

Psychologie

Le magazine de l'Ordre des psychologues du Québec

volume 25
numéro 06
novembre 08

QUÉBEC

www.ordrepsyqc.ca :: Ordre des psychologues du Québec

> Un jour, il y aura une fin ...

LES INTERVENTIONS PSYCHOLOGIQUES
AUX DERNIÈRES ÉTAPES DE LA VIE

L'AVENIR DE LA PSYCHOLOGIE
ET LES NEUROSCIENCES

CONSULTER UN PSYCHOLOGUE ET
SOUSCRIRE À UNE POLICE D'ASSURANCE



Ordre
des psychologues
du Québec

DALE-PARIZEAU LM VOUS ÉCOUTE, VOUS COMPREND, ET VOUS GUIDE.

PROGRAMME D'ASSURANCE COLLECTIVE POUR LES MEMBRES DE L'OPQ

Chez Dale-Parizeau LM, nous comprenons vos besoins. En tant que membres de l'Ordre des psychologues du Québec, vos employés et vous avez accès à l'un des régimes d'assurance de personnes les plus complets jamais offerts. Vous pouvez choisir parmi les protections suivantes:

ASSURANCE VIE ADHÉRENT ET CONJOINT • ASSURANCE VOYAGE
ASSURANCE SALAIRE LONGUE DURÉE • ASSURANCE MÉDICAMENTS
ASSURANCE MALADIES REDOUTÉES • ASSURANCE SOINS DENTAIRES
ASSURANCE ACCIDENTS/MALADIE • ASSURANCE FRAIS GÉNÉRAUX

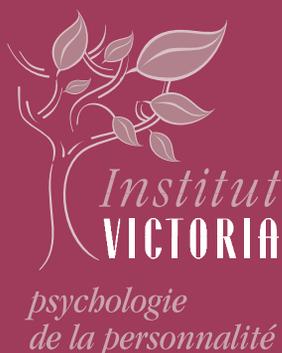
COMPOSEZ SANS FRAIS LE **1 877 807-3756**

IL NOUS FERA PLAISIR DE VOUS CONSEILLER

GATINEAU JONQUIÈRE MONTRÉAL QUÉBEC SHERBROOKE



Cabinet de services financiers



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

► NOUVELLES FORMATIONS

■ Intervention en situation de crise suicidaire et trouble de la personnalité

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

Montréal 275 \$ (taxes incluses)

les 18 et 25 novembre 2008

les 17 et 24 février 2009

les 12 et 19 mai 2009

■ Réadaptation physique et trouble de la personnalité

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

Montréal 275 \$ (taxes incluses)

les 19 et 26 mars 2009

► PERFECTIONNEMENT DE 3 JOURS

LES TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ : INTRODUCTION À L'INTERVENTION

Montréal 375 \$ (taxes incluses)

Groupe B les 5, 12 et 26 février 2009

Groupe C les 9, 16 et 30 avril 2009

Groupe D les 13, 20 mai et 3 juin 2009

Régions 445 \$ (taxes incluses)

Trois-Rivières les 12, 13 et 14 février 2009

Sherbrooke les 16, 17 et 18 avril 2009

Québec les 28, 29 et 30 mai 2009

► PROGRAMME DE FORMATION DE 3 ANS À LA PSYCHOTHÉRAPIE DES TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ

Prochains groupes débutant à **Montréal** et à **Québec** en septembre 2008

► FORMATION ET SUPERVISION SUR MESURE POUR LES INSTITUTIONS ET LES REGROUPEMENTS D'INDIVIDUS

► ATELIERS D'UNE JOURNÉE CONTRE-TRANSFERT ET TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ

Montréal 150 \$ (taxes incluses)

le 26 novembre 2008

ATELIERS THÉMATIQUES D'APPROFONDISSEMENT

Prérequis : « Perfectionnement clinique de 3 jours »

Montréal 150 \$ (taxes incluses)

■ Structure narcissique, le 25 mars 2009

■ Structure borderline, le 1er mai 2009

■ Structure schizoïde, le 5 juin 2009

> dossier p.16

Un jour, il y aura une fin ...

Les interventions psychologiques aux dernières étapes de la vie

16_ Réflexion sur une « mort planifiée » en néonatalogie

Par Isabelle Alix, psychologue en néonatalogie au Centre hospitalier Sainte-Justine à Montréal

20_ Du soleil sur le crépuscule de la vie

Entrevue avec Johanne de Montigny, psychologue en soins palliatifs

Par Josée Descôteaux, journaliste indépendante

25_ Psychologue en CHSLD : défi et privilège

Par Catherine Pinhas Mulcair, psychologue

29_ Le stress de compassion menace les psychologues travaillant avec les personnes en fin de vie

Par Dr^e Marie-Hélène St-Hilaire, psychologue, Mylène Robert, B. Psy et Charles Deschênes, M. Sc. Psy

À lire en janvier dans Psychologie Québec

Des reportages complets sur tous les grands moments du congrès 2008.

Cerveau et psychothérapie Un compte rendu des théories présentées par notre invité international, le Dr Allan Schore.

Société Les grandes conférences de Rose-Marie Charest et de Pierre Cousineau provoqueront des réflexions que nous partagerons avec vous. Les huit symposiums sur les enjeux sociaux actuels et les réactions des psychologues aux propos des spécialistes invités seront suivis de près par nos journalistes.

Célébrations Revivez les moments émouvants de la soirée de remise des prix de l'Ordre et faites connaissance avec les psychologues honorés.



— sommaire

07_ Éditorial

L'avenir de la psychologie et les neurosciences

09_ Secrétariat général

Consulter un psychologue et souscrire à une police d'assurance

11_ Pratique professionnelle

La tenue de dossier : mise à jour du guide explicatif

13_ Affaires juridiques

Loi visant à favoriser la protection des personnes à l'égard
d'une activité impliquant des armes à feu et modifiant la
Loi sur la sécurité dans les sports

15_ Déontologie

Le respect des engagements pris avec l'Ordre

33_ Opinions

L'intervention auprès de clients-psychothérapeutes

35_ Critique

Le labyrinthe de la féminité

37_ Lancement d'un ouvrage de référence en psychologie des organisations

38_ Activités régionales et de regroupements / Colloques et congrès / Nouveaux membres, réinscriptions et décès

40_ Petites annonces

42_ La recherche le dit

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

Dépôt légal

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

Envoi en poste publication,
numéro de convention 40065731

Rédactrice en chef :: Diane Côté

Comité de rédaction :: Nicolas Chevrier,
Catherine P. Mulcair, Rose-Marie Charest

Rédaction :: Annie-Michèle Carrière

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

Conception graphique et production ::
Quatuor Communication

Abonnements ::

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

Ordre des psychologues du Québec

1100, avenue Beaumont, bureau 510
Mont-Royal Qc H3P 3H5
www.ordrepsy.qc.ca

Psychologie

QUÉBEC

Dates de tombée des annonces publicitaires :

Janvier 2009 : 28 novembre 2008
Mars 2009 : 30 janvier 2009

Vous êtes psychologue en pratique privée?

Que vous exerciez votre profession de votre résidence ou d'un bureau privé situé à l'extérieur, nous avons un programme conçu pour vous.

L'assurance multirisque est une réponse parfaite à vos besoins

Offrez-vous une protection complète

- Pour votre local et vos biens professionnels
- Pour les pertes de revenus que vous pourriez subir à la suite d'un sinistre
- Contre certains actes frauduleux
- Pour votre responsabilité civile des lieux

Profitez d'économies avantageuses

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

Demandez-nous une proposition gratuite

- Sans aucune obligation, découvrez tous les avantages de l'assurance multirisque

1 800 644-0607

* Réduction accordée aux membres de l'OPQ



La Capitale
assurances générales

CABINET EN ASSURANCE DE DOMMAGES



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

Éditorial

L'avenir de la psychologie et les neurosciences

L'avenir de la psychologie sera définitivement marqué par l'évolution des neurosciences. Faut-il s'en inquiéter? Oui, si l'on pense que les facteurs psychologiques seront négligés et que l'étude du comportement humain sera réduite à ce qui est physique, observable, mesurable. Non, si l'on vise l'intégration des connaissances dans la poursuite de notre objectif ultime, une meilleure compréhension de l'être humain dans sa globalité.

Le développement des neurosciences s'est accéléré en grande partie à cause des développements technologiques qui ont permis d'avoir accès à des observations directes là où on devait faire des inférences. Il n'y a rien de nouveau à reconnaître l'existence des liens entre le cerveau et le comportement, l'humeur ou les changements psychologiques. Ce qui se développe, ce sont des moyens de spécifier davantage le lien entre tel comportement, tel sentiment ou telle attitude et telle activité cérébrale. Cela ne signifie pas que les causes du comportement, du sentiment ou de l'attitude soient strictement physiologiques. La relation d'attachement, par exemple, dont on peut voir les signes dans l'activité cérébrale du bébé et de la mère, n'est pas due à l'activité cérébrale. Aucun médicament ne pourra remplacer la relation d'attachement et les interventions réparatrices se situeront toujours à l'intérieur du champ relationnel.

La recherche en psychologie, comme dans toute science, est encadrée par les instruments de mesure dont nous disposons. Il est sûrement plus difficile d'isoler les composantes d'un traitement psychologique que celles d'un traitement physique et surtout, d'en évaluer les effets à un moment donné, ceux-ci pouvant s'étendre dans le temps. L'identification des ingrédients actifs en psychothérapie ainsi que la mesure de son efficacité s'en trouvent d'autant compliqués. Cela n'a pas empêché de nombreux chercheurs en psychologie de développer des instruments de mesure adaptés à leur sujet d'étude et de démontrer l'efficacité des interventions étudiées et ce, même lorsque ces interventions découlent de modèles qui font appel à des inférences davantage qu'à des observations directes.

Le titre de la conférence prononcée dans le cadre du congrès par le Dr Allan N. Schore, psychologue, aurait été inconcevable il y a 10 ans : « *The paradigm shift : the right brain and the relational unconscious* ». En effet, qui aurait alors pensé à faire le lien entre le cerveau et l'alliance thérapeutique? Ce nouveau paradigme s'inspire des récents moyens d'observation qui permettent de suivre l'activité cérébrale, notamment dans l'hémisphère droit. Cela ajoute bien plus que cela ne nuit à l'étude de la psychothérapie, de son fonctionnement et de son efficacité et participe à établir la crédibilité de notre discipline. Encore faut-il qu'il y ait mise en commun plutôt qu'opposition entre les différents chercheurs ainsi qu'entre chercheurs et cliniciens.

À voir l'intérêt suscité au congrès 2008 par les conférences et ateliers qui font le lien entre les aspects psychologiques et biologiques et par ceux portant sur les données probantes, j'ai confiance que les psychologues sont de plus en plus disposés à travailler dans cette dernière direction, et je m'en réjouis. Nous ne devons pas être les seuls à vouloir le faire cependant. Comment participer à faire en sorte que cette volonté d'intégration s'étende au plus grand nombre de professionnels et de scientifiques à l'intérieur comme à l'extérieur de notre profession? Sûrement pas en érigeant une frontière entre les tenants d'une approche basée sur les inférences psychologiques et ceux d'une approche basée sur les observations directes. Rappelons-nous qu'une inférence en est une tant et aussi longtemps que l'on ne possède pas les outils qui nous permettront soit de la réfuter, soit d'en faire l'observation. La démarche scientifique n'appartient pas à une école de pensée ni à un instrument de mesure. Elle exige de la part de tous les professionnels autant d'ouverture que de rigueur.

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

DÉCROCHAGE SCOLAIRE



Un logiciel facile à utiliser, conçu pour aider les professionnels à...

- Dépister les élèves du secondaire à risque de décrochage
- Identifier les facteurs de vulnérabilité des élèves
- Faciliter le travail des intervenants

Mieux agir pour mieux prévenir !



**Logiciel de
dépistage du
décrochage
scolaire**

Pour mieux prévenir!



En complément du *Guide de prévention du décrochage scolaire*
Y'a une place pour toi!
(2^e édition)



CTREQ

Le centre de transfert
pour la réussite
éducative du Québec

Pour se procurer le logiciel
communiquer avec la Société GRICS
514 251-3730 • www.grics.qc.ca
www.ctreq.qc.ca/depistage

Pour se procurer le guide
communiquer avec le CTREQ
418 658-2332 • info@ctreq.qc.ca
www.ctreq.qc.ca/prevention



Secrétariat général

Consulter un psychologue et souscrire à une police d'assurance



Stéphane Beaulieu / Psychologue

Secrétaire général

stephanebeaulieu@ordrepsy.qc.ca

L'assurance invalidité est l'assurance qui procure une protection financière aux personnes en cas de maladie. L'assureur verse des indemnités à l'assuré pendant la période d'invalidité.

Toute personne qui formule une demande pour une nouvelle police d'assurance invalidité doit déclarer les maladies dont elle a souffert dans le passé. L'assureur veut connaître les antécédents médicaux de ses futurs clients. Dans le langage des assurances, il s'agit là de « l'évaluation du risque ». Cette pratique prévaut dans toutes les compagnies d'assurances, et ce, peu importe la nature des maladies tant physiques que psychiques déclarées par les personnes qui veulent souscrire à une police d'assurance invalidité. Certains psychologues s'étonnent que leurs clients se voient refuser une police d'assurance (ou qu'ils se voient imposer des conditions), et ce, en raison du fait qu'ils les ont consultés. Il faut savoir qu'il est pratique courante que les assureurs refusent d'assurer ou qu'ils imposent des conditions (exclusions*) aux personnes qui ont été malades dans les mois ou les années qui précèdent l'adhésion à une police d'assurance. Par exemple, le cancer, les maux de dos (et autres blessures musculosquelettiques) et les troubles circulatoires peuvent être des motifs de refus ou d'exclusions. Il en va de même pour la dépression majeure et les troubles anxieux.

Ainsi, il n'est pas inhabituel qu'une personne qui a consulté un psychologue se voie imposer des conditions par les compagnies d'assurances au même titre que la personne qui a subi une chirurgie récente. Les compagnies d'assurances, lorsque la personne qui formule une demande pour une nouvelle police déclare qu'elle a consulté un psychologue, estiment en effet qu'il y a un risque potentiel d'aggravation ou de rechute. Elles se réservent donc le droit d'évaluer chaque demande avant de prendre une décision.

Dans l'évaluation du risque, les compagnies d'assurances prennent en compte le fait que les premières causes d'invalidité au Canada sont les maladies psychologiques (ou les troubles mentaux), suivies des maladies musculosquelettiques et du cancer. Selon la province, de 30 à 40 % de toutes les indemnités versées par les compagnies d'assurances sont liées à des troubles de santé mentale.

Il ne faut donc pas s'étonner que les assureurs soient vigilants et qu'ils souhaitent obtenir des informations supplémentaires avant d'autoriser un contrat d'assurance.

L'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes (ACCAP) confirme qu'il est pratique courante dans l'industrie que les demandes soient acceptées avec exclusion ou encore qu'elles soient carrément refusées à la suite d'un diagnostic de maladie psychologique (ou trouble mental). Les pratiques peuvent varier d'une compagnie à l'autre.

Les maladies mentales jugées sévères et récentes peuvent être des critères de refus. Dans les cas de maladies jugées sévères mais non récentes ou non sévères et récentes, l'assurance peut être acceptée mais avec exclusion. À titre d'exemple, chez plusieurs assureurs, il est fréquent qu'une assurance soit accordée, mais avec une exclusion, à l'intérieur d'un délai de deux ans d'un diagnostic de dépression majeure. Le délai pourrait passer à trois ans lorsqu'il y a présence d'un trouble anxieux sévère. Les diagnostics de trouble bipolaire et de schizophrénie sont fréquemment des motifs de refus. Des preuves de stabilité à long terme sont exigées pour accorder une assurance avec exclusion pour de tels diagnostics.

Bien entendu, les séances auprès du psychologue pour tout autre motif de consultation, tel que couple ou famille, deuil, difficulté reliée au milieu de travail, etc., ne sont pas des motifs de refus ni d'exclusion.

LE RÉSUMÉ DE DOSSIER DU PSYCHOLOGUE PEUT FAIRE LA DIFFÉRENCE

L'information contenue au dossier de l'assureur, qu'elle provienne de la déclaration signée par le demandeur ou qu'il s'agisse de l'information transmise par des tiers (médecins, psychologues ou autres), permettra à l'assureur de documenter et prendre sa décision. Le rapport psychologique ou le résumé de dossier joue ici un rôle déterminant dans la façon dont la demande sera traitée. L'information provenant du psychologue pourra faire la différence entre un refus ou une acceptation, ou entre une acceptation avec ou sans exclusion.

QUELQUES CONSEILS POUR LA RÉDACTION DES RAPPORTS

L'assureur fera signer un consentement au demandeur de la police d'assurance l'autorisant à contacter le ou les professionnels afin d'obtenir l'information requise. Ce formulaire doit être transmis au psychologue avant que celui-ci communique les informations demandées à l'assureur. Le psychologue doit par ailleurs informer son client de la teneur de son rapport et il doit s'assurer que les conséquences de sa transmission ont été bien comprises par ce dernier.

Le rapport ou le résumé de dossier devra être concis et précis. Il devra toutefois contenir suffisamment de détails pour que le lecteur puisse évaluer quels étaient le motif de consultation,

Il est pratique courante que les assureurs refusent d'assurer ou qu'ils imposent des conditions aux personnes qui ont été malades dans les mois ou les années qui précèdent l'adhésion à une police d'assurance.

les symptômes, le diagnostic psychologique, le traitement, l'évolution et le pronostic.

Le psychologue devra aussi tenir compte du fait que plus d'un intervenant aura à lire ledit rapport au sein de la compagnie d'assurances et que certains d'entre eux peuvent ne pas être des professionnels de la santé (avocat, agent d'indemnisation ou autres). Par conséquent, tout en demeurant rigoureux et scientifique, le rapport devra être formulé en des termes accessibles à un auditoire varié.

Seules les informations pertinentes au contexte de la demande formulée par l'assureur seront présentes au résumé de dossier. Il est donc entendu que plusieurs informations à caractère personnel, révélées au psychologue dans le cadre des consultations, n'ont pas à être consignées dans un tel rapport. Le psychologue devra exercer son jugement professionnel afin de discriminer quelles informations seront utiles du point de vue de l'assureur dans le contexte d'une demande d'assurance. Précisons enfin que dans son rapport, le psychologue n'a pas à se prononcer sur l'admissibilité à l'assurance de son client.

En conclusion, le fait d'avoir consulté un psychologue peut justifier qu'une compagnie d'assurances demande des informations aux professionnels de la santé dans le but d'évaluer le risque associé à la maladie ou au trouble déclaré par le demandeur d'une nouvelle police d'assurance invalidité.

Le résumé de dossier (ou le rapport) produit par le psychologue permettra à l'assureur d'établir dans quel contexte est survenue la consultation. Certaines maladies psychologiques peuvent être la cause d'un refus ou d'une acceptation avec ou sans exclusion. Les autres motifs de consultation (couple, famille, deuil, travail, etc.) ne sont pas l'objet de refus ou d'exclusion.

Il sera toujours primordial d'informer le client de la demande de transmission d'informations dont il est l'objet ainsi que de la teneur de votre rapport.

* Une exclusion signifie que l'assurance est accordée, mais que toute réclamation reliée au trouble identifié ne pourra être l'objet d'une demande d'indemnité. Toutes les exclusions peuvent être réévaluées après une période de deux ans.



Janel Gauthier collabore à la déclaration universelle des principes éthiques

Le Dr Janel Gauthier, psychologue et administrateur du Bureau de l'Ordre pour la région de Québec, a activement collaboré au développement d'une déclaration universelle des principes d'éthique pour les psychologues. Le projet international, auquel le Dr Gauthier a été étroitement associé, était parrainé par l'Union internationale de psychologie scientifique et l'Association internationale de psychologie appliquée.

Le document intitulé *Universal Declaration of Ethical Principles for Psychologists* a été adopté à l'unanimité par les deux organismes internationaux à l'occasion d'une réunion en juillet dernier à Berlin. Cette déclaration universelle est le résultat d'un processus de six ans de recherche, de consultation, de discussions et de rédaction.

Le Dr Gauthier a présenté cette déclaration lors de la Conférence annuelle de la section des organisations non gouvernementales du Département de l'information des Nations Unies qui s'est tenue à Paris en septembre dernier. Cette conférence se tenait sous l'égide de l'Organisation des Nations unies pour l'éducation, la science et la culture (UNESCO) à l'occasion du soixantième anniversaire de la signature à Paris de la Déclaration universelle des droits de l'homme.

La déclaration universelle a été publiée en langue anglaise mais elle sera traduite en français au cours de la prochaine année. Vous en trouverez une copie sur le site de l'UNESCO à l'adresse www.am.org/iupsys/ethics/univdecl2008.html.

Pratique professionnelle

La tenue de dossier : mise à jour du guide explicatif



Pierre Desjardins / Psychologue

Directeur de la qualité et du développement de la pratique

pdesjardins@ordrepsy.qc.ca

L'entrée en vigueur, en août dernier, du nouveau code de déontologie des psychologues nous oblige à faire le point sur nos pratiques et à apporter les ajustements nécessaires. Or il se trouve dans le code de déontologie des dispositions qui ont un impact sur la tenue de dossier, notamment celles sur le consentement, les renseignements de nature confidentielle, l'accessibilité et la rectification des dossiers, l'utilisation du matériel psychologique et les honoraires et autres frais. Il est ainsi devenu nécessaire de réviser le guide explicatif sur la tenue de dossier paru en janvier 2006.

_LE CONTEXTE LÉGAL

Il faut d'abord souligner que la pertinence d'un guide explicatif en matière de tenue de dossier tient notamment au fait que cet exercice professionnel découle d'obligations diverses débordant largement le seul Règlement sur la tenue des dossiers et des cabinets de consultation. En effet, outre les obligations rattachées au code de déontologie, s'ajoutent les considérations sur les droits fondamentaux tels qu'établis par la Charte des droits et libertés de la personne du Québec, d'importantes dispositions du Code civil du Québec de même que plusieurs dispositions spécifiques qui se trouvent dans différentes lois¹.

_LE CONTENU DU NOUVEAU GUIDE

Le nouveau guide explicatif a une structure quelque peu différente du précédent. D'entrée de jeu on y réfère aux obligations premières qu'édicte le Règlement sur la tenue des dossiers. Ensuite, il y a présentation des différentes données que peuvent consigner les psychologues et du traitement qu'ils doivent en faire considérant la nature propre de ces données. Suivent les modèles les plus fréquemment utilisés, modèles qui en un sens font école et qui permettent aux psychologues de bien s'acquitter de leurs obligations relativement à la consignation des données. S'ajoute à cela une section touchant davantage à la forme qu'au contenu, section où se trouvent des conseils et des recommandations sur les modalités rédactionnelles. Le guide élabore ensuite sur les droits fondamentaux de la personne pour illustrer leur impact sur la tenue de dossier. Pour finir, deux annexes, la première abordant les principaux questionnements des psychologues en regard du consentement libre et éclairé et la seconde illustrant les erreurs à éviter, soit celles qui sont le plus souvent relevées dans les dossiers tenus par les psychologues.

_UNE OBLIGATION VISANT LA PROTECTION DU PUBLIC

Dans la version précédente du guide explicatif, on mentionnait en introduction que le dossier est, en un sens, un outil de travail pour le psychologue en ce qu'il peut servir d'aide-mémoire et favoriser l'organisation de la pensée. Bien que cela demeure, le fait de dégager une telle fonction dans le guide explicatif a pu induire en erreur certains psychologues quant à la raison d'être du dossier et les influencer dans l'interprétation qu'ils se sont faite de leurs obligations en la matière. Essentiellement, l'obligation de tenir un dossier répond à des dispositions légales mises en place non pas pour aider les professionnels dans leur exercice mais bien comme mesure de protection du public. C'est par cette obligation qu'il devient possible de savoir ce que les professionnels font avec leurs clients, ce qui par ailleurs permet à un ordre professionnel de s'acquitter de son mandat de surveillance et de contrôle d'un exercice professionnel que ne saurait bien évaluer le public non averti.

_ÉCRIRE AVEC EMPATHIE

Dans un autre ordre d'idée, la règle donne au client le plein accès à son dossier², de sorte qu'il puisse exercer son droit de regard sur des informations le concernant, informations dont il pourrait par ailleurs autoriser la divulgation. Compte tenu de cette règle, il est important de faire en sorte que ce qui est écrit puisse prendre pour le client le même sens que cherche à lui donner le psychologue en situation de face à face et, par conséquent, n'ait pas pour effet d'amener le client dans des voies qui l'éloigneraient du plan de traitement. Une bonne façon de rédiger les dossiers serait de le faire en pensant que le client est présent derrière vous et qu'il est en train de lire par-dessus votre épaule. À cet égard, il pourrait être utile d'écrire tout en vous posant les questions suivantes :

- :: Mon propos s'adresse-t-il au client? (Sauf exception, il le devrait.)
Qui est susceptible de lire ce rapport?
- :: Mon propos témoigne-t-il plutôt de mes intérêts ou encore de mes réactions à mes obligations? En d'autres termes, suis-je emporté par mon enthousiasme ou animé du désir de me protéger?
- :: Mon propos est-il justifié et pertinent compte tenu du mandat qui m'a été confié?
- :: Est-ce que mes efforts pour bien comprendre le client m'inspirent dans ma rédaction? Le client est-il en mesure de bien saisir, compte tenu notamment du niveau de langage que j'utilise?
- :: Ai-je déjà abordé avec le client cette question dont je voudrais faire maintenant état dans le dossier? Si oui, de quelle façon? Comment le client y a-t-il réagi? Comment, par conséquent y faire référence? Si non, serait-il surpris ou choqué par le fond ou la forme de mon propos?

L'obligation de tenir un dossier répond à des dispositions légales mises en place non pas pour aider les professionnels dans leur exercice mais bien comme mesure de protection du public.

Ces quelques exemples de questions resituent l'exercice de tenue de dossier dans le contexte de la relation établie avec le client et s'inscrivent dans l'obligation de respecter l'intégrité et la dignité de la personne. De plus, la tenue de dossier peut avoir un impact important sur l'établissement d'une bonne alliance de travail, ce qui justifie de se mobiliser de façon empathique dans toutes les facettes de son travail.

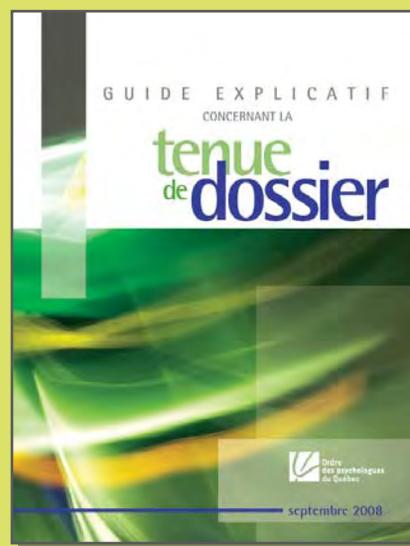
En guise de conclusion, nous vous invitons à prendre connaissance du nouveau guide explicatif concernant la tenue de dossier, guide qui vous a été posté avec le présent numéro de *Psychologie Québec*. Nous espérons que ce guide réponde à certaines de vos interrogations et vous soutienne dans votre pratique. Nous vous encourageons de plus à le faire circuler auprès de vos collègues, dans votre environnement de travail, le but étant de faire mieux connaître les obligations des psychologues en matière de tenue de dossier et éventuellement d'harmoniser des pratiques pour le mieux-être de la clientèle. À noter que le guide est disponible en version électronique dans le site Web de l'Ordre (www.ordrepsy.qc.ca), dans la section réservée aux membres sous l'onglet Centre de documentation.

_Notes

- 1 Nous référons, entre autres, au Code de sécurité routière, au Code des professions, à la Loi concernant le cadre juridique des technologies de l'information, à la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels, à la Loi sur la protection de la jeunesse, à la Loi sur la protection des renseignements personnels dans le secteur privé, à la Loi sur la recherche des causes et circonstances de décès et à la Loi sur les services de santé et les services sociaux. À noter que ces lois ont préséance sur la réglementation qui ne vise que les psychologues.
- 2 Il y a bien quelques exceptions que prévoient certaines lois et l'article 20 du nouveau code de déontologie fait expressément état de deux situations limitant l'accessibilité. Voir à cet égard la chronique intitulée *Les rapports avec les tiers : balises déontologiques et réflexions cliniques*, parue dans le numéro de juillet 2008 du magazine *Psychologie Québec*.

Nouvelle édition du guide sur la tenue de dossier

La présente édition du magazine est accompagnée du document *Guide explicatif concernant la tenue de dossier*. Ce document avait été produit dans sa première version en 2006. Avant d'être réimprimé, il a été complètement revu pour tenir compte des nouvelles dispositions du code de déontologie. Le guide sera traduit en anglais et distribué à tous les psychologues anglophones au cours des prochaines semaines. Ce document sera aussi disponible en français et en anglais sur le site Internet de l'Ordre dans la section réservée aux membres.



Affaires juridiques

Loi visant à favoriser la protection des personnes à l'égard d'une activité impliquant des armes à feu et modifiant la Loi sur la sécurité dans les sports



M^e Édith Lorquet

Conseillère juridique et secrétaire
du comité de discipline

elorquet@ordrepsy.qc.ca

Rappelons que cette loi, désignée aussi comme étant la Loi Anastasia en souvenir de l'une des victimes de la tragédie du Collège Dawson, est entrée en vigueur le 1^{er} septembre dernier. Peu avant, le ministère de la Sécurité publique a publié un feuillet d'information à l'intention des professionnels visés expressément par cette loi¹, dont les psychologues. Si ce n'est déjà fait, nous vous invitons à consulter ce feuillet d'information mis à votre disposition dans notre site Internet.

La présente chronique entend clarifier certains points en regard des préoccupations exprimées par des psychologues au lendemain de l'entrée en vigueur de cette loi.

_L'AUTORISATION DE SIGNALEMENT

L'article 8 de la loi prévoit que tout psychologue, peu importe son lieu de pratique (école, établissement de santé, pratique privée, etc.), ayant, dans le cadre de l'exercice de sa profession, un motif raisonnable de croire qu'une personne a un comportement susceptible de compromettre sa sécurité ou celle d'autrui avec une arme à feu², est autorisé à signaler ce comportement aux autorités policières.

Dans ce cas, il ne leur communique que les renseignements nécessaires pour faciliter leur intervention, même si ces renseignements sont protégés par le secret professionnel ou toute autre obligation de confidentialité à laquelle il serait tenu.

Cette autorisation de signalement qui, rappelons-le, implique obligatoirement une arme à feu, se distingue de celle prévue à l'article 18 du code de déontologie des psychologues communément appelée « assistance à une personne en danger ».

L'article 18 du code de déontologie édicte :

Le psychologue peut communiquer un renseignement protégé par le secret professionnel, en vue de prévenir un acte de violence, dont un suicide, lorsqu'il a un motif raisonnable de croire qu'un danger imminent de mort ou de blessures graves menace une personne ou un groupe de personnes identifiable.

Toutefois, le psychologue ne peut alors communiquer ce renseignement qu'à la ou aux personnes exposées à ce danger, à leur représentant ou aux personnes susceptibles de leur porter secours.

Le psychologue ne peut communiquer que les renseignements nécessaires aux fins poursuivies par la communication.

Comme on peut le constater, l'autorisation de signalement en matière d'arme à feu est différente et moins contraignante. Ainsi, lorsqu'une arme à feu est impliquée, le psychologue n'a pas à évaluer l'imminence du danger de mort ou de blessures graves ou à identifier la personne ou le groupe de personnes à protéger. Nous croyons toutefois que le fait qu'il s'agisse d'une autorisation à signaler, et que pour ce faire, le psychologue doive avoir des motifs raisonnables de croire qu'une personne est susceptible de compromettre sa sécurité ou celle d'autrui avec une arme à feu, implique l'exercice de son jugement professionnel quant à la dangerosité de cette personne. Par ailleurs, comme il n'a pas à identifier la ou les personnes en danger, il est compréhensible que le signalement soit fait aux autorités policières.

Bien que la loi soit silencieuse à cet égard, considérant ses obligations déontologiques habituelles en matière de signalement, un psychologue qui fait un tel signalement devrait tout de même consigner au dossier du client concerné les motifs au soutien de sa décision, les circonstances de la communication, les renseignements communiqués et l'identité de la personne à qui la communication a été faite.

_L'OBLIGATION DE SIGNALEMENT

Lorsqu'il a un motif raisonnable de croire qu'une personne est en possession d'une arme à feu sur les lieux d'une institution désignée³, ce qui comprend l'ensemble des terrains dont elle dispose et les constructions qui y sont érigées, ou encore qu'une arme à feu s'y trouve, un psychologue oeuvrant au sein d'une telle institution, notamment une école, un cégep ou une université, est tenu d'en aviser sans délai les autorités policières. Par

exemple, un psychologue qui voit un individu suspect dans la cour d'école et qui a des motifs raisonnables de croire que cet individu est armé, devra en aviser sans délai les autorités policières. Il n'a pas ici à évaluer si cette personne est susceptible de compromettre sa sécurité ou celle d'autrui : il a des motifs raisonnables de croire que cette personne est armée ou qu'une arme est sur les lieux et il doit le signaler.

Cette obligation de signalement de possession d'arme à feu ne s'applique pas si c'est dans le cadre de l'exercice de sa profession que le psychologue l'apprend, le constate ou que naissent des motifs raisonnables de le croire. Par exemple, s'il apprend lors d'un suivi auprès d'un étudiant que ce dernier est en possession d'une arme à feu, il devra alors évaluer si cette personne est susceptible de compromettre sa sécurité ou celle d'autrui avec cette arme à feu. Donc, l'obligation de signaler s'applique au psychologue œuvrant au sein d'une institution désignée s'il n'agit pas dans le cadre de l'exercice de sa profession. Autrement, il n'y est pas obligé et il devra exercer son jugement professionnel comme nous l'avons vu plus haut.

Enfin, la loi prévoit qu'une personne, dont un psychologue, qui agit de bonne foi, conformément aux dispositions édictées, ne peut être poursuivie en justice et que nul ne pourra dévoiler ou être contraint de dévoiler son identité.



Le CEP regroupe une équipe de psychologues dynamiques offrant les services suivants :

Directrice : Dr Marie-Hélène St-Hilaire

- **Consultation pour la thérapie individuelle, de couple et de groupe**
Anxiété - Phobie - Panique - Dépression - Burnout
Difficultés interpersonnelles - Dépendance
Réactions post-trauma - Deuil - Douleur
Troubles alimentaires (anorexie/ boulimie)
- **Conférences grand public**
- **Perfectionnement professionnel**
- **Location de bureaux ou salle de conférence.**

5066 Papineau, Montréal • 514 678-5747
www.cepsychologie.com



_Notes

- 1 Médecin, psychologue, conseiller et conseillère d'orientation, psychoéducateur et psychoéducatrice, infirmière et infirmier, travailleur social, thérapeute conjugal et familial.
- 2 Une arme à feu est, au sens de la loi, définie ainsi dans le Code criminel : « Toute arme susceptible, grâce à un canon qui permet de tirer du plomb, des balles ou tout autre projectile, d'infliger des lésions corporelles graves ou la mort à une personne, y compris une carcasse ou une boîte de culasse d'une telle arme ainsi que toute chose pouvant être modifiée pour être utilisée comme telle. » Cette définition inclut les armes à feu qui n'ont pas à être enregistrées en vertu de la loi fédérale sur les armes à feu.
- 3 Centre de la petite enfance, garderie, jardin d'enfants, service de garde en milieu scolaire, école d'enseignement préscolaire, primaire et secondaire, collège d'enseignement de niveau postsecondaire, collège d'enseignement général et professionnel, centre de formation professionnelle, centre d'éducation des adultes, université, service de garde en milieu familial, transport public, sauf taxi, et transport scolaire.

Directeur ou directrice de la clinique de psychologie

La Direction des ressources humaines sollicite des candidatures.

➤ La **Clinique universitaire de psychologie** du Département de psychologie de la Faculté des arts et des sciences est une clinique de formation et de recherche qui offre des services d'évaluation psychologique, de consultation psychologique et d'évaluation en neuropsychologie clinique au grand public de la région métropolitaine. Elle offre également aux psychologues, membres en règle de l'Ordre des psychologues du Québec, la possibilité d'utiliser les services de la testothèque.

Le directeur assume la gestion de l'ensemble des activités de la Clinique universitaire de psychologie, incluant la gestion quotidienne, conformément aux normes de pratique et de déontologie établies par l'Ordre des psychologues du Québec et conformément au Code des professions et règlements en découlant. Il participe à l'élaboration des orientations de la Clinique, à la planification et à la coordination de son développement. Il coordonne le travail du personnel rattaché à la Clinique et assure la planification et le suivi budgétaire. Il participe à la planification et à l'organisation des stages et coordonne les internats dans le cadre des programmes gradués.

Exigences :

- Doctorat professionnel (Ph.D. R/I, D.Psy.) en psychologie ou son équivalent.
- Membre ou admissible de l'Ordre des psychologues du Québec.
- Minimum de 5 années de pratique en psychologie, de préférence dans un milieu multidisciplinaire. Expérience pertinente de gestion dans un contexte de prestation de services professionnels.

Pour une description détaillée du poste, veuillez consulter notre site web : www.drh.umontreal.ca

Veuillez faire parvenir votre curriculum vitae, en indiquant le titre du poste pour lequel vous posez votre candidature dans l'objet du courriel.

Courriel : www.drh.umontreal.ca/documents/offre_emploi_tous/H080612.pdf

Nous remercions tous les candidats de leur intérêt, mais seules les personnes retenues en entrevue seront contactées.

L'Université de Montréal souscrit aux principes d'accès à l'égalité en emploi et invite les femmes, les membres des minorités visibles et des minorités ethniques, les personnes handicapées et les autochtones à poser leur candidature.

Université 
de Montréal

Déontologie

Le respect des engagements pris avec l'Ordre



Suzanne Castonguay / Psychologue
Syndique adjointe
scastonguay@ordrepsy.qc.ca

Depuis le 19 août 2008, l'Ordre des psychologues s'est doté d'un nouveau code de déontologie.

Ce code, très similaire au précédent, présente tout de même plusieurs modifications, nuances ou ajouts dans la réglementation déontologique, notamment l'ajout de l'article 69, dont nous traiterons dans la présente chronique.

L'article 69 se lit comme suit :

« Le psychologue respecte tout engagement qu'il a conclu avec le Bureau, le comité administratif, le secrétaire de l'Ordre, un syndicat ou le comité d'inspection professionnelle. »

D'autres ordres professionnels présentent dans leur code de déontologie l'équivalent de cet article, dont le Collège des médecins depuis novembre 2002 et l'Ordre des pharmaciens, depuis juin 2008.

Concernant notre code de déontologie, l'application de ce nouvel article fait en sorte qu'un engagement pris envers l'Ordre, devient maintenant une obligation non seulement morale mais aussi juridique. Cette nouvelle obligation concerne tout engagement d'un professionnel et son non-respect pourrait, le cas échéant, être discuté devant le comité de discipline. Cette nouvelle obligation vise tous les engagements, de quelque nature qu'ils soient, tant envers le comité d'inspection professionnelle, le syndicat, le Bureau ou le secrétaire général.

En ce qui concerne le syndicat, ces engagements pourront être pris autant lors des enquêtes, à la suite d'une conciliation, que lors d'ententes dans le cadre de la préparation d'auditions sur sanction, par exemple, ou encore en cours d'audience auprès du comité de discipline. Dans les faits, ce sera donc le comité de discipline qui sera appelé à exercer cette nouvelle juridiction. À cet égard, il sera intéressant de voir l'interprétation et surtout l'application qu'il en fera. Quant à ce qui a trait aux engagements pris envers le Bureau ou l'inspection professionnelle, cette disposition attribuera un pouvoir supplémentaire aux acteurs concernés qui concluront l'engagement.

Par ailleurs, sans qu'il y ait audition devant le comité de discipline, il se pourrait que, dans le cadre de l'enquête, un engagement soit pris avec le syndicat, découlant de l'initiative même du psychologue. Peu importe qu'il s'agisse d'un engagement proposé par le psychologue ou suggéré par le syndicat, ce dernier a l'obligation d'en informer le demandeur d'enquête lors de la fermeture du dossier.

De plus, dans un cas comme dans l'autre, le fait que le professionnel ne respecte pas cet engagement pourrait être considéré comme un manquement à cet article 69 du code de déontologie.

On peut envisager plusieurs exemples d'application de cette disposition : les professionnels pourraient s'engager outre le syndicat, auprès de l'inspection professionnelle ou du Bureau, à un suivi de leurs problèmes de santé ou à un suivi du contrôle de la qualité de la pratique professionnelle pour les psychologues présentant une problématique à ce sujet.

Voici quelques situations dans lesquelles les engagements non respectés ont fait obstacle à la mission de protection du public et qui, dorénavant, seront visées par ce nouvel article :

_AU BUREAU DU SYNDIC :

- :: Un psychologue qui s'engagerait auprès du bureau du syndicat à participer au cours « Déontologie et professionnalisme » ou à suivre une supervision dans le cadre de la fermeture d'un dossier et qui ne respecterait pas cet engagement.
- :: Le non-respect de la part du psychologue, des engagements pris à la suite d'une conciliation.

_AVEC LE COMITÉ D'INSPECTION PROFESSIONNELLE :

- :: Un psychologue qui ne répondrait pas à la demande du CIP de compléter le questionnaire d'inspection malgré un engagement de sa part à cet effet.
- :: Un psychologue qui ne respecterait pas un engagement pris avec le CIP et découlant d'une inspection professionnelle.

_AVEC LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL :

- :: Un psychologue qui ne respecterait pas son engagement à faire modifier le contenu de ses champs de pratique, jusqu'à ce qu'il participe à un perfectionnement.
- :: En somme, l'application de cette disposition demeure une mesure exceptionnelle, qui pourrait s'appliquer à un nombre très limité de cas, considérant l'historique connu du bureau du syndicat. Par contre, dans une situation d'importance où il sera utile d'intervenir, cet outil, visant la protection du public, sera disponible.

_Bibliographie

- Code des professions. L.R.Q. c. C-26.
- Code de déontologie des psychologues. R.R.Q., c. C-26, r. 148.1.
- Code de déontologie des médecins. R.R.Q., c. M-9, r. 4.1.
- Code de déontologie des pharmaciens. R.R.Q., c. P-10, r. 5.



Isabelle Alix

Psychologue en néonatalogie au Centre hospitalier Sainte-Justine à Montréal

— Réflexion sur une « mort planifiée » en néonatalogie

Il existe une infinité de situations et de milieux qui requièrent l'intervention d'une psychologue. Certains milieux, plus propices que d'autres, amènent la psychologue à devoir délaissier son rôle plus technique (d'évaluatrice, de psychothérapeute, par exemple), et c'est exactement de cet aspect du travail de la psychologue dont traitera cet article.

Il sera ici question d'un événement qu'on ne rencontre pas souvent dans le quotidien d'une psychologue, soit de la mort annoncée de bébés en néonatalogie. Comment la psychologue demeure-t-elle psychologue lorsqu'elle est invitée, au sein d'une famille, à être « membre », avec eux, dans un des vécus les plus intenses, et probablement le plus souffrant, que la vie puisse, malheureusement, faire subir à des parents? Comment une psychologue reste-t-elle professionnelle lorsqu'elle participe à cet événement?

— NAÎTRE DANS L'URGENCE

La clinique de néonatalogie de l'Hôpital Sainte-Justine (Montréal) accueille autant le bébé né de manière précoce que l'enfant né à terme et dont la vie est en danger. Une soixantaine de patients sont hospitalisés aux soins intensifs et aux soins intermédiaires de néonatalogie, ce qui représente beaucoup de parents, de frères,

de sœurs, de grands-parents, dont la vie change complètement, et subitement. L'équipe médicale et psychosociale se rend disponible pour accueillir ces gens, mais c'est surtout à la psychologue d'épauler la famille, lorsque survient une « crise ». On compte alors sur cette professionnelle, grâce à sa formation, à ses compétences techniques et cliniques, pour répondre aux attentes de l'équipe, comme à celles des familles. Par exemple, la psychologue peut faciliter une communication entre des parents qui ne trouvent plus les mots pour communiquer entre eux, ou avec l'équipe soignante ou médicale. Aussi, la psychologue possède des outils qui lui permettent de mieux comprendre la dynamique d'un couple, d'une famille, et les enjeux qui peuvent faire surface lors d'une expérience de vie aussi cruciale que celle de l'hospitalisation d'un bébé en néonatalogie. Les compétences de la psychologue sont aussi mises au service de l'équipe soignante pour valoriser tous ces soignants en période difficile, renforcer leur bon travail auprès de bébé et de la famille. Autrement dit, son bon jugement et son habileté dans les relations interpersonnelles, font d'elle une personne-ressource indispensable dans le service en néonatalogie.

— LA SOUFFRANCE DE L'ENFANT

On peut facilement imaginer qu'un bébé qui naît trop tôt ou qui arrive gravement malade plonge sa famille dans un état de choc important. Et que dire du choc que vit bébé? Naître dans l'urgence, et rester en vie, alors que la mort n'est parfois pas très éloignée.

> Un jour il y aura une fin

Interventions psychologiques aux derniers moments de la vie

La vieillesse et la mort font partie intégrante de la vie, elles ne surviennent pas inopinément et sont la suite logique de la jeunesse et de la reproduction. Cela n'empêche pas d'anticiper la fin de cette vie, d'essayer de lutter contre la vieillesse, ni de tenter par toutes sortes de moyens d'oublier qu'un jour il y aura une fin. Trop peu de psychologues interagissent quotidiennement avec les personnes qui font face à la mort dans un avenir proche. Si on retrouve des psychologues à toutes les périodes de la vie, peu d'entre eux choisissent d'intervenir à cette dernière étape, peut-être la plus difficile d'entre toutes. Quelques collègues qui côtoient quotidiennement l'univers de la mort et du vieillissement nous parlent du rôle qu'ils jouent auprès des personnes en fin de vie, un rôle où les données probantes s'éclipsent devant la compassion et l'humanisation.

Lorsque tout se déroule bien, souvent après des mois d'hospitalisation, bébé peut recevoir son congé et retourner à la maison. Mais le parcours de bébé en néonatalogie n'est pas sans danger. Malheureusement, des catastrophes et la prolongation de souffrances peuvent survenir. Par exemple, pour diverses raisons, il arrive qu'un enfant ne puisse jamais respirer seul, ou encore en raison d'un pronostic neurologique sombre, que, pour le « bien » de l'enfant, parents et équipe médicale doivent se pencher inévitablement sur la question « Jusqu'à quand prolongerons-nous sa vie? »

Souvent, lorsqu'un bébé très souffrant arrive en néonatalogie, l'équipe informe la psychologue de l'état psychique des parents. Donc, dès le départ, la psychologue est une professionnelle qui est incluse dans l'expérience que vit la famille. Des liens intenses se tissent rapidement, entre elle et les parents. Au besoin, elle leur offre du soutien (conseils, techniques particulières telles que la relaxation, l'écoute active, etc.). Dans certains cas donc, elle exerce un rôle professionnel technique. On sait maintenant, en psychologie, comment « traiter » les traumatismes et les chocs émotifs. La littérature abondante sur ces thèmes témoigne bien des avancées qu'offre notre science dans ces domaines d'intervention.

Mais il arrive que des événements dramatiques se présentent, qui font en sorte que tout résultat de recherche, tout programme d'intervention, toute technique, ne s'appliquent plus, ne tiennent pas la route. En néonatalogie, lorsqu'un bébé montre à l'équipe médicale et à ses parents qu'il ne pourrait pas respirer sans ses « machines-à-vivre », il est possible de pratiquer un prolongement des soins pour assurer le confort à bébé en prévision d'un arrêt de traitement de supports vitaux. « Débrancher bébé ». L'expression choque, mais elle est pratiquée lorsqu'il y a consensus, lorsqu'une décision se prend. Et elle se prend, plusieurs fois par année, en néonatalogie.

_PRÉPARER LE DÉCÈS

La psychologue, qui souvent connaît l'histoire de l'enfant malade, et qui soutient déjà les parents, peut être invitée à accompagner les parents dans les jours précédant le décès de leur enfant, et au moment même du décès. L'équipe médicale et les parents planifient la mort de bébé en tenant compte des besoins spirituels et des attentes des parents (cérémonies, visites des membres

de la famille, etc.). Il arrive parfois même que l'on puisse choisir le jour et l'heure où la manœuvre, le geste d'extuber l'enfant, prendra place. Quelques heures, quelques jours permettent aux parents de se préparer, si c'est possible, à l'inévitable, et d'être accompagnés par l'équipe en néonatalogie.

Dans une pareille situation, les parents font appel aux services de la psychologue, parfois plusieurs fois par jour. Inévitablement, une partie importante du travail de la psychologue est d'être présente aux côtés des parents qui s'apprentent à vivre un des événements les plus difficiles de leur vie, si ce n'est le plus difficile, et ce, dans un laps de temps bouleversant.

Le rythme du déroulement de la vie change. Une mère faisait remarquer que le temps n'en finissait plus de passer, surtout la nuit précédant le « grand jour », lors des périodes d'insomnie. Mais la mère constatait, simultanément, que le fameux « rendez-vous avec la mort de son enfant » arrivait à une vitesse folle, et qu'elle ne serait jamais prête à le vivre... « La perte d'un enfant né à 25 semaines est aussi catastrophique que celle d'un enfant plus grand. En effet, le chagrin ne se mesure nullement en centimètres ni en kilogrammes. Perdre un enfant est toujours profondément bouleversant. » (Louis, p. 89). Une perte dont l'importance ne se mesure pas.

_CHOIX ET DEUIL

Pertes de repères, paradoxes, ambivalences, la psychologue assiste les parents qui se voient submergés par de grands questionnements : « Quand on l'extubera, combien de temps respirera-t-il? Allez-vous être là, avec nous? Est-ce qu'il aura mal? Est-ce qu'il aura froid, tout seul là-haut? Est-ce qu'il aura faim? »

Des questions aussi liées au choix de mettre fin à la vie de leur enfant font surface :

« Au point de vue des émotions, il est bouleversant d'avoir à décider de mettre fin ou non aux jours de son enfant. » (Louis, p. 91). La culpabilité liée à ce « choix » est infinie. Et ce n'est pas un jeu de mots. « Même sur mon lit de mort, je ne saurai jamais si j'ai fait le bon choix, jamais... Et si nous avions attendu quelques jours de plus... »

La bonne chose à faire... Un choix - soit celui de volontairement accepter que l'enfant soit conduit à la mort - qui, selon les dires des parents, est finalement impossible à faire d'une certaine manière. Un choix inacceptable, complètement insensé, selon eux, mais un choix qu'ils acceptent et qui malheureusement fait sens puisque « le corps de bébé n'était pas fait pour habiter cette planète », a un jour dit un père.

Des réactions aussi contradictoires, mais tout aussi puissantes les unes que les autres font vaciller les parents, parfois physiquement, toujours psychologiquement. La « crainte de l'effondrement » se fait sentir, et les parents ont souvent peur d'eux-mêmes « Je ne me reconnais pas! Qu'est-ce qui m'arrive? » Ici, la psychologue joue un rôle de contenant, lorsque les parents plongent, à leur grand désarroi, dans une zone tout à fait inconnue de souffrance. Contenant, cadre, enveloppe, les mots théoriques sont nombreux pour décrire le rôle de la psychologue. Ce faisant, elle structure et permet que s'entament le rituel, le processus, le deuil.

Toutes les émotions liées à la douleur de la perte d'un être cher (bien connues et issues du modèle de Kübler-Ross) font partie intégrante du quotidien en néonatalogie. Et lorsqu'il est question d'un arrêt de soins, les parents vivent la colère, l'espoir qu'une « cure miracle » sera trouvée sur-le-champ, l'acceptation, le déni, etc. Des émotions qui toujours s'entremêlent dans un condensé émotif difficile à supporter, dans une douleur que plusieurs parents qualifient d' « inhumaine ».

_DE LA TECHNIQUE À L' « HUMAIN »

La psychologue peut, si le temps le permet, et pour répondre au besoin de certains parents, se servir d'outils concrets pour tenter de diminuer le désarroi de ces gens, dans les jours précédant le décès. Aussi, grâce à sa formation, elle arrive à trouver la bonne distance d'intervention. Ainsi, la psychologue contribue à faire en sorte que s'entame un processus de deuil que l'on pourrait peut-être qualifier de sain, dans le contexte dont il est question.

COURS DE DÉONTOLOGIE



Des cours de « déontologie et professionnalisme » seront offerts en 2008-2009. Le cours s'adresse aux candidats à l'admission ainsi qu'aux psychologues qui pratiquent depuis quelque temps et qui souhaitent effectuer une mise à jour de leurs connaissances sur le plan déontologique.

Ce cours totalise 45 heures de travail et requiert la présence des participants à deux journées complètes de formation. Par le biais de présentations, de travaux individuels et en équipe, les participants sont appelés

à réfléchir sur plusieurs situations susceptibles de se présenter dans le cours d'une pratique professionnelle de la psychologie impliquant une prise de décision éthique. Les thèmes suivants sont notamment abordés : confidentialité, conflit d'intérêts, dangerosité, tribunaux. Les situations étudiées tiennent compte des particularités de divers champs de pratique. Les participants peuvent ainsi discuter des principes déontologiques et des lois qui régissent leur conduite professionnelle et se sensibiliser au processus de prise de décision éthique.

Les prochains cours « déontologie et professionnalisme » auront lieu aux dates suivantes :

MONTRÉAL

Choix de sessions :
6 mars et 3 avril 2009

Les cours auront lieu de 9 h à 16 h 30 dans les locaux de l'Ordre, situés au 1100, avenue Beaumont, bureau 510 à Mont-Royal.

Formatrice : Élyse Michon

FORMULAIRE D'INSCRIPTION COURS DÉONTOLOGIE ET PROFESSIONNALISME Sessions 2008-2009

Nom _____

Prénom _____

Tél. domicile _____

Tél. travail _____

N° de permis _____

Indiquez votre choix de date _____

Paiement par carte de crédit (N° de la carte)

Expiration _____

NOTE : les sessions peuvent être annulées si le nombre d'inscriptions est insuffisant.

Les paiements par chèque au montant de 284,88 \$ (taxes incluses) doivent être libellés à l'Ordre des psychologues du Québec et envoyés au 1100, avenue Beaumont, bureau 510, Mont-Royal, Québec, H3P 3H5, ou par télécopie (paiement par carte de crédit seulement) au 514 738-8838.



Mais quand le médecin retirera le tube qui permet à bébé de respirer, les outils techniques ne serviront plus à grand-chose. Dans cette situation, la psychologue doit revenir à l'essence même de l'accompagnement, en étant une personne humaine accompagnant d'autres humains. « Accompagner. C'est un mot très important. Il faut bien comprendre qu'accompagner n'est pas guider. Quand vous accompagnez, vous vous tenez tout près de l'autre et empruntez le chemin de l'autre. » (Quenneville, p. 104). En effet, dans certaines situations qui mènent patients et psychologue sur un chemin encore jamais emprunté (celui de la mort annoncée d'un bébé), la psychologue doit tout simplement « être là », en toute humanité. « Lorsque la médecine et la technologie, même les plus avancées, s'avouent impuissantes, c'est au tour de l'humain à prendre la relève. » (Louis, p. 95).

Pourrions-nous dire que le rôle de psychologue, à ce moment où elle est accroupie près des parents qui portent leur enfant qui vient d'être extubé, serait d'offrir une qualité de présence hors norme, que requiert un évènement qui, lui aussi, sort tout à fait de l'ordinaire? Ou peut-être aussi tout simplement de s'ajuster, de sentir que le besoin des parents n'est pas concrètement nommé? De se retirer discrètement, par exemple, d'être à l'écoute, d'être « présente » finalement?

_ÊTRE PSYCHOLOGUE EN NÉONATOLOGIE OU LA CAPACITÉ D'ALTERNER ENTRE SES DIVERS RÔLES

Dans cette crise, il y n'y a pas de problème à résoudre, pas de pratiques uniformisées, pas d'efficacité prévisible, mais la souffrance humaine, dans son état le plus pur. Et c'est souvent une forme de qualité de présence qui devrait être assurée par la psychologue. Certes, les quelques jours qui précèdent le décès de bébé pourront permettre à la psychologue de soutenir les parents avec des techniques particulières, mais plus souvent qu'autrement, il n'est question que de présence humaine.

Être à l'écoute des mots souvent rares, et du langage, celui du corps des parents. Être à l'écoute de l'espace, de ce qui s'y déploie. À l'écoute du non-dit. De l'impalpable.

La psychologue se doit, assez étonnamment, de sentir de manière bien « primitive », tout en demeurant dans la distance exigée par son professionnalisme, les besoins des parents. Comme les parents ressentent les besoins de leur enfant. Elle devient attentive à tout ce qui se joue dans les derniers moments de la vie de bébé.

Les derniers câlins, les derniers regards, les derniers soupirs font « sens » pour la famille qu'ils forment, et la psychologue les accompagne dans la discrétion et le respect.

Professionnelle, la psychologue doit être capable d'alterner entre ses compétences techniques, tout en ayant la capacité de s'adapter à une situation qui requiert d'elle de répondre aux besoins fondamentaux du parent, en toute humanité, par sa seule présence. La psychologue en néonatalogie est appelée à pratiquer cet art.

_CONCLUSION

La mort annoncée a pris place. Les parents peuvent garder bébé dans leurs bras et le bercer. Au besoin, ils peuvent vouloir être soutenus par la psychologue. Elle continue à être présente...

Cet article n'est qu'un petit aperçu dans l'histoire des décès en néonatalogie. Il n'a pas été question du rôle de la psychologue qui accompagne aussi, en quelque sorte, les grands-parents, les frères, les sœurs, et aussi souvent, les membres de l'équipe soignante. Il n'a pas été question non plus du lendemain matin, du suivi de deuil, qui aura lieu au CLSC, ou de toute l'éthique liée à ces prises de décisions difficiles. Il n'a pas été question du côté spirituel qui s'installe dans la relation avec les parents, avec l'équipe, lorsqu'il est question de vie et de mort.

Cet article n'est qu'une bien brève réflexion sur les gestes que doit poser une psychologue; une pensée sur le geste parfois beaucoup plus humain, que technique. Car aucune technique, aucun outil ne prépare la psychologue, aussi professionnelle soit-elle, à cette « invitation humaine », soit celle de partager, en famille, le passage d'un petit être humain sur cette terre, qui, sitôt arrivé, la quittera, dans toute la grandeur de sa vie.

_Bibliographie

- Kübler-Ross, E. (1973). *On death and dying*. New York: Routledge.
 Louis, S. (2007). *Accompagner son enfant prématuré. De la naissance à 5 ans*. Montréal : Éd. du CHU Sainte-Justine.
 Quenneville, Y. & Dufour, N. (2008). *Vivre avec un proche gravement malade*. Montréal : Bayard Canada.

_Références

- Fréchette-Piperni, S. (2005). *Les rêves envolés. Traverser le deuil d'un tout petit bébé*. Boucherville : Éd. De Mortagne.

Entrevue avec Johanne de Montigny

Une entrevue réalisée par Josée Descôteaux, journaliste indépendante.

Du soleil sur le crépuscule de la vie

Il voulait épouser la femme de sa vie. On prépara une cérémonie. On le para de ses plus beaux atours et son lit fut amené dans le solarium. Sa bien-aimée, magnifique, fit son entrée. Le prêtre prononça l'homélie. Ils se promirent de s'aimer et de se chérir jusqu'à ce que la mort les sépare. La belle savait que celle-ci allait bientôt emporter son prince. Très bientôt. Son amour consacré, lui était prêt à partir. Johanne de Montigny a assisté aux épousailles, peinant à contenir ses larmes. La psychologue allait perdre un autre de ses patients. Depuis 1988, elle oeuvre auprès des patients en phase terminale de cancer à l'Unité de soins palliatifs du Centre universitaire de santé McGill (Hôpital Royal Victoria, fusionné avec l'Hôpital général de Montréal en 2001).

La Grande Fauchouse, elle l'a vue de très près en 1979, alors qu'elle était secrétaire principale du ministre québécois de l'Industrie et du Commerce. Tout comme six autres passagers, elle a alors survécu à l'écrasement d'un avion de Québécois à Québec. Elle tenait la main de l'inconnu qui prenait place à ses côtés au moment où celui-ci a expiré son dernier souffle. 17 autres personnes sont mortes, incluant les membres d'équipage. « J'avais de la difficulté à comprendre et accepter que ces gens étaient morts et que moi, j'étais vivante », relate la psychologue de 58 ans.

Polytraumatisée, elle se remet lentement sur pied après quatre ans de réhabilitation et une longue thérapie. Son intérêt pour la relation d'aide et sa décision de devenir psychologue sont nés au cours de ces séances avec le psychiatre qui l'a aidée à remonter la pente. « Ce qui m'appelait, c'était l'accompagnement en fin de vie. Je me posais la question : les gens qui sentent la mort tout près sont-ils prêts à mourir? »

La question est lourde et avant d'y répondre oui, le chemin peut être pénible. Le processus de fin de vie s'inscrit dans la vie même du grand malade; celui-ci s'adapte tardivement à une vie qui tire à sa fin. Quant à sa mort, elle se présente toujours sans crier gare. Qui plus est, il faut trouver la réponse à deux autres interrogations pour ceux qui restent : « Sommes-nous prêts à laisser mourir? » et « Sommes-nous prêts à vivre le deuil? ».

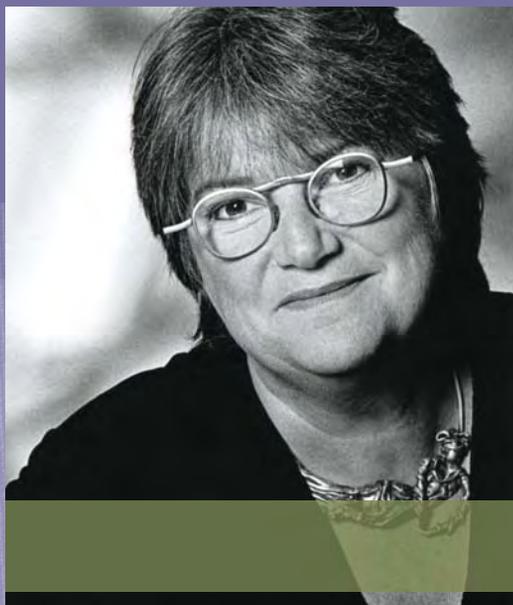
« Nous devons travailler sur trois plans : le patient, ses proches et l'après... », indique M^{me} de Montigny en précisant que le rôle du psychologue en soins palliatifs comprend également le soutien du personnel soignant, témoin de la mort au quotidien.

_TEMPS COMPTÉ

L'approche d'intervention se définit par trois thèmes récurrents : l'intimité (liée au mourir), l'intensité (à cause du temps compté) et l'essentiel (axé sur la qualité de la présence dans les derniers moments de la vie). Le psychologue doit aussi tenir compte de la dimension spirituelle. « Quand le corps ne répond plus, il reste l'amour, les souhaits, les représentations symboliques; la dimension intérieure (c'est-à-dire la capacité de déborder du corps malade), qui peut peut-être triompher » explique M^{me} de Montigny. « Pour qu'elle triomphe, le psychologue doit être en mesure de soutenir le patient dès les premiers instants de sa marche vers la mort. Il faut intervenir plus tôt dans la trajectoire du patient, c'est-à-dire entre le diagnostic, les traitements et la fin de la vie. » D'ailleurs, souligne-t-elle, l'Unité des soins palliatifs de l'Hôpital général met actuellement tout en oeuvre afin que les services psychologiques soient accessibles tant à sa clientèle qu'à celle du Département d'oncologie.

En phase terminale, la relation thérapeutique est de courte durée; si le séjour en soins palliatifs a une durée maximale de 3 mois, nos patients y sont hospitalisés en moyenne de 7 à 14 jours avant la mort. Le psychologue doit donc, dès la première rencontre, être conscient de la brièveté du temps et de l'importance d'un contact qui pourrait à la fois être le premier et le dernier.

« Il faut rapidement constituer le profil psychologique de la personne. Vit-elle de l'angoisse? Une anxiété diffuse? Une dépression situationnelle ou réactivée? Nous travaillons en équipe, particulièrement avec les infirmières et les médecins traitants. Et bien sûr avec les proches, ce qui permet de créer un lien pour un suivi de deuil, si nécessaire. » Il s'agit là d'un apport majeur en soins palliatifs : rejoindre les proches à l'étape du deuil anticipé en vue de prévenir les deuils compliqués, explique M^{me} de Montigny.



Johanne de Montigny,
psychologue en soins palliatifs

_La mort pour une nouvelle vie

- :: Quelques années après l'écrasement d'avion auquel elle a survécu en 1979, Johanne de Montigny décide de devenir psychologue (elle était auparavant secrétaire principale au sein du gouvernement du Québec). Elle souhaite ainsi aider ceux qui, comme elle, ont frôlé la mort, ou encore les personnes qui sont atteintes d'une maladie incurable.
- :: Elle complète ses études de premier cycle en psychologie et en deuxième cycle, son mémoire de maîtrise porte sur *L'expérience de survie du sauveteur victime : étude exploratoire auprès d'agents de bord ayant survécu à une catastrophe aérienne ou un grave incident aérien*.
- :: En 1986, elle fait un stage d'un an à l'Unité de soins palliatifs de l'Hôpital Royal Victoria à Montréal, où on lui confie la rédaction d'un rapport sur les besoins en soins palliatifs... Faute de ressources, elle a dû quitter et un an plus tard, on sollicite à nouveau ses services. Son stage l'avait parallèlement inspirée à ouvrir une clinique privée pour y recevoir à l'époque de jeunes patients confrontés à leur mort prochaine, le sida agissant alors comme un véritable fléau au Québec. L'Unité de soins palliatifs de l'Hôpital Royal Victoria fusionnait avec celle de l'Hôpital Général de Montréal en 2001, dans le cadre du Centre universitaire de santé McGill, et Johanne de Montigny y oeuvre toujours.
- :: Elle est également chargée de cours au Centre d'études sur la mort à l'UQAM.
- :: Elle publie en 1985 son premier livre *Le crash et le défi : survivre, dans lequel elle raconte l'épreuve et le chemin de sa rédemption après l'écrasement*.
- :: En 1990, elle cosigne avec la psychologue parisienne Marie de Hennezel le livre *L'amour ultime*, qui traite de psychologie et de tendresse dans la traversée du mourir.
- :: Elle est l'instigatrice de la tenue dès la fin des années 90 d'un congrès annuel sur le deuil destiné au grand public, sous la direction du cimetière Notre-Dame-des-Neiges de Montréal.
- :: Elle a prononcé des centaines de conférences sur des thèmes tels que le deuil, la maladie, la survie et les rites funéraires.
- :: Son expertise professionnelle s'étend du stress post-traumatique au suivi de deuil, en passant par le soutien aux patients en phase terminale et celui des contrôleurs aériens en situation de stress et d'épuisement.
- :: Ses plus récentes publications sur le deuil et le cancer s'inscrivent dans deux collectifs franco-québécois dont voici les références :
 - La perte d'un parent et ses répercussions*, dans *La mort d'un parent* (Le deuil des enfants), sous la direction de Michel Hanus, éditions Vuibert, Paris, 2008 (81-94);
 - La traversée du cancer*, dans *Tu n'es pas seule* (Paroles de femmes), Éditions de l'Homme, Montréal, 2006 (237-253); Paris, 2007.

Les sentiments, le ressentiment et les émotions refont surface entre un patient et sa famille; l'intervention s'oriente alors sur la résolution de certains conflits avant la séparation ultime. « Chez le patient, il y a l'angoisse de l'inconnu bien sûr, mais aussi le chagrin de quitter les siens. Il faut rediriger l'espoir dans un autre cadre que celui de la vie. Les enjeux psychologiques ne sont plus les mêmes. À ce stade, l'intervention porte sur l'adaptation accélérée à une situation à l'évidence, incontournable », signale-t-elle.

Les mourants sont souvent déchirés entre la tentation de s'abandonner et le désir de lutter, tandis que les proches de ce dernier sont parfois taradés par la peur de prononcer certaines paroles et la crainte de regretter de les taire.

Le psychologue doit pour sa part reconnaître et apaiser sa propre angoisse de mort et se préparer intérieurement à faire le deuil de ses patients tout en leur offrant un soutien flexible et sur mesure jusqu'à la fin.

« Parce que le temps est compté, les interventions ont plus d'impact que sur un long cours », affirme M^{me} de Montigny. « Il ne s'agit pas d'une psychothérapie au sens habituel du terme, mais bien d'une relation thérapeutique dans un moment et dans un cadre uniques », ajoute-t-elle.



Au coeur de ce processus, le professionnel doit conserver l'équilibre entre l'attachement ponctuel et le détachement sain et il ne doit pas confondre ses pertes personnelles avec celles des patients. Comment y arriver, alors que l'on est ainsi confronté à la souffrance et à la mort au quotidien? « Ma propre expérience m'a permis de rebondir et d'aller chercher au fond de moi des forces inespérées pour bien servir les autres », répond Johanne de Montigny. « La thérapie que j'ai suivie avant de devenir psychologue m'a également beaucoup aidée; j'ai travaillé sur l'importance de s'attacher (être touchée par l'expérience de l'autre), mais aussi celle de se détacher (avoir confiance en l'ascension de l'autre) », poursuit-elle en ajoutant que la joie de vivre qui l'a toujours animée lui permet de ne pas se laisser écraser par le désespoir des autres.

Telle la moustiquaire, elle entend bourdonner la souffrance qui l'émeut, mais n'est pas piquée – ou dévastée...

Le psychologue doit être en mesure de soutenir le patient dès les premiers instants de sa marche vers la mort.

_RECONNAISSANCE

Johanne de Montigny, psychologue pionnière en soins palliatifs, compte parmi un nombre grandissant de psychologues qui oeuvrent dans ce domaine au Québec. Elle juge qu'en raison notamment de la population vieillissante, le milieu de la santé sollicitera davantage les services de ces spécialistes au cours des prochaines années. « Je donne beaucoup de formations aux soignants, aux intervenants et aux bénévoles en collaboration avec les CH, les CHSLD, les CLSC et les CRSSS du Québec », indique-t-elle en précisant qu'elle offre également ses services de consultation aux « aidants naturels » qui se sentent seuls au chevet d'un proche à domicile. « De plus, le processus du deuil ayant évincé une bonne partie des rites funéraires au fil des années, la présence de psychologues s'annonce d'autant plus importante. »

Malgré les nombreux besoins, la psychologue estime que ce rôle n'obtient pas encore toute la reconnaissance qu'il mérite dans le milieu de la santé, déplorant le fait que les hôpitaux ne consacrent pas une part suffisante de leur enveloppe budgétaire à ces services. « Il faudrait que nous donnions davantage de formation, que nous produisions des écrits... », ajoute-t-elle.

En attendant, les psychologues tentent sans relâche de faciliter les communications entre les mourants et leurs proches. Ils soutiennent ainsi la transmission de legs affectifs avant que chacun d'entre eux entreprenne son chemin respectif, tout en apaisant sa détresse, comme le patient de Johanne de Montigny qui a épousé sa douce. Il a célébré les derniers moments de la brunante de sa vie.

LES SERVICES PROFESSIONNELS DE PRÉVENTION DU SUICIDE DE MONTRÉAL

Supervision individuelle ou de groupe • Formation
Évaluation • Psychothérapie • Postvention
Recherche et développement

Si vous souhaitez vous perfectionner, ou si vous vous sentez démuni(e) face à la problématique du suicide, et désirez une supervision de qualité fondée sur une expérience véritablement clinique et pertinente, contactez-nous en toute confiance. Nous disposons notamment d'outils pour vous aider à intervenir auprès d'une personnalité dite *limite*, et suicidaire. Nous offrons une approche alternative en prévention du suicide, intégrative, structurante, nuancée et humaine.

514 840-0614

Vient de paraître

Devenez un joueur d'impact dans votre organisation

**Pierre Dubois,
Ph. D.**



Cet ouvrage sensibilise à l'importance cruciale des habiletés politiques comme facteur de performance au travail et d'avancement de carrière. Il présente le profil des gens performants auxquels vous pourrez vous comparer pour mieux cerner vos forces et vos axes de développement. L'auteur y propose dix stratégies politiques que vous pourrez mettre en pratique pour naviguer dans toutes les eaux!

Rempli d'exemples, d'anecdotes et de conseils judicieux, ce livre deviendra vite un outil indispensable à votre réussite et au déploiement de votre carrière.

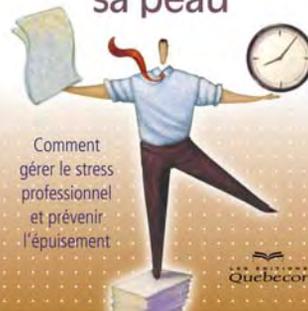
Pierre Dubois est associé principal chez Dubois et Associés, psychologues industriels conseils inc., une société offrant des services reliés au développement de la performance organisationnelle.

En vente
dans toutes
les librairies

LES ÉDITIONS
Québecor

Abel P. Edmond
M.A. Ps., Ph. D.

Travailler sans y laisser sa peau



Travailler sans y laisser sa peau

**Abel P. Edmond,
M.A. Ps., Ph. D.**

Le stress, l'anxiété, la tension, l'appréhension et les incertitudes nous poussent souvent à brûler la chandelle par les deux bouts. Il peut en résulter une fatigue chronique, une démoralisation et même une dépression majeure. Mais il ne suffit pas de comprendre cette dynamique pour changer notre attitude et nos comportements, il nous faut des moyens concrets et applicables au quotidien.

Abel P. Edmond a élaboré une méthode participative pour aider le lecteur à modifier sa vie au travail. Ses descriptions détaillées lui permettront de se situer par rapport à certains problèmes psychologiques et de comprendre le sens de ce qui lui arrive.

Abel P. Edmond est psychologue. Il a fait des études universitaires ainsi que des stages à Boston, à Québec, à Paris et à San Francisco.

7, chemin Bates, Outremont (Québec) H2V 4V7
Téléphone : 514-270-1746

Courriel : simard.jacques@quebecoreditions.com

Pour en savoir plus : www.quebecoreditions.com



Catherine Pinhas Mulcair / Psychologue

Catherine Pinhas Mulcair travaille au CHSLD Champlain. Elle intervient auprès d'une clientèle hébergée pour des soins de longue durée. Elle travaille aussi en bureau privé à Montréal.

Psychologue en CHSLD : défi et privilège

Les objectifs du psychologue, tels qu'établis par les Centres d'hébergement de soins de longue durée (CHSLD) où je travaille, sont de « rendre le résident/famille et l'équipe de soins plus autonomes par l'évaluation, le traitement et le suivi des problèmes d'ordre psychologique, en tenant compte des possibilités et des contraintes de l'institution. »

La personne qui déménage en CHSLD est en perte d'autonomie et ne peut plus rester chez elle. Il est important de noter qu'un des premiers aspects à considérer dans le travail entre le psychologue et le client, est l'acceptation du fait de ne plus être capable de prendre soin de soi. Bien sûr, ces personnes ne sont pas devenues incapables, mais elles se voient souvent comme telles. Il est donc indispensable de donner à chacune d'elles son temps d'adaptation.

_DES DEUILS IMPORTANTS À FAIRE

Non seulement les pertes physiques ou cognitives subies par les personnes en perte d'autonomie représentent des deuils significatifs, mais ces personnes ont dû se séparer de plusieurs biens matériels. En effet, elles se voient dépossédées de leur logement, de la plupart de leurs meubles et de beaucoup d'objets significatifs, ce qu'elles résumant par « casser maison ». Beaucoup de gens ont un animal domestique, qui a été leur plus fidèle compagnon pendant des années, et qu'ils ne peuvent emmener avec eux. Tous ces deuils sont parfois si intenses que certaines personnes sont même en état de choc post-traumatique lors de leur arrivée en centre d'hébergement.

Lorsque l'on parle de la personne hébergée, il faut aussi penser à ses proches qui vivent également une période d'adaptation. Très souvent, les membres de la famille ont tenté pendant un certain temps de prendre soin de leur être cher et ont été obligés de se rendre à l'évidence qu'ils n'y parvenaient pas. Cette réalisation est des plus douloureuses car elle est fréquemment vécue comme un échec. Ce sentiment peut s'exprimer de façon aiguë, ayant des répercussions sur tous. La culpabilité liée au sentiment d'incompétence, entre autres, mènent certains d'entre eux à agir précipitamment dans la prise de décision sans avoir le temps d'apprivoiser cette nouvelle réalité avant le déménagement, et ils ont donc grand besoin d'être accompagnés après celui-ci. Il est alors indispensable que le psychologue soit disponible,

pour le bien de tous; mais dans ce cas-là aussi il faut respecter leur rythme respectif, ce qui parfois nécessite une intervention individuelle avec plusieurs membres d'une même famille.

Certains résidents, au contraire, n'ont pas de famille ou de proches significatifs. Alors qu'ils vivaient chez eux avec leurs habitudes, restreintes peut-être mais leurs habitudes quand même, ils se retrouvent dans un établissement, dans une chambre souvent semi-privée, avec des bruits, des odeurs inconnus et des étrangers tout autour. La plupart du temps, ces personnes ont été envoyées par un professionnel du CLSC qui a évalué qu'elles ne pouvaient plus demeurer à domicile. Dans ces circonstances, la préparation au déménagement est très peu expliquée et la personne est souvent seule à réfléchir à ces décisions, prises par d'autres, sans moyen de cheminer avant que les actions aient été posées.

On entend souvent dire qu'une personne a été « placée » en centre d'hébergement. Rien que l'expression montre à quel point cette étape de la vie de certaines personnes est mal comprise par les uns et mal vécue par d'autres.

Une fois que le résident accepte mieux la situation et s'adapte à son nouvel environnement, le psychologue va l'accompagner à différents moments, comme tout autre client vivant à domicile. Parce que le décès de proches, ce qui est plus fréquent dans la clientèle âgée, leur deuil, et parfois la peur de leur propre mort, nécessitent un suivi régulier.

La notion de « milieu de vie » prônée depuis quelque temps paraît être très prometteuse, mais cela demande l'établissement d'un nouveau paradigme. Alors que nous parlions d'hospices, de centres d'accueil, nous semblons enfin réaliser que la personne âgée, qui est hébergée, est une personne à part entière, qui a atteint une étape de sa vie où elle a besoin de plus d'aide.

_UN TRAVAIL MULTIDISCIPLINAIRE

L'ensemble des aidants partage la lourde tâche de compenser ce que la personne ne peut plus faire seule. Cela veut dire les activités de la vie quotidienne qui souvent mettent le résident dans des situations très inconfortables. Les préposés aux bénéficiaires sont ceux qui vont nourrir, laver la personne, changer ses culottes d'incontinence; toutes ces interventions qui souvent provoquent une grande résistance. La personne hébergée se

sent humiliée de ne pouvoir assumer ces tâches elle-même et peut parfois très mal réagir au début. Les employés, qui sont des humains aussi, peuvent interagir maladroitement face à des résidents exprimant négativement leur malaise. Le psychologue intervient alors au niveau de l'équipe de soins afin d'établir un plan d'intervention adapté à chaque situation.

Ce travail est exigeant pour tous car, même si le résident est chez lui, les membres du personnel travaillent la plupart du temps dans le même service. Contrairement aux hôpitaux où les malades sont présents pour un court laps de temps, en centre d'hébergement les résidents habitent l'établissement. Des liens se créent donc non seulement entre résidents, mais entre ces derniers et les membres du personnel. Cette proximité a beaucoup d'avantages, mais dans le cas de comportements perturbateurs, une intervention doit se faire assez vite afin que des antipathies n'aient pas le temps de s'installer. Dans de tels cas, il est fréquent que la psychologue joue un rôle charnière; en expliquant au personnel l'état psychologique du patient et en travaillant avec ce dernier au niveau comportemental.

La personne âgée qui habite dans nos centres doit parvenir à y trouver sa place, mais c'est excessivement difficile dans certains cas. Toute une équipe d'intervenants travaille à son bien-être. Mais c'est la personne elle-même qui a la tâche la plus ardue. En effet, comment faire pour, non seulement accepter toutes ces pertes, mais en plus se sentir partie intégrante de cette nouvelle communauté. Les croyances, les habitudes, les langues, sont autant de défis à relever et parfois cela paraît insurmontable. Pourtant, durant toute sa vie, la personne âgée a surmonté de nombreux obstacles avec succès.

UTILISER LES FORCES DE LA PERSONNE

Le travail que le psychologue et le client peuvent faire ensemble est de retourner dans le passé et faire ressortir les forces utilisées dans d'autres circonstances. La personne âgée est la même qu'avant et son caractère change rarement de façon diamétralement opposée. En regardant les moments de sa vie où elle est parvenue à surmonter des obstacles avec succès, elle retourne à une époque où elle agissait sur sa vie et en était fière. Nous regardons alors comment, dans sa nouvelle réalité, elle peut agir sur sa vie et en être plus satisfaite. De nombreuses recherches



actuelles étudient le concept d'« empowerment » qui s'applique certainement aux personnes vivant en centre d'hébergement, par leur besoin de se définir et leur pouvoir d'agir.

Dans notre système de santé, les gens malades ou en perte d'autonomie sont, d'une certaine façon, pris en charge et on leur dit quoi faire, où et quand. La personne âgée, ayant moins d'énergie, questionne moins les décisions prises pour elle, mais n'en demeure pas moins bouleversée à l'occasion. Elle subit les situations plutôt que d'agir dessus et rapidement, les visites chez les médecins deviennent ses seules sorties sociales! Il est donc important qu'une fois déménagée dans un centre d'hébergement, même avec des déficits cognitifs légers, la personne se sente « acteur » dans sa vie.

Il faut aussi savoir reconnaître que la dépression est de plus en plus présente chez cette clientèle et les suicides plus fréquents qu'on ne le soupçonne. D'une manière générale, les personnes âgées parlent moins de leur état mental, peut-être parce qu'elles n'en ont pas l'habitude ou parce qu'on ne les écoute pas, mais les signes sont tout aussi présents que dans les autres couches de la société. Par des améliorations de son quotidien et le suivi psychologique, le client exprime son individualité et s'intègre plus dans son réseau social. Le travail thérapeutique se fait comme avec tout client en pratique privée, c'est-à-dire dans un bureau lorsque c'est possible, sinon dans sa chambre. Les résidents des CHSLD ont accès, par contre, à tous les services gratuitement. Si cela est une excellente initiative, il n'en demeure pas moins que pour les rendez-vous en psychologie, il m'arrive d'avoir recours à une sorte de paiement symbolique (non pécuniaire) afin que le client s'investisse dans le travail que nous accomplissons ensemble.

Nous semblons enfin réaliser que la personne âgée qui est hébergée, est une personne à part entière, qui a atteint une étape de sa vie où elle a besoin de plus d'aide.

Certaines personnes étaient manuelles et peuvent encore créer par le biais de l'artisanat, ce qui leur apporte une satisfaction personnelle et leur permet aussi de confectionner des petits cadeaux qu'elles offriront à leurs proches ou encore à leurs nouveaux compagnons. Certains enseigneront à d'autres ce qu'ils savent faire. Cela se traduit alors par une augmentation de l'estime de soi et une propension à adapter leur capacité à leur nouvelle réalité. L'entraide est également enrichissante, car ayant des limitations différentes, les résidents peuvent les compenser les uns pour les autres au lieu d'avoir à attendre qu'un membre du personnel vienne. Le simple fait d'aller dans la chambre d'un voisin ou de le recevoir dans la sienne, pour regarder la même émission de télévision, pour prendre le thé, permet de créer des liens. Se retrouver dans la salle communautaire pour une activité de groupe favorise le sentiment d'appartenance.

Ces exemples illustrent également la fierté que peuvent générer certaines activités ainsi qu'une reconnaissance par les pairs, sentiments si importants dans toute société. Bien entendu, il arrive que certaines situations nécessitent une évaluation et des adaptations avant d'être mises en place, mais même cette mise en place est productive quand le principal intéressé est impliqué. Il est donc indispensable pour le psychologue de faire partie d'une équipe

multidisciplinaire. Ce travail de collaboration est enrichissant pour tous et apporte beaucoup de satisfactions. Les interventions étant personnalisées, lorsque le résident s'intègre à son nouveau milieu, ou sort gagnant d'une période difficile, non seulement il est heureux mais l'équipe au complet en bénéficie.

_L'IMPORTANCE DES RENCONTRES INDIVIDUELLES

Le travail individuel avec le client est essentiel et au plan professionnel très enrichissant, et lorsque la personne a atteint un certain âge, son expérience de vie apporte des avenues parfois insoupçonnées; dans certains milieux, les personnes âgées sont considérées comme détentrices de la sagesse et leurs précieux conseils sont recherchés. Pourtant, il semble qu'on accorde actuellement trop peu de temps, de ressources et d'espace à cette génération qui va en augmentant. En tant que psychologues en centres d'hébergement, nous avons la chance de travailler avec nos clients en individuel, mais en plus toute une équipe oeuvre pour atteindre le même but. Ces hommes et ces femmes ont bâti la société dans laquelle nous vivons et même lorsqu'ils perdent certaines de leurs capacités, ils y ont leur place.

REVUE QUÉBÉCOISE DE PSYCHOLOGIE

Un outil de formation et d'information
sur mesure pour les psychologues.

Tarif pour les membres de l'Ordre :
43,00\$ (taxes incluses) pour 3 numéros

Abonnez-vous en complétant
votre formulaire d'inscription à l'Ordre

Prix pour un numéro : 25,00\$ (taxes incluses)

Consultez les numéros antérieurs et
procurez-vous les numéros qui vous intéressent
sur le site www.rqpsy.qc.ca

UNE REVUE QUI SAIT ADAPTER LA RECHERCHE À LA RÉALITÉ CLINIQUE

Des ouvrages rédigés par des chercheurs et des
cliniciens sur des sujets de pointe en psychologie.

Procurez-vous les trois numéros de l'année 2008

- À PROPOS DE LA SCHIZOPHRÉNIE
- L'UTILISATION DES
MÉTHODES PROJECTIVES
- JEUNES ET AGRESSIONS SEXUELLES

NEO PI-R en français

Version québécoise de l'IRP

Cet instrument, pour l'évaluation des adolescents et des adultes, peut être utilisé dans tous les milieux : scolaires, hospitaliers, industriels, cliniques...

Les 30 facettes rattachées par structure factorielle aux 5 domaines rendent le profil du NEO PI-R des plus intéressants.

Névrose = anxiété, colère-hostilité, dépression, impulsivité, vulnérabilité, conscience de soi.

Extraversion = chaleur, grégarisme, autorité, activité, émotions positives, recherche de sensations.

Ouverture = rêveries, esthétique, sentiments, actions, idées, valeurs.

Agréabilité = confiance, droiture, altruisme, soumission, sensibilité, modestie.

Conscience = compétence, ordre, sens du devoir, recherche de la réussite, autodiscipline, réflexion.

Matériel disponible :

6163-542311 – Feuilles-réponses (paquet /25)

6163-542111 – Profils (paquet /25)

6163-542411 – Questionnaires (paquet /10)

6163-542211 – Manuel

6163-542101 – Test complet

INSTITUT DE RECHERCHES PSYCHOLOGIQUES

34, rue Fleury Ouest, Montréal (QC) H3L 1S9

Téléphone: 514 382-3000 · 1 800 363-7800 Télécopieur 514 382 3007 · 1 888 382 3007

Site Web: <http://www.i-r-p.ca>

Courriel : info@i-r-p.ca



D^{re} Marie-Hélène St-Hilaire
Psychologue

D^{re} Marie-Hélène St-Hilaire, est psychologue, spécialisée en thérapie cognitivo-comportementale et en médecine comportementale dans le traitement des invalidités chroniques, de la douleur ainsi que des réactions post-traumatiques complexes. Elle dirige le Laboratoire du Trauma du CHUM et le Centre d'Éducation en Psychologie (CEP). D^{re} St-Hilaire a également une formation clinique et en recherche en physiologie de l'exercice.



Mylène Robert
B. Psy

Mylène Robert, B. Psy, est finissante au baccalauréat en psychologie à l'UQAM et assistante de recherche au Laboratoire du Trauma du CHUM. Elle conduit présentement une thèse d'honneur dans le domaine de la traumatologie.



Charles Deschênes
M. Sc. Psy

Charles Deschênes, M. Sc. Psy, est coordonnateur des projets de recherche sur la relaxation au Laboratoire du Trauma du CHUM.

Le stress de compassion menace les psychologues travaillant avec les personnes en fin de vie

Les professionnels de la santé, et particulièrement les psychologues du fait de l'intimité de leur contact, peuvent être affectés par leurs propres interventions auprès de personnes en fin de vie ou ayant subi des changements de vie majeurs. Même si le quotidien d'un psychologue travaillant avec cette clientèle est souvent source de satisfaction¹, on sous-estime souvent la part de risque implicite de la tâche. En effet, être en relation avec une personne qui souffre et qui vit plusieurs angoisses peut graduellement miner le moral de l'aidant². Plus qu'une simple fatigue, ces conséquences peuvent être importantes. Alors que faire lorsque la relation des patients/clients a des effets dévastateurs sur notre moral, que l'on se sent piégé par le quotidien? Étant humain, le psychologue flanche, lui aussi, mais il s'agit encore d'un sujet que l'on n'aborde que du bout des lèvres. La récente effervescence en psychotraumatologie combinée aux problèmes de santé psychologique au travail grandissant a poussé les chercheurs à s'intéresser davantage à cette problématique en vue de mieux la comprendre, la prévenir et la traiter. En effet, quoique valorisée et valorisante, la compassion - au cœur des professions d'intervention - peut être à la source d'un désordre émotionnel : le Stress de compassion. Encore méconnu, il résulte d'un engagement émotionnel surinvesti envers des personnes souffrantes physiquement ou psychologiquement. Le développement du Stress de compassion s'apparente à celui rapporté par les proches de victimes de trauma (agressions physiques, sexuelles, etc.). Le Stress de compassion guette non seulement les psychologues, mais aussi les autres membres d'équipes de soins dont les médecins, le personnel infirmier, les travailleurs sociaux, les toxicologues, les aidants naturels (proches) et autres intervenants³.

Dans les paragraphes qui suivent, le Stress de compassion est expliqué et comparé avec d'autres affections similaires, souvent mieux connues, soit le Trouble de dépression majeure et de stress post-traumatique ainsi que l'Épuisement professionnel - *le burn-out*. Ceci aide à distinguer, reconnaître et surtout prévenir ce problème. Des pistes de traitements préventifs sont apportées en conclusion.

SYMPTOMATOLOGIE DU STRESS DE COMPASSION

Le concept de Stress de compassion (SC) n'est pas nouveau; il a été nommé comme tel pour la première fois en 1995 par Charles Figley⁴, psychologue et professeur renommé dans le domaine. Le SC étant de plus en plus documenté, peut-être figurera-t-il dans la prochaine parution du DSM? Avant cette période, cette affection était désignée par les termes : Traumatisme vicariant; Stress traumatique secondaire; ou encore Victimization par contact. Le SC demeure à ce jour parfois confondu avec ces termes dans les publications. On peut remonter jusqu'au début du siècle dernier avec les écrits de Carl G. Jung, 1907, dans *The Psychology of Dementia Praecox*⁵, où est abordé le « coût » associé aux interventions pour les professionnels de la santé, pour la première fois dans la littérature.

Figley⁶ (1995) définit le SC comme étant « l'ensemble des émotions et comportements normaux résultant de la connaissance d'un événement traumatisant éprouvé par autrui, de l'aide apportée ou du désir d'aider une personne traumatisée ou souffrante ». Alors, comment peut-on reconnaître et détecter ces émotions et comportements qui peuvent altérer le fonctionnement global de l'intervenant? Même si la littérature dans ce domaine n'en est qu'à ses débuts, plusieurs chercheurs et cliniciens s'entendent pour définir les symptômes du SC comme étant apparentés à ceux de l'Épuisement professionnel (EP), du Trouble de stress post-traumatique (TSPT) et de dépression majeure (TDM). Le tableau I résume les caractéristiques les plus pertinentes associées à chacune de ces affections.

_COMPARAISON DU STRESS DE COMPASSION AUX AFFECTIONS CONNEXES (DSM VI)

CARACTÉRISTIQUES	STRESS DE COMPASSION	TROUBLE DE STRESS POST-TRAUMATIQUE	TROUBLE DE DÉPRESSION MAJEURE	ÉPUISEMENT PROFESSIONNEL
Acronymes	SC	TSPT	TDM	EP
Étiologie	Exposition répétée à la souffrance : douleur physique ou détresse émotionnelle d'un autre	Exposition à un événement traumatique provoquant une émotion intense de peur, d'horreur ou d'impuissance	Variable	Difficultés cumulatives à traiter avec efficacité les demandes du travail
Développement	Lent ou rapide	Un mois après le trauma ou à survenue différée	Lent ou rapide (au moins deux semaines)	Lent

SYMPTÔMES – TABLEAU CLINIQUE

Émotions générales	Tristesse	État d'alerte	Impuissance	Diminution du sentiment d'accomplissement Épuisement émotif Dépersonnalisation
	Anxiété	Anxiété	Perte d'estime de soi	
	Détresse émotionnelle			
Reviviscences	Intrusions cognitives	Intrusions cognitives		
	Cauchemars/Rêves	Cauchemars		
	Souvenirs	<i>Flash-backs</i>		
	<i>Flash-backs</i>			
Rumination			Vision négative de soi, du présent, du passé et du futur	Souvent en lien avec les échanges intercollègues
Émoussement émotionnel	Humeur dépressive	Humeur dépressive dans la moitié des cas	Humeur dépressive	Humeur dépressive
	Évitement	Évitement		
		Dissociation		
		Détachement émotionnel (<i>de soi et des autres</i>)		
Activation physiologique	Hypervigilance/Alerte	Hypervigilance/Irritabilité	Ralentissement ou agitation psychomotrice	
	Irritabilité	Difficultés sommeil	Fatigue, perte d'énergie	
	Difficultés sommeil			

Tel que l'illustre le tableau, plusieurs symptômes sont communs alors que la différence la plus notable entre le SC et les autres difficultés se situe au niveau étiologique.

De manière plus détaillée, le TSPT est associé à l'exposition, à un événement traumatique provoquant une émotion intense de peur, d'horreur ou d'impuissance alors que le SC apparaît plutôt par « contagion » ou de manière vicariante – soit au contact de la victime. Il n'affecte pourtant pas seulement les professionnels dans le domaine de la traumatologie; on le retrouve chez une variété de personnel soignant et d'aidants naturels. Comme avec le TSPT, la différence majeure entre l'EP et le SC se situe au niveau étiologique : l'EP est relié aux difficultés cumulatives à traiter avec efficacité les demandes (réalistes ou non!) du travail tandis que le SC est plutôt associé à l'exposition répétée à la souffrance d'autrui : douleur physique ou détresse émotionnelle. Cette *surexposition* n'est pas néfaste en soi... Il s'agit plutôt d'être en mesure de gérer ses vulnérabilités face à cette détresse pour continuer d'accéder à sa capacité de résilience. Par exemple, travailler avec des personnes en fin de vie nous met en contact régulier avec notre propre angoisse face à la mort, et aux peurs qui y sont reliées. Les stratégies d'adaptation présentées plus loin permettront le maintien de l'équilibre entre le don de soi et la souffrance de l'autre (une empathie saine avec distance thérapeutique).

Outre les symptômes communs à l'épuisement professionnel, des pensées intrusives, de l'évitement et de l'hypervigilance peuvent, entre autres, se manifester à l'émergence du SC. Il est possible par exemple de voir surgir, dans un contexte non relié, des pensées associées à la condition d'un patient et que ces pensées nous bouleversent ou nous « hantent ». Il est aussi possible de vouloir éviter certaines situations qui nous feraient revivre la souffrance ressentie par nos patients. Cet évitement peut graduellement se généraliser et créer un désir d'isolement social. L'hypervigilance associée au SC, quant à elle, peut se manifester par une préoccupation exagérée en lien avec la santé de ses proches, des sursauts au moindre petit bruit ou à différentes manifestations environnementales rappelant le contexte de travail normalement perçues avec moins de réactivité (ex. : sirène).

Il est important de comprendre que ces manifestations cliniques ne sont pas nécessairement apparentées et passent souvent inaperçues chez nos collègues. C'est l'aspect « pervers » du SC. Il peut sournoisement se manifester avec une irritabilité de plus en plus présente, *avoir la mèche courte*, un humour plus cynique, une tristesse grandissante, un plus grand désir d'être seul, la perte de plaisir – sans que l'on puisse nécessairement voir un lien avec le travail.

Être à l'affût de ces signes et agir de façon à optimiser notre attitude face à la souffrance de l'autre nous permet de continuer d'aider, tout en préservant notre bien-être et équilibre!... De pair avec la prévention, le dépistage peut nous mettre à l'abri du SC.

_OPTIMISER SA RÉSILIENCE!

L'adoption de plusieurs stratégies, soit au niveau personnel, professionnel ou organisationnel, semble prévenir le SC.

Au niveau personnel, les interventions ressemblent aux suggestions proposées aux clients post-traumatisés, soit :

- 1) Le maintien d'une hygiène de vie personnelle saine, une alimentation équilibrée, une hygiène de sommeil et l'exercice physique régulier est à la base de la conservation d'une santé physique et mentale⁹;
- 2) Le maintien des activités sociales parfois en péril dû à la nature du travail de psychologue : capacité d'écoute saturée! Garder contact avec ses parents et amis et se permettre des activités plaisantes en leur compagnie est une excellente stratégie simple et efficace pour se préserver;
- 3) Prendre des vraies vacances pour se ressourcer permet de relaxer et de laisser descendre la pression psychologique liée à notre tâche⁷.

Enfin, les recherches mentionnent aussi qu'en plus de reconnaître et d'accepter le SC comme une partie potentiellement associée au travail de soins, chacun bénéficie grandement d'être conscient de ses limites et de les respecter^{7,8}. Il est conseillé d'utiliser des moyens tels que la spiritualité, la méditation, la relaxation, l'expression créative et l'humour qui sont efficaces pour maintenir un bon équilibre mental⁷. La facilité à reconnaître les moments où un surplus de tension se fait sentir ainsi que la capacité à aller chercher le soutien nécessaire semblent des aptitudes clés pour maintenir un équilibre psychologique⁷.

Au niveau professionnel, prendre des pauses au travail permettra de relaxer et de laisser descendre la pression psychologique liée à l'exposition répétée à la souffrance. Ce repos sera d'ailleurs favorable à l'aide apportée par la suite. Avoir accès à des réunions cliniques permettant de ventiler ou d'exposer des impasses thérapeutiques dans un climat d'acceptation et de solidarité, est un moyen que les milieux de travail auraient avantage à mettre en place. Finalement, au niveau de la formation des étudiants en psychologie, il semble que l'éducation et la prévention soient actuellement déficientes dans le curriculum académique; il serait profitable d'outiller les futurs psychologues afin qu'ils préservent leur bien-être au sein de leur travail... Il est surprenant de noter que plusieurs d'entre nous prônons la psychoéducation des professions à risques telles que policiers, pompiers, personnels de soins, et que les difficultés associées à notre propre profession soient si méconnues.

Les valeurs véhiculées par l'organisation ont également un impact potentiel sur le développement du SC. Ainsi, amener l'équipe à reconnaître les causes de stress et à les rendre légitimes peut contribuer à diminuer la pression sur les employés. Dans le même

ordre d'idée, l'ensemble du personnel aurait avantage à considérer le problème comme étant institutionnel et non personnel. Une seconde solution réside dans le renforcement de la communication et de l'ouverture aux autres plutôt qu'au recours aux sanctions. Bien que la structure hiérarchique soit souvent nécessaire pour optimiser le modèle médical, elle peut contribuer au sentiment d'impuissance des membres des équipes de soins et les rendre plus vulnérables au SC. En effet, ces méthodes permettent d'éviter l'ostracisme et d'accroître le mieux-être de l'équipe.

Dans les faits, les employés ont avantage à favoriser un haut degré de cohésion au sein de l'équipe et à faire preuve de flexibilité dans leur rôle. De plus, il serait favorable de promouvoir les activités sociales et d'encourager l'expression des émotions au sein de l'équipe de soins afin d'améliorer le sentiment d'appartenance et la compréhension entre les employés⁸. Ainsi, le soutien de l'équipe de travail est crucial; un support actif de la part des collègues permet le partage des émotions entre chacun et laisse la porte entrouverte pour une aide plus ponctuelle si le besoin se fait sentir.

_EN CONCLUSION...

Il est important de rappeler que la compassion est nécessaire pour optimiser le traitement des patients⁹. De plus, le travail avec des personnes en douleur et en détresse émotionnelle s'avère enrichissant tant au niveau professionnel que personnel. Cet enrichissement est directement lié au sentiment de valorisation et d'utilité associé à l'empathie.

Par ailleurs, le contact quotidien avec la souffrance et la détresse peut rendre vulnérable le professionnel au développement du SC. Plusieurs symptômes du Stress de compassion sont communs à ceux de l'Épuisement professionnel, de la Dépression et du TSPT. Il n'en demeure pas moins important de pouvoir les distinguer, puisqu'un diagnostic différentiel permet une prise en charge adéquate et un rétablissement optimal. La prévention s'avère donc possible, facile même, mais s'applique au jour le jour, et ce, tant au niveau personnel, professionnel qu'organisationnel. Ainsi, la prévention d'une qualité de vie aussi bien physique, affective que spirituelle (au sens large) constitue la meilleure mesure préventive de l'aidant pour se protéger de l'effet potentiellement pervers de la compassion.



__RÉFÉRENCES

1. Linley, A., & Joseph, S. (2007). Therapy work and therapists' positive and negative well-being. *Journal of Social and Clinical Psychology, 26*(3), 385-403.
2. La fatigue d'être intervenant. *Équilibre, 1*(2), 1.
3. SCSLA. (2006). Fatigue compassionnelle : fiche d'information. 1-2.
4. Killian, K. (2008). Helping Till It Hurts? A Multimethod Study of Compassion Fatigue, Burnout, and Self-Care in Clinicians Working With Trauma Survivors. *Traumatology, 14*(2), 32-44.
5. Figley, C. R. & Nelson, T. (1989). Basic family therapy skills, I: *Conceptualization and initial findings. Journal of family therapy, 15*(4), 211-230.
6. Figley, C. R. (2002). Diagnosis and Treatment of Helper Stresses, Trauma, and Illnesses. Dans : Figley CR. *Treating compassion fatigue. Psychosocial stress series, 24*(1), p. 19. New-York: Brunner-Routledge.
7. Pearlman, L. A. & Saakvitne, K. W. (Eds.) (1995). *Trauma and the therapist: Countertransference and vicarious traumatization in psychotherapy with incest survivors*. New York: W. W. Norton. Sprang, G., Clark, J. J., & Whitt-Woosley, A. (2007). Compassion fatigue, compassion satisfaction, and burnout: Factors impacting a professional's quality of life. *Journal of Loss & Trauma, 12*(3), 259-80.
8. Munroe, J. F., Shay, J., Fisher, L., Makary, C., Rappoport, K., & Zimmering, R. (1995). Preventing compassion fatigue: A team treatment model. In C. R. Figley (Ed.) *Secondary traumatic stress disorder from treating the traumatized, 209-231*. New York: Brunner/ Mazel.
9. Agence de santé publique du Canada. (2005). *Faire face aux événements stressants : comment prendre soin de soi comme intervenant*. Ottawa, 6 p.

Les lecteurs sont invités à réagir aux textes publiés dans *Psychologie Québec* en nous faisant parvenir leurs commentaires par courriel à l'adresse : dcote@ordrepsy.qc.ca. Nous privilégions les textes courts. Les réactions aux propos d'un auteur sont toujours soumises à cet auteur et celui-ci peut réagir dans la même édition du magazine.

L'intervention auprès de clients-psychothérapeutes

COMMENTAIRES SUR L'ARTICLE D'ALEXANDRE CARLE ET DE MARC-SIMON DROUIN

Nous avons grandement apprécié l'article d'Alexandre Carle et de Marc-Simon Drouin publié dans le numéro de juillet 2008 de *Psychologie Québec* intitulé « L'intervention auprès de clients-psychothérapeutes : Le développement professionnel et la psychothérapie personnelle ». Dans leur introduction, les auteurs font ressortir que les meilleures recherches à ce jour sur l'efficacité de la psychothérapie démontrent de façon consistante l'importance de la personne en tant que thérapeute. Cette variable serait l'un des plus importants déterminants de l'issue de la thérapie, bien au-delà du type de psychothérapie et des diverses habiletés techniques du thérapeute. Dans ce contexte, Carle et Drouin soulignent l'importance d'étudier la contribution de la psychothérapie personnelle au développement professionnel des psychothérapeutes. Nous sommes entièrement d'accord avec ce point de vue.

Le survol que font Carle et Drouin des différents éléments à considérer dans le traitement auprès de clients-psychothérapeutes est excellent. Puisque ces auteurs indiquent leur intention de « faire une étude importante sur le développement professionnel des thérapeutes » (p. 21), nous aimerions formuler certains commentaires et suggestions sur ce sujet qui suscite un très grand intérêt pour nous tous, que nous soyons débutants, expérimentés, ou futurs praticiens, et concerne au plus haut point la population qui nous consulte.

Carle et Drouin mentionnent le rôle pionnier de la psychanalyse qui a reconnu le passage obligé de la formation sur soi dans cette discipline. Néanmoins, leur recours à la littérature psychanalytique s'arrête là. Ils s'empressent aussitôt de noter que « peu d'études se sont penchées sur le véritable impact de la thérapie personnelle sur la formation du thérapeute » (p. 20). Nous comprenons qu'ils font référence aux études empiriques avec des groupes contrôlés, fondés sur des données probantes, mais en se limitant à ce paradigme de recherche, ils laissent dans l'ombre l'énorme contribution que la littérature psychanalytique a faite et continue à faire à ce sujet, par ses nombreuses analyses théoriques et cliniques. Or ces écrits constituent une source riche de réflexions et de données pour tout chercheur contemporain. Des recensions

récentes sont disponibles à ce sujet dans le chapitre de Bergmann (2005) publié dans *Textbook of Psychoanalysis*, et dans le livre de Tessman (2003) qui comprend une étude approfondie de l'influence à long terme de la thérapie personnelle des analystes sur leur pratique.

Par exemple, il y a beaucoup d'écrits psychanalytiques sur l'importance de protéger la thérapie personnelle de l'influence institutionnelle et socioculturelle, un facteur crucial non seulement dans la formation et l'identité du futur psychothérapeute, et dans la formation continue des psychothérapeutes expérimentés, mais aussi dans la réhabilitation et la réintégration des psychothérapeutes coupables de bris éthiques. Rappelons ici que le comité de discipline de la profession observe fréquemment que les plaintes de clients à l'endroit de leur thérapeute concernent souvent des « agirs » ou comportements inadéquats, signes d'un glissement du cadre, et pour lesquels sont prescrites des mesures disciplinaires incluant, le plus souvent, une recommandation de thérapie et supervision du thérapeute avec comme objectif, de travailler les éléments du transfert et contretransfert en thérapie.

En reconnaissant seulement deux sources de la recherche contemporaine en psychologie (p. 21) en ce qui caractérise le traitement des pairs, Carle et Drouin négligent l'examen étendu et continu fait dans le champ psychanalytique sur les points communs et sur les spécificités du transfert et du contretransfert des candidats et des analystes didacticiens comparés à d'autres patients. Par exemple, Glen Gabbard (2000) et Judith Kantrowitz (2006), ont effectué un nombre significatif de recherches sur la question du bris de la confidentialité, par exemple dans les publications psychanalytiques au sujet de patients-candidats et, plus près de nous, Mauger et Monette (1999), ont écrit une monographie sur les risques de deuils non résolus dans la formation d'analystes. Une autre donnée importante, mise en lumière par la recherche contemporaine sur les psychothérapeutes aussi bien que dans les écrits psychanalytiques en tant que patients et qui, à elle seule, mériterait une étude séparée, concerne les tranches multiples de psychothérapie personnelle chez le thérapeute-client. En effet, ces recherches révèlent que les « thérapeutes-clients » non seulement choisissent et valorisent la thérapie personnelle comme une partie intégrale de leur formation personnelle et professionnelle, mais que plus de la moitié d'entre eux ont recours à une thérapie personnelle plus d'une fois dans leur carrière. Ces découvertes ont amené un des chercheurs mentionné par Carle et Drouin, John Norcross (2005), après 25 ans de recherche sur la thérapie personnelle des professionnels de santé mentale, à dénoncer ce que celui-ci appelle le « mythe pernicieux » : il exhorte les organismes

de psychologie à venir débattre publiquement de la notion voulant que le fait de retourner en thérapie soit un signe d'échec du processus (Meyer, 2007; Wagner, 1996). Tous ces aspects pourraient enrichir et élargir l'étude projetée par Carle et Drouin.

Le matériel abordé dans l'article de Carle et Drouin combiné à l'accumulation de connaissances psychanalytiques dans le domaine de l'efficacité thérapeutique nous amène naturellement vers une autre question potentiellement riche pour les cliniciens-chercheurs, celle du concept d'un idéal de normalité dans le fonctionnement psychique, un mythe largement répandu et bien souvent trompeur. Un sujet de recherche et de réflexion à garder ouvert.

Par Francine Cyr, Allannah Furlong, Gabriella Legorreta, psychologues et Isabelle Lasvergnas, professeur au département de sociologie de l'UQAM.

Bibliographie

- Bergmann, M. (2005). Termination and reanalysis. In *Textbook of Psychoanalysis* editors. Person, E., Cooper, A., & Gabbard, G., American Psychiatric Publishing.
- Gabbard, G. (2000). Disguise or consent?: problems and recommendations concerning the publication and presentation of clinical material. *International Journal of Psychoanalysis*, 81,1071-1086.
- Kantrowitz, J. (2006). *Writing about Patients: Responsibilities, Risks, and Ramifications*. New York: Other Press.
- Mauger, J. et Monette, L. (1999). « Pure culture ». *Bulletin de la Société psychanalytique de Paris*. Paris : PUF.
- Meyer, J. K. (2007). Training analysis and reanalysis in the development of the psychoanalyst. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 55(4), 1103-1128.
- Norcross, John. (2005). The psychotherapist's own psychotherapy: Educating and Developing Psychologists. *American Psychologist*, 60, 840-850.
- Tessman, L. H. (2003). *The Analyst's Analyst Within*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Wagner, P. S. (1966). The second analysis. *International Journal of Psychoanalysis*. XLIV, 1963 (pp. 481-489).



Retrouvez tous les **colloques**, les **congrès**
ainsi que les **ateliers de formation**
en quelques clics sur

Le calendrier des activités
du site Web de l'Ordre

Disponible dans la Zone des membres :
www.ordrepsy.qc.ca/membres

Pour ajouter votre événement au calendrier des activités :
www.ordrepsy.qc.ca/fr/formulaires/colloque.sn

Critique

D^{re} MONIQUE BRILLON, PSYCHOLOGUE

LE LABYRINTHE DE LA FÉMINITÉ : ENTRE PÈRE ET MÈRE, UNE FEMME SE CONSTRUIT.

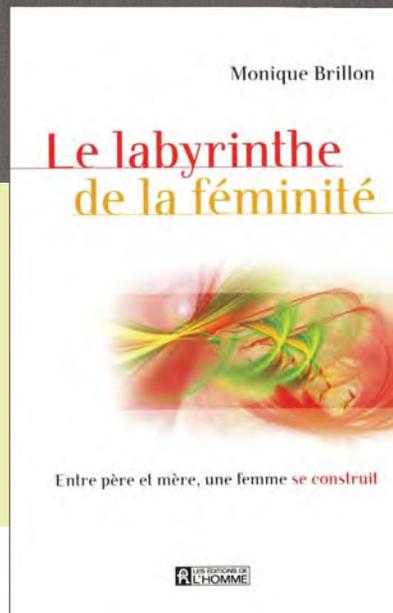
Montréal : Les Éditions de l'Homme.

Après nous avoir donné *La pensée qui soigne*, essai psychosomatique sur le rôle de la pensée dans le maintien de la santé physique, puis un roman intitulé *La fracture de l'œil*, Monique Brillon nous revient avec un nouvel essai : *Le labyrinthe de la féminité : Entre père et mère, une femme se construit*. Ce livre reprend en partie le sujet de *Ces pères qui ne savent pas aimer*, paru en 1998, pour l'élargir au développement de l'identité féminine et de ses aléas. Ici, l'importance de la fonction paternelle, soulignée dans ce premier ouvrage, prend tout son sens dans l'articulation et la complémentarité avec la fonction maternelle.

Dans les premiers chapitres, en s'inspirant de sa pratique clinique, l'auteure discute du mal à l'être au féminin qui se reflète à travers des doutes, des questionnements, des tensions vécues au sein de l'identité. Selon elle, bien que présent chez plusieurs femmes de tous âges, ce malaise se révèle dans toute son ampleur dans la quarantaine. Il se présente souvent comme une impression vague, le sentiment flou de s'être égarée dans sa propre identité, d'avoir perdu une partie d'elle-même. Une remise en question s'installe, un besoin de changement se fait pressant. Que faire? Quoi changer? La maison, le chum, la carrière, ou vaut-il mieux partir en voyage, prendre un repos, etc. ?

L'auteure se penche ensuite sur la notion d'identité « *Qui suis-je ?* » Voilà une question en apparence simple, mais qui se révèle fort complexe lorsqu'on l'analyse un peu. La réponse ressemble peut-être davantage à un *labyrinthe* qu'à une équation mathématique. Dans ce chapitre, elle montre comment s'articulent identité, identifications, Vrai Soi et Faux Soi.

Le Vrai Soi renvoie, pour sa part, au sentiment d'être fidèle à ce qu'il y a de plus vrai au fond de soi, tant physiquement que psychologiquement. Il apporte le sentiment rassurant et confortable de la continuité d'être. À côté du Vrai Soi solide et ferme, il existe aussi un Faux Soi protégeant le Vrai Soi contre les menaces, dangers, blessures. Ce dernier est nécessaire, cependant, il arrive parfois qu'il se développe exagérément. La personne perd alors de sa congruence, son sentiment d'existence s'affaiblit, l'identité est tordue et la personne développe un sentiment d'étrangeté face à elle-même. Un équilibre doit être sauvegardé entre le Vrai Soi et le Faux Soi.



Monique Brillon distingue ensuite le concept de fonction maternelle et paternelle de la notion de rôle parental, la fonction étant définie du point de vue des besoins de l'enfant, les rôles à partir des attitudes qu'adoptent les parents. Le père et la mère exercent des fonctions différentes et complémentaires. La façon dont ils assument la leur porte la marque de leur identité et l'influence de chacun forge le caractère et l'identité tant du garçon que de la fille d'une façon unique.

Elle enchaîne en suivant pas à pas le développement de l'identité et des identifications de la fille. L'identification précoce à la mère existe tant chez le garçon que chez la fille. Cette identification constitue la base du développement de la personnalité. Si la difficulté du garçon est d'intégrer harmonieusement ses premières identifications féminines à sa masculinité, celle de la fille réside dans la nécessité de développer sa différence. Les identifications au père vont l'y aider. L'attitude du père face à sa fille, à la mère de celle-ci et aux femmes en général prend ici toute son importance. En effet, il importe que le père puisse soutenir les besoins d'autonomie de sa fille tout en valorisant sa féminité. À cette condition, la fille pourra revenir à l'identification à la féminité de sa mère dans sa façon de se relier à son conjoint et aux hommes. Cette dernière identification signera le parachèvement de son identité féminine. Ce parcours comporte des écueils où la fille

risque de se perdre. Le désir mutuel des deux parents facilite le développement harmonieux de l'identité.

L'auteur termine le livre par une réflexion sur la difficulté que ressentent les pères devant la fonction qu'ils ont à assumer face à leurs enfants, et particulièrement face à leurs filles. Même si les hommes s'impliquent davantage que leur père dans l'éducation des enfants, ils ont tendance à modeler leur attitude sur celle de la mère plutôt que d'assumer leur fonction différente et complémentaire. L'absence de modèle y est pour quelque chose, mais la signification attribuée à la femme et à la mère dans l'inconscient de chacun contribue à cette difficulté.

Voilà donc un livre que les psychologues gagneront à lire parce qu'ils y retrouveront les propos et les plaintes de leurs clientes et une compréhension psychodynamique en profondeur de la problématique soumise à leur attention. C'est un travail à la fois clinique et théorique, un bel exemple où l'un sert l'autre. Il est à espérer que Monique Brillon trouvera le temps et l'intérêt de produire le même travail pour le développement identitaire du garçon, entre père et mère. Si parfois on souhaiterait que l'auteure aille plus loin dans ses explications, elle donne suffisamment d'éléments de réponse pour que le lecteur puisse compléter par lui-même.

Par André Renaud, psychologue et psychanalyste à Québec.



LE CENTRE HOSPITALIER PIERRE-JANET

Est le seul établissement psychiatrique de l'Outaouais à dispenser à la population de la région, une gamme complète et intégrée de services spécialisés en psychiatrie.

Travailler au CHPJ, c'est :

- Évoluer dans un milieu de travail stimulant et humain;
- Participer à des équipes de travail axées sur l'autonomie, le bien-être de la personne souffrante et ce, dans le respect de son intégrité, de ses différences et de ses croyances;
- Bénéficier d'un programme d'orientation.

Avoir accès à :

- de la formation;
- un gymnase et une salle de conditionnement;
- un stationnement gratuit.

Autres avantages :

- 4 semaines de vacances annuelles;
- 1 semaine de congés mobiles.

NOUS SOMMES À LA RECHERCHE D'UN(E) :

PSYCHOLOGUE

CLINIQUE DU TROUBLE
DE PERSONNALITÉ LIMITE
(POSTE PERMANENT À TEMPS COMPLET)

SOMMAIRE DES RESPONSABILITÉS

Sous l'autorité hiérarchique du chef de service, la personne titulaire du poste participe à la conception, à l'implantation et à la réalisation des divers programmes de prévention, d'évaluation, de traitement, d'enseignement et de recherche en lien avec la clientèle de la clinique du trouble de personnalité limite. Cette participation se concrétise en appliquant les principes et les méthodes de la psychologie scientifique en vue de favoriser des services de santé adéquats. De plus, elle sera appelée à collaborer avec le personnel de l'établissement ainsi qu'avec nos partenaires.

EXIGENCES

- Maîtrise en psychologie clinique;
- Membre de l'Ordre des psychologues du Québec;
- Expérience souhaitable auprès d'une clientèle adulte en psychiatrie;
- Expérience en psychothérapie individuelle et en animation de groupes thérapeutiques;
- Connaissance de la langue anglaise;
- Expérience au sein du réseau de la santé et des services sociaux souhaitable.

CONDITIONS DE TRAVAIL

Selon les normes du réseau de la santé et des services sociaux.

Toute personne intéressée est invitée à soumettre sa candidature au :

SERVICE DES RESSOURCES HUMAINES CENTRE HOSPITALIER PIERRE-JANET

20, rue Pharand, Gatineau (Québec) J9A 1K7

Télécopieur : 819 776-8046

Courriel : 07_chpj_ressources_humaines@ssss.gouv.qc.ca

Lancement d'un ouvrage de référence en psychologie des organisations

La Société québécoise de la psychologie du travail et des organisations (SQPTO) a procédé au lancement de la 2^e édition de son livre de référence *Domaines de pratique et compétences professionnelles des psychologues du travail et des organisations*, lors du congrès de l'Association internationale de la psychologie du travail en langue française tenu à l'Université Laval en août dernier. Les auteurs, le professeur Roland Foucher et le psychologue François Leduc en compagnie d'André Savoie, psychologue, qui en a signé la préface.



Société
Québécoise
d'Hypnose inc.

CALENDRIER DES ACTIVITÉS FORMATION CONTINUE Automne 2008 - Hiver 2009

15 NOVEMBRE 2008

CONGRÈS 2008 DE LA SQH
À MONTRÉAL
Consultez notre site pour tous les détails.

7-8-21-22 MARS 2009

FORMATION DE BASE EN HYPNOSE CLINIQUE
À MONTRÉAL
Cet atelier initie les participants(es) à la pratique de
l'hypnose en tant que mode de communication et outil
thérapeutique.

La méthodologie privilégiée favorise un apprentissage
progressif et intensif des habiletés, des techniques et
stratégies de base en hypnose clinique.

Cette formation respecte les standards retenus par
l'American Society of Clinical Hypnosis (ASCH).

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

Activités régionales et de regroupements

_REGROUPEMENT DES PSYCHOLOGUES EN PROGRAMMES D'AIDE AUX EMPLOYÉS

Le regroupement des psychologues en programmes d'aide aux employés invite les psychologues à sa prochaine conférence le vendredi 28 novembre prochain entre 8 h 30 et 16 h. Le thème abordé sera « Troubles du sommeil chez les personnes anxieuses et/ou dépressives » avec D^r Roger Godbout, psychologue, chef du Service de recherche à l'Hôpital Rivière-des-Prairies, et D^{re} Lynda Bélanger, psychologue clinicienne et chercheuse à l'Université Laval. Les activités ont lieu au Centre antique, 6086, Sherbrooke Est (métro Cadillac). Pour information, communiquez avec M^{me} Huguette Courtemanche au 514 745-4394.

De plus, le regroupement des psychologues en programmes d'aide aux employés vous invite à visiter son tout nouveau site Web au www.rppae.ca. Vous y retrouverez le calendrier 2008-2009 et obtiendrez tous les détails pour vous inscrire aux différentes formations.

_REGROUPEMENT DES PSYCHOLOGUES CLINIENNES ET CLINIENS DE QUÉBEC

Le RPCCCQ organise un atelier de formation sur la somatisation et la pensée qui soigne avec la D^{re} Monique Brillon, psychologue clinicienne.

Date : 16 janvier 2009

Lieu :

Québec, Hôtel Quartier, 2955, boul. Laurier Sainte-Foy, Québec

Organisateur :

RPCCCQ (regroupement des psychologues cliniciennes et cliniciens de Québec)

Information Téléphone :

418 922-4725 - Communiquer pas courriel

Information - Site Web ou courriel : www.rpccq.net

Courriel : mrichard@rpccq.net

_RÉGION SAGUENAY—LAC-SAINT-JEAN

L'administrateur de la région du Saguenay, en collaboration avec le comité de la formation continue de la région, invite les psychologues à une journée de formation le vendredi 5 décembre 2008. Le D^r Martin D. Provencher, psychologue, professeur à l'Université Laval d'orientation cognitive comportementale, présentera un atelier sur le traitement de la dépression sévère. Cette formation se tiendra à l'hôtel Le Montagnais, Saguenay, de 8 h 30 à 16 h 30 et le coût est de 110 \$ (repas non compris).

Pour information ou pour vous inscrire, vous pouvez communiquer avec M. Réjean Simard, psychologue, au numéro de téléphone 418 251-4838.



Organisme sans but lucratif, l'**Institut de Psychothérapie du Québec** dispense des services de formation et de psychothérapie depuis plus de 50 ans.

Journées cliniques

L'éclat du fantasme

Samedi le 6 décembre 2008 | 9 h à 16 h 30

Linda Lebel, psychologue et psychanalyste

Atelier de réflexion sur la déontologie et l'éthique psychanalytique

Samedi le 9 mai 2009 | 9 h à 16 h 30

Élyse Michon, psychologue et psychanalyste

Supervisions

Psychothérapeutes d'enfants

Les mardis ou jeudis | 45 min. /supervision

Nicole Martel, psychologue et art-thérapeute

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

1307, chemin Sainte-Foy, Québec (Québec) G1S 2N2
T (418) 692-2591 F (418) 692-2591 (téléphoner avant)

ipq@institutdepsychotherapie.qc.ca

_ Colloques et congrès

_ CONFÉRENCE INTERNATIONALE - INTÉGRER LA SANTÉ MENTALE AUX SOINS PRIMAIRES : UNE VISION GLOBALE.

Organisée par le Centre collaborateur OMS/OPS de Montréal.
Le 26 novembre 2008, à l'Institut universitaire en santé mentale
Douglas de Montréal. Renseignements : [www.douglas.qc.ca/
UserFiles/File/20081126_PROGRAMME.pdf](http://www.douglas.qc.ca/UserFiles/File/20081126_PROGRAMME.pdf).

_ CINQUIÈME CONGRÈS INTERNATIONAL FRANCOPHONE SUR L'AGRESSION SEXUELLE.

Organisé par l'Institut Philippe-Pinel de Montréal.
Du 11 au 13 mai 2009, à Montréal. Renseignements :
www.pinel.qc.ca ou au 819 348-9050.

_ Tableau des membres

_ NOUVEAUX MEMBRES

Bélisle, Manon
Belzil, Hélène
Benchakroun, Mounia
Beneventi, Anna Lucia
Bouchard, Marie-Eve
Bukacheski, Tiffany
Caron, Nathalie
Cobigo, Virginie
Côté, Mireille
Couture, Mathieu
Duchesne, Dominique
Duclos, Mélanie
Eugène, Michel Martin
Foucault, Marie-Hélène
Gauthier, Benoît
Gauvin, France
George, Sarah
Guillemette, Alain
Houle, Marilyn
Kovalak, Angela Lynn
Lachance, Manon
Legault, Lysiane
Lussier, Nathalie
Marceau, Mélanie
Mc Culloch, Margaret
Ménard, Julie
Morgan, Jessica
Normand, Louise
Parcel, Régis
Polomeno, Debra
Raffelini, Chiara

Rangel, Sabrina
Rouleau, Marie-Ève
Scutaru, Silvia
Silver, Randa
Simard, Rosanne
St-Pierre, Marie-Josée
Sylvain, Véronique
Tanguay, Marie-Josée
Thiessen, Ronald
Tosco, Anna Maria
Tremblay, Isabelle
Vallée, Catherine
Weaver, Andrea

_ RÉINSCRIPTIONS

Archambault, Claire
Beaudin, Marie-Claude
Bergeron, France
Fréchette, Jean
Marcoux, Stéphanie
Pare, Pierrette
St-Jacques, Caroline
Trudel, Mario
Villeneuve, Louise

_ DÉCÈS

Fernandez-Desjardins, Anita



AVIS DE RÉVOCATION DE PERMIS

Avis est par la présente donné que Monsieur Richard Bois, permis numéro 02978-81, ayant exercé sa profession dans la ville de Baie-Comeau, District de Baie-Comeau, a été reconnu coupable par le Comité de discipline en ce que :

« Au cours de la période allant de 1988 à 1990, s'est placé en situation de conflit d'intérêts et de confusion de rôles en négligeant de maintenir une conduite irréprochable envers sa cliente, Madame X, durant et après un suivi psychothérapeutique, notamment en ayant des relations sexuelles avec elle.

Au cours de la période allant de septembre 2005 à septembre 2006, s'est placé en situation de conflit d'intérêts et de confusion de rôles en négligeant de maintenir une conduite irréprochable envers ses clientes, Madame Y et Madame Z, durant un suivi psychothérapeutique, notamment en ayant une relation amicale avec celles-ci.

Au cours de la période allant du début de l'année 2006 à septembre 2006, en posant des gestes déplacés, voir à caractère sexuel sur sa cliente, Madame Y, durant un suivi psychothérapeutique. »

Le tout contrairement aux articles 13, 32, 58(11) du *Code de déontologie des psychologues* et à l'article 59.1 du *Code des professions*.

Dans sa décision rendue le 31 juillet 2008, le Comité de discipline a condamné l'intimé à la révocation de son permis de psychologue. L'intimé a été aussi condamné à payer une amende de 1 000 \$ et tous les déboursés du dossier.

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

Mont-Royal, ce 8 septembre 2008
M^e Édith Lorquet
Secrétaire du Comité de discipline

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. 20 \$/heure ou par blocs de temps. Services inclus, bureaux meublés. Possibilités de références. Renseignements : René M. Forget, 450 964-1794.

Bureaux individuels à louer, à la journée avec bail. Boulevard Saint-Joseph Est, près du métro Laurier. Prix raisonnables. 514 233-2060.

Bureau à louer, rue Cherrier. Calme et accueillant. Meublé. Tout inclus. Près du métro Sherbrooke. Libre maintenant. 514 598-5423 ou 514 523-9483.

Local neuf à partager 10' x 11'. Situé à Laval au cœur du vieux Sainte-Rose dans centre de beauté/santé. 514 895-1585.

Laval - Bureau à sous-louer. Meublé, climatisé. Accès à salle d'attente, cuisine, classeur barré. Près du métro Cartier. Sous-location au bloc/à la journée. Prix très compétitif. 514 220-6590.

Québec, sur Grande-Allée – Bureau à louer. Édifice Le Claridge. Entièrement rénové, insonorisé, meublé, accueillant, salle d'attente. Location par heure/demi-journée/journée. Conditions souples et avantageuses. 418 682-2109.

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

Le Centre professionnel du Plateau Mont-Royal recherche des professionnels désirant se joindre à une équipe d'expérience : psychologues et experts psychologiques, conseillers d'orientation et en ressources humaines, avocats, médiateurs et autres. Bureaux à louer ou à partager. Source de références. Micheline Dubé : 514 848-1724 ou www.cppm.ca.

Métro Laurier, Saint-Denis. Bureau de 154 pi², rez-de-chaussée, rénové, insonorisé, climatisé, chauffé, éclairé, tranquille, salle d'attente, facile de stationnement. Renseignements : 514 277-8466.

Métro Beaubien. Local lumineux dans clinique chaleureuse. Ambiance de travail agréable. Disponible 3 jours/semaine, négociable, départ fin janvier pour congé maternité. Isabelle Binet : 514 991-8344.

Bureau à sous-louer - Greenfield-Park. Meublé avec goût, cachet, salle d'attente, cuisinette, climatisé, stationnement, à l'heure ou à la journée. Renseignements : Caroline Cardin, 450 465-5311.

Bureau à louer pour pratique privée. 8 1/2 x 8 1/2 sur boulevard Taschereau près de l'Hôpital Charles-Lemoyne. Communiquez avec Karine : 514 513-4284.

Bureaux pour professionnels. Offre un espace commercial au 3^e étage de 145 pi². Déjà sur place : psychologues, avocats, chiropraticien, dentiste et soins d'esthétique. Situé au 6915, Saint-Denis (5 minutes du métro Jean-Talon). Renseignements : 514 951-5971 ou projets@gecyco.com.

Westmount - Bureau meublé et discret à sous-louer dans un édifice prestigieux sur Sherbrooke. Diverses modalités de location. Insonorisation supérieure, nouvellement rénové, ensoleillé, grande salle d'attente, climatisation centrale, accès de Wi-Fi, téléphone inclus, facilité de stationnement pour clientèle, à cinq minutes à pied du métro Atwater. Références internes possibles. Location à la demi-journée, journée ou pour plusieurs jours. / Westmount - Furnished office for sublet in discreet prestigious locale on Sherbrooke. Newly renovated, superior sound-proofing, large windows and waiting room, central A/C, telephone & Wi-Fi included, easy parking, 5 minute walk from Atwater metro. Rent by half-day, day, multiple days. Perry Adler : 514 738-3732, # 22, perry.adler@mcgill.ca.

Bureau à louer, temps plein ou partiel. Métro Iberville. Édifice de la galerie d'art Roussil. Jocelyne Bisailon au 514 593-4226 ou Réal Bédard au 514 862-7852.

Québec - Quartier Saint-Sacrement. Bureau meublé, fenêtres sur l'extérieur, 13' x 11', dans centre multidisciplinaire, stationnement. Lundi : 110 \$/mois ou samedi-dimanche-lundi : 140 \$/mois. Communiquez avec D^r Fadi AinMelk, chiropraticien, 418 682-1199, chiroquebec@bellnet.ca.

Bureau à partager et salle de thérapie/formation à louer dans une clinique de psychologie sur le boul. Saint-Joseph Est. Immeuble neuf avec locaux insonorisés, climatisés, très éclairés, bien aménagés. Bonne accessibilité par transport en commun et stationnement facile. Diverses modalités de location disponibles. Informations : 514 288-2082.

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

Bureau 13' x 20' donnant sur René-Lévesque, à Québec. Réservé aux Psy. Chauffé, éclairé, climatisé et entretien ménagé 1 fois/semaine. 575 \$ plus taxes. 418 849-9025.

Bureau à louer au 3605 rue de la Pinède à Trois-Rivières, trois jours par semaine disponibles. Renseignements : Michel Allard au 819 379-0330.

Trois-Rivières - Bureaux et salle d'attente à partager dans édifice du centre-ville. Occupation à l'heure, par blocs ou journées. Possibilité de références. 819 374-5550.

Bureau à louer sur le plateau dans un local déjà occupé par des psychologues. Bel espace de consultation de 220 pieds carrés. Prix : 680 \$. Ce prix inclut les taxes d'affaires, d'eau et le coût du chauffage. 514 389-2090.

Psychologues recherch(e)s pour se joindre à une équipe de professionnels en pratique privée, à Longueuil, dans le secteur Pierre-Boucher. Beaux bureaux insonorisés et stationnement disponible. Location au bloc ou à la journée. Possibilité de références. Renseignements : 514 912-8104.

Bureau à partager face au métro Laurier. Spacieux, bien aménagé, insonorisé, clair. Environnement professionnel. Disponible le 1^{er} novembre. Christiane : 514 773-2135.

Très beau bureau meublé, chauffé et climatisé, à sous-louer, immédiatement. Recherche deux psychologues à mi-temps, 280 \$ chacun, ou un psychologue à temps plein, 500 \$/mois. Espace adjacent partagé avec autre psychologue. Beaucoup de cachet, mur de briques, salle d'attente et toilettes, situé rue Laurier Ouest, Outremont. Édifice professionnel coin Hutchison. Elaine Kennedy : e.kennedy@videotron.ca, 514 274-1839.

Rue Cherrier, bureaux insonorisés et meublés. À côté du métro Sherbrooke. Équipe de psychologues. Plusieurs modalités de location. Prix avantageux. 514 202-2447, 514 699-5081, info@masergerie.com.

Bureau à louer. Adjacent à Outremont. Meublé, décor agréable, insonorisé et climatisé avec salle d'attente et cuisinette. De un à quatre jours par semaine. 514-274-0012.

Outremont - Bureau à louer. 180 pi², libre en janvier 2009. 1175, Bernard Ouest, près du métro Outremont. 3^e, ascenseur, climatisé, insonorisé. 495 \$/mois. 514 894-7482.

Métro Beaubien - Local ensoleillé dans clinique professionnelle chaleureuse. Possibilité d'occupation graduelle dès novembre, disponible trois jours en février. Départ congé de maternité. Isabelle Binet : 514 991-8344.

PSYCHOLOGUES RECHERCHÉ(E)S

Québec - Psychologue recherché(e) pour clientèle enfants. Statut de travailleur autonome dans une clinique de psychologie privée. Faites parvenir votre C.V. à : cliniropsychologue@yahoo.ca.

Neuropsychologue spécialisé(e) en évaluation auprès clientèle enfants TDA/H recherché(e) pour combler liste d'attente en bureau privé. Communiquez avec Jennifer Mawn au 514 380-5613. www.neuropsychologie.ca.

Drummondville - Psychologue recherché pour clientèle enfants et adolescents. Temps partiel pour débiter, statut de travailleur autonome, disponibilités jour et soir, clientèle en privé et PAE. Environnement d'une clientèle de professionnels de la consultation. Entreprise au www.cress.qc.ca. Pour postuler ou renseignements : cress@globetrotter.net ou au 1 888 799-0303.

Psychologue recherché(e) à Joliette. Statut de travailleur autonome, références possibles. Bureau confortable en milieu paisible, soutien technique et professionnel. Denise Turcotte, M.A. : 450 759-1387.

Centre de Psychologie Behaviorale. Psychologue recherché(e) à Montréal, orientation cognitive-comportementale. Pratique privée, clientèle fournie, jour et soir. Pour postuler ou renseignements : cpb210@bellnet.ca, 514 336-5562.

Clinique de psychologie cognitive-comportementale (Vieux-Montréal) cherche psychologue. Spécialisation enfance, couple, famille serait privilégiée. Bureaux professionnels, proximité du métro. Plusieurs modalités de location. Pour renseignements : 514 286-1774.

Recherchons psychologue d'approche cognitive-comportementale ou systémique pour partager bureau et clientèle à La Plaine (30 minutes de Montréal). Tél.: 514 576-5975.

Le Centre de Psychologie Guoin recherche un(e) psychologue. Pratique principale en évaluation psychologique et expertise. Psychothérapie et activités de consultation en pratique complémentaire. Connaissance des outils projectifs et des tests intellectuels, expérience en clinique infantile ou adolescente serait favorable. Communiquez avec Diane Deschênes : 514 331-5530 ou info@cpgouin.ca.

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

Urgent : la clinique BACA est à la recherche de deux psychologues cliniciens(nes) bilingues, un poste 5 jrs/semaine et un poste 3 jrs/semaine, disponibles de jour et de soir pour se joindre à notre équipe. Communiquez avec Micheline Bessette au 514 522-9023. Vous pouvez consulter notre site Internet au www.cliniqueBACA.com.

Recherche psychologues avec approche cognitive ou systémique/thérapie brève à la Clinique de psychologie Villeray/Petite-Patrie à Montréal. Statut de travailleur autonome - quelques heures/semaine. Contexte de location de bureaux meublés (à l'heure et au bloc) incluant un système de références PAE et privées. Guillaume Tétreau : 514 499-1399 ou à gtetreau@ca.inter.net.

Recherche bureau à partager à Drummondville ou environs. Clinicienne d'expérience (privé, CLSC, CH). Approche cognitive. Clientèle variée. Désire travailler au sein d'une équipe. 418 392-9835.

_À VENDRE

Immeuble à vendre. Ahuntsic sur Henri-Bourassa. Rez-de-chaussée de 3 800 p², avec sous-sol aux multiples fenêtres aménagés en bureaux, excellente visibilité, stationnement 22 voitures. Baux à long terme, revenus intéressants. Prix demandé : 1 325 000 \$. Communiquez avec Claude Gatién, agent immobilier agréé, Beldex Immobilier inc. : 514 779-8162, clauddegatien@beldex.ca.

_SERVICES OFFERTS

Psychologue/psychanalyste, clinicienne d'expérience, professeure à l'UQAM, offre supervisions pour jeunes cliniciens travaillant avec les enfants et leurs familles : 1) pour psychologues d'orientation scolaire, développementale, neuro-cognitive, etc., désirant explorer les méthodes psychodynamiques; 2) pour psychodynamiciens désirant approfondir leur pratique. Individuel ou en petit séminaire. 514 488-1574, krymko-bleton.irene@uqam.ca.

Vous désirez parfaire vos connaissances? Actualiser votre pratique auprès des victimes d'actes criminels? Échanger avec d'autres professionnels?

Assistez aux formations offertes par l'Association québécoise Plaidoyer-Victimes!

- Au programme**
- L'accompagnement des victimes souffrant de stress post-traumatique - Niveau 1
Formatrice — **Pascale Brillon, Ph. D.**
 - Mon client souffrant de stress post-traumatique ne s'améliore pas: pourquoi et quoi faire? - Niveau avancé
Formatrice — **Pascale Brillon, Ph. D.**
 - Comment venir en aide aux victimes de harcèlement au travail?
Formatrice — **M^e Julie Lefebvre**
 - Intervenir auprès des victimes de violence conjugale
Formatrice — **Lise Poupard, M. Sc. en criminologie**
 - La médiation artistique dans l'intervention
Formatrice — **Caroline Benamza, danse et drama thérapeute**

Programme de formation 2008-2009

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



Association québécoise
Plaidoyer-Victimes

La recherche le dit

Par *D^{re} Cynthia Turcotte, psychologue à la clinique de développement du Centre ambulatoire du CSSS de Laval et au Centre d'enseignement de diabète, Services ambulatoires de l'Hôpital Charles-Lemoyne*

_PARLER POUR BIEN MANGER!

Le site Internet de Santé Canada fournit le Guide alimentaire canadien et des trucs pour mieux planifier son épicerie. Il y est d'ailleurs recommandé de (a) manger au moins un légume vert foncé et un légume orangé chaque jour; (b) choisir des légumes et des fruits préparés avec peu ou pas de matières grasses, sucre ou sel; (c) consommer des légumes et des fruits de préférence aux jus. Les chercheurs se penchent de plus en plus sur les facteurs psychosociaux impliqués dans l'achat de fruits et de légumes afin qu'ils soient accessibles aux jeunes à la maison. Une étude américaine récente a recruté dans 22 épicerie de grande surface ou non des individus âgés de plus de 19 ans vivant avec un enfant de 18 ans ou moins. Des participants recrutés, 167 sujets ont répondu par téléphone à un premier questionnaire (temps 1) et 98 de ces sujets ont aussi participé à une deuxième entrevue téléphonique (temps 2). Les résultats démontrent que le soutien social (fréquence d'approbation des achats de fruits et de légumes par l'entourage, fréquence des discussions de ces achats avec l'entourage, etc.) est le prédicteur le plus important de la disponibilité à la maison et de l'achat de fruits et de légumes. Pour manger des fruits et légumes, il faut donc en parler!

Baranowski, T., Watson, K., Missaghian, M., Broadfoot, A., Cullen, K., Nicklas, T., Fisher, J., Baranowski, J., & O'Donnell, S. (2008). Social support is a primary influence on home fruit, 100% juice, and vegetable availability. *Journal of the American Dietetic Association*, 108, 1231-1235.

_AUTISME, QUI SUIS-JE?

Les troubles envahissants du développement (TED), dont le trouble autistique, sont considérés comme des problèmes importants de santé publique, d'autant plus qu'ils apparaissent tôt et perdurent toute la vie. La recherche tend à montrer que l'autisme n'apparaît pas de manière exclusive. À partir d'une cohorte de 56 946 enfants anglais (*Special Needs and Autism Project ou SNAP*), plus spécifiquement parmi 255 d'entre eux ayant un diagnostic clinique de trouble TED et 1515 considérés à risque de TED, 255 enfants ont été sélectionnés au hasard par la méthode d'échantillonnage stratifié. À ces 255 enfants, ont été administrés l'ADOS-G (*Autism Observation Schedule-Generic*) et l'ADI-R (*Autism Diagnostic Interview-Revised*), en plus d'une évaluation médicale, du langage et du quotient intellectuel (WISC-III, matrices de Raven). De plus, le CAPA (*Child and Adolescent Psychiatric Assessment-parent version*) a permis d'identifier les diagnostics DSM-IV chez 142 des 255 sujets. Les chercheurs ont ainsi trouvé que 70 % des sujets avaient au moins un autre trouble et 41 % présentaient deux troubles ou plus en comorbidité avec le TED. Les plus communs des diagnostics associés étaient le trouble d'anxiété sociale (29,2 %), le trouble de déficit d'attention avec hyperactivité (28,1 %) et le trouble oppositionnel avec provocation (28,1 %). Ainsi, selon ces résultats, les problèmes de santé mentale devraient faire partie de la routine des évaluations cliniques pour les personnes présentant un TED de manière à fournir des pistes d'intervention spécifiques et adaptées à chaque individu.

Simonoff, E., Pickles, A., Charman, T., Chandler, S., Loucas, T., & Baird, G. (2008). Psychiatric disorders in children with autism spectrum disorders: Prevalence, comorbidity, and associated factors in a population-derived sample. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47(8), 921-929.

_DÉPISTER LES FUMEURS... AYANT UN TDAH

Il est bien connu que l'usage du tabac est associé à des risques de maladies du cœur, accidents vasculaires cérébraux, cancer et maladies respiratoires. De plus, fumer la cigarette représente souvent une des premières étapes menant vers l'usage d'autres drogues. Cela est encore plus vrai pour les jeunes avec un trouble de déficit d'attention avec hyperactivité (TDAH). Au Canada, en 2005, on retrouve 19 % de fumeurs âgés entre 20 et 34 ans, alors que chez les 13 à 19 ans, ce pourcentage est de 10 %. L'incidence du TDAH varie de 2 à 12 % dans la population canadienne et persiste souvent à l'âge adulte. Une étude familiale longitudinale contrôlée et réalisée aux États-Unis a démontré que les sujets présentant un TDAH et qui sont fumeurs obtiennent des scores plus élevés de dépendance physique à la nicotine que les participants sans TDAH. Les sujets étaient âgés en moyenne de 19 ans. Les chercheurs ajoutent que les jeunes avec TDAH dont les parents et l'entourage fument et qui vivent avec un fumeur sont plus à risque de fumer la cigarette. Ceci s'expliquerait possiblement par le fait que la nicotine aurait des effets pharmacologiques similaires à ceux du Ritalin, par exemple, sur les neurotransmetteurs impliqués dans le TDAH. De plus, il est possible que des gènes communs créent une vulnérabilité à la fois au TDAH et à la dépendance à la nicotine. D'autres études devront se pencher davantage sur l'interaction entre tabac et TDAH.

Wilens, T., Vitulano, M., Upadhyaya, H., Adamson, J., Sawtelle, R., Utzinger, L., & Biederman, J. (2008). Cigarette smoking associated with attention deficit hyperactivity disorder. *The Journal of Pediatrics*, 153, 414-419.

_REFUSER DE FAIRE MARCHER SON CHIEN

Être propriétaire d'un chien est généralement reconnu comme favorisant la pratique de l'activité physique telle que la marche. Toutefois, une récente étude australienne a montré que 23 % des propriétaires ne marchent pas avec leur chien. Pourquoi cela? Tout d'abord, les propriétaires de chiens qui sont « non marcheurs » font généralement moins longtemps de la marche seuls et d'autres types d'activités physiques dans la semaine que les « propriétaires marcheurs ». De plus, les « non marcheurs » ne trouvent pas que leur chien les motive à marcher et ils ne considèrent pas que leur chien leur apporte une forme de soutien social. Il faut continuer, selon ces chercheurs, à promouvoir auprès des maîtres l'importance pour un chien de marcher afin qu'il soit en santé et heureux. De plus, certaines caractéristiques propres aux chiens pourraient être responsables du faible attachement des maîtres envers leur chien, à l'origine du refus de certains propriétaires d'aller prendre une marche avec lui. Pitou est paresseux? Fido freine à chaque borne-fontaine? Ainsi, pour promouvoir la santé et la marche, mieux connaître les problèmes que rencontrent les maîtres avec leur chien pourrait devenir une question de santé publique. Devenir *Maître chez soi* ou encore comme *L'homme qui parle aux chiens* ne serait donc pas seulement une question de mode... mais bien de santé!

Cutt, H., Giles-Corti, B., & Knuiiman, M. (2008). Encouraging physical activity through dog walking: Why don't some owners walk with their dog? *Preventive Medicine*, 46, 120-126.

Attachement et relations d'objet

aspects neurodéveloppementaux et implications pour la psychothérapie

avec Gilles Delisle, Ph.D.

Une synthèse des connaissances issues des neurosciences affectives et des théories classiques de la relation thérapeutique, aujourd'hui validées par ces connaissances

- *La relation d'attachement et le développement des structures d'autorégulation*
- *La neurodynamique des circuits neuronaux de l'attachement*
- *L'attachement et le cerveau droit, « corrélat biologique de l'inconscient » ?*
- *La psychothérapie en tant que « conversation entre systèmes limbiques »*
- *La neurodynamique de la mentalisation selon les modèles de Fonagy et de Schore*
- *Le dialogue herméneutique face aux carences de la mentalisation*
- *Le traitement des identifications projectives liées à l'attachement*

Québec, les 7 et 8 mai 2009

Montréal, les 30 avril et 1er mai 2009

Gatineau, 4 et 5 juin 2009

300 \$ (plus taxes)

Les places sont limitées

Renseignements et inscriptions

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

CIG

au service de la formation clinique depuis 1981



NOUVEAU
Passations sur clé USB/Internet
4 groupes ethniques
3 langues

DOMINIQUE INTERACTIF C'EST QUOI?

- ⊙ Une évaluation directe de la psychopathologie de l'enfant de 6 à 11 ans.
- ⊙ Un test entièrement développé et validé au Québec.
- ⊙ Un profil basé sur les critères du DSM-IV.
- ⊙ Une administration entièrement interactive.



Pour télécharger une démonstration,
visitez notre site Internet au :
www.dominicinteractive.com

Un test indispensable
lorsqu'on évalue des enfants de 6 à 11 ans.



D.I.M.A.T. inc., Boîte postale 212, succursale Victoria, Westmount, Québec H3Z 2V5
Téléphone (*sans frais*) : **1 866 540-9255** • Télécopieur : 514 482-0806