 avr. 2015

## « FORMATIONS EN LIGNE MAINTENANT DISPONIBLES »

Recevez les enseignements tout en demeurant dans le confort de votre foyer

Formations **accréditées** par l'OPQ

À votre rythme, selon **VOTRE** horaire

Plusieurs **choix** de thèmes inspirants et **IMPACTants**

Visitez notre **site web** pour plus de détails!



Thérapie  
**d'IMPACT**

### THERAPIE D'IMPACT

Montréal: 27, 28, 29 mai 2015

### TECHNIQUES D'IMPACT

Approche individuelle

Montréal: 2 avril 2015

Approche groupe, couple, famille

Montréal: 3 avril 2015

### INTELLIGENCE ÉMOTIONNELLE

Montréal: 9 avril 2015

### Tarif par jour, 9h à 16h

Régulier: 250\$ + tx = 258,69\$ / pers.

Réservation: 225\$ + tx = 287,44\$ / pers.

Groupe (3 +): 200\$ + tx = 229,95\$ / pers.

Étudiant temps plein/  
communautaire: 125\$ + tx = 143,72\$ / pers.

## « UNE APPROCHE CRÉATIVE, DYNAMIQUE ET IMPACTANTE »

### BYE BYE ANXIÉTÉ

Montréal: 7 octobre 2014 - 8 octobre 2015

### L'ART DE SEMER

Montréal: 7 avril 2015

### RELATIONS INTERPERSONNELLES

Montréal: 6 avril 2015

### LE DEUIL ET SES ISSUES

Montréal: 9 octobre 2014 - 7 octobre 2015

### BURNOUT ET DEPRESSION

Montréal: 8 octobre 2014 - 9 octobre 2015

Régulier: Paiement mois de 3 semaines avant l'événement.

Réservation: Paiement 3 semaines avant l'événement.

Groupe: 3 personnes inscrites en même temps, une seule facture.

Les prix sont sujets à changement sans préavis.



Toutes nos formations sont accréditées par l'OPQ



CP 99072, CP du Tremblay  
Longueuil (Québec) Canada  
J4N 0A5

T: 1 888 848-3747  
F: 1 855 888-3747

[www.academieimpact.com](http://www.academieimpact.com)  
[info@academieimpact.com](mailto:info@academieimpact.com)

Danië Beaulieu, Ph. D.