

# Psychologie

volume 27  
numéro 01  
janvier 10

Le magazine de l'Ordre des psychologues du Québec

QUÉBEC

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

## > Regard professionnel et nouvelles interventions sur le suicide

### ENTREVUE

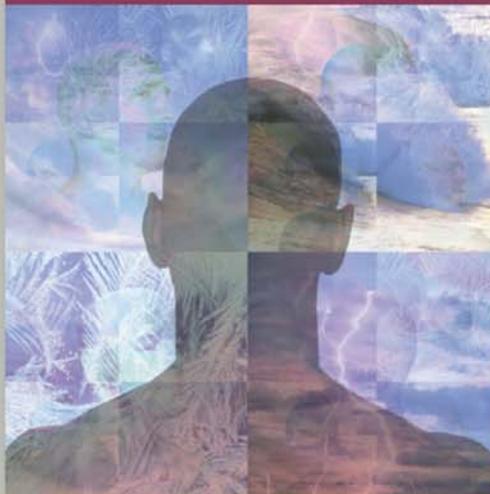
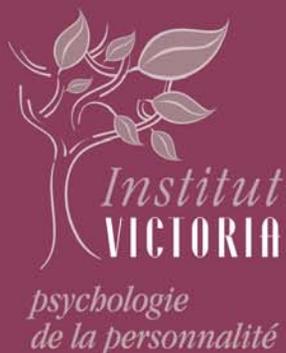
**D' CHARLES MORIN, PSYCHOLOGUE**  
SURMONTER LES TROUBLES DU SOMMEIL

### DÉONTOLOGIE

LA DIVULGATION DANS UN CONTEXTE  
DE DANGÉROSITÉ



ORDRE DES  
PSYCHOLOGUES  
DU QUÉBEC



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

**Documentation disponible  
en ligne ou sur demande**

**Institut Victoria**

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

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

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

## ► NOUVELLES FORMATIONS

### ■ Troubles alimentaires et troubles de la personnalité : traitement intégré

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

**Montréal** 150 \$ (taxes incluses)  
le 22 avril 2010

**Québec** 150 \$ (taxes incluses)  
le 29 avril 2010

### ■ 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 19 et 26 mars 2010

### ■ 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 17 et 24 mars 2010

## ► PERFECTIONNEMENT DE 3 JOURS

### LES TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ : INTRODUCTION À L'INTERVENTION

**Montréal** 400 \$ (taxes incluses)

Groupe C les 5, 12 et 26 février 2010

Groupe D les 16, 23 avril et 7 mai 2010

#### Régions

Des professionnels peuvent former un groupe d'au moins 12 participants et une formatrice se déplacera en région.

## ► CONTRE-TRANSFERT ET TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ

### ATELIER D'UNE JOURNÉE

**Montréal** 150 \$ (taxes incluses)

le 11 février 2010

le 4 juin 2010

**Québec** 150 \$ (taxes incluses)

le 27 mai 2010

# Formation clinique 30e promotion Septembre 2010

**CIG**  
CENTRE  
D'INTÉGRATION  
GESTALTISTE

-  Programmes de formation clinique
-  Ateliers de perfectionnement
-  Groupe NeuROgestalt
-  Les Éditions du CIG

-  Une formation clinique de pointe, strictement réservée aux professionnels de la santé mentale
-  Une théorisation rigoureuse, soutenue par les connaissances actuelles et intégrant :
  - Les connaissances des neurosciences actuelles, en particulier les travaux d'Allan Schore sur la régulation affective
  - Les théories contemporaines du développement de la mentalisation
  - La neurodynamique gestaltiste de l'expérience immédiate
-  Une formation expérientielle, permettant au participant d'éprouver personnellement les outils d'intervention et d'amorcer une réflexion approfondie sur ses propres enjeux développementaux
-  Des situations structurées de practicum supervisés en direct, permettant la mise en application sous contrôle
-  4 regroupements annuels de 4 jours pendant 3 ans

Pour recevoir la documentation complète et le dossier de candidature :  
514-481-4134



Sous la direction de Gilles Delisle, Ph.D.  
et de Line Girard, M.Ps.

## > dossier p.20

### Regard professionnel et nouvelles interventions sur le suicide

- 20\_ **Évaluer la dangerosité du passage à l'acte suicidaire des outils pour mieux agir**  
*Par Brigitte Lavoie, psychologue et Marie Lecavalier, adjointe à la direction des services à la clientèle du Centre Dollard-Cormier*
- 24\_ **Nouveau regard sur le phénomène du suicide**  
*Entrevue avec D<sup>re</sup> Monique Séguin, psychologue*
- 27\_ **Intervenir auprès des hommes suicidaires**  
*Par D<sup>re</sup> Janie Houle, professeure au Département de psychologie de l'UQAM et Marc-André Dufour, psychologue*
- 31\_ **Des guides novateurs pour soutenir l'amélioration des pratiques en CSSS**  
*Par Julie Lane, Ph. D. en éducation et chercheure au CSSS-IUGS, Julie Gauthier, agente de recherche au ministère de la Santé et des Services sociaux et Brigitte Lavoie, psychologue et conseillère clinique à Suicide Action Montréal*
- 34\_ **Programme de prévention du suicide du SPVM  
Les policiers en crise outillés pour choisir la vie**  
*Entrevue avec D<sup>r</sup> Normand Martin, psychologue*

## Appel de contributions pour le congrès 2010

Le comité organisateur du congrès 2010 est intéressé à recevoir les propositions d'ateliers de formation pour le congrès qui se tiendra les 29 et 30 octobre 2010 à Québec. Les ateliers sont d'une durée de trois heures ou de cinq heures. Ce congrès sera le premier à réunir les psychologues après l'adoption de la loi 21 et le comité organisateur compte inscrire à la programmation des ateliers de formation sur les principales thématiques comme l'évaluation des troubles mentaux, l'évaluation des troubles neuropsychologiques et la psychothérapie. Le formulaire pour présenter un projet d'atelier doit être acheminé au comité avant le 15 janvier et il est disponible sur le site de l'Ordre à l'adresse : [www.ordrepsy.qc.ca/membres](http://www.ordrepsy.qc.ca/membres)



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

Cert no. XXX-XXX-000  
[www.fsc.org](http://www.fsc.org)  
© 1996 Forest Stewardship Council

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



# \_ sommaire

- 07\_ **Éditorial**  
Un nouvel envol pour notre profession
- 09\_ **Secrétariat général**  
Compte-rendu de l'assemblée générale annuelle 2009
- 11\_ **Affaires juridiques**  
La portée légale du projet de loi 21
- 14\_ **Déontologie**  
La divulgation dans un contexte de dangerosité
- 16\_ **Entrevue : Charles Morin**  
Prévenir et surmonter les troubles de sommeil
- 19\_ **Présenter une candidature pour les prix de l'Ordre**
- 36\_ **Opinions**
- 38\_ **Tableau des membres**
- 39\_ **Activités régionales et des regroupements**
- 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. La reproduction des textes est autorisée avec mention de la source. Les textes publiés dans cette revue sont sous la seule responsabilité de leurs auteurs et n'engagent en rien l'Ordre des psychologues du Québec. L'acceptation et la publication d'annonces publicitaires n'impliquent pas l'approbation des services annoncés. Pour faciliter la lecture, les textes sont rédigés au masculin et incluent le féminin.

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

Envoi en poste publication,  
numéro de convention 40065731

**Rédactrice en chef** :: Diane Côté

**Comité de rédaction** :: Rose-Marie Charest,  
Nicolas Chevrier, Marie-Josée Lemieux

**Publicité** :: David St-Cyr  
*Tél.* :: 514 738-1881 ou 1 800 363-2644  
*Télécopie* :: 514 738-8838  
*Courriel* :: [psyquebec@ordrepsy.qc.ca](mailto: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](http://www.ordrepsy.qc.ca)

**Psychologie**  
QUÉBEC

**Dates de tombée des annonces publicitaires** :  
Mars 2010 : 22 janvier 2010  
Mai 2010 : 26 mars 2010

# Psychologue en pratique privée?

L'assurance multirisque est une  
réponse parfaite à vos besoins.

## 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

## Des économies avantageuses

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

Pour en savoir davantage, n'hésitez pas à  
contacter un de nos agents.

**1 800 644-0607**

[www.lacapitale.com](http://www.lacapitale.com)



**La Capitale**  
assurances générales

CABINET EN ASSURANCE DE DOMMAGES

\* Réduction accordée aux membres de l'OPO



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 d'avoir PLUS de privilèges



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

# Éditorial

## Un nouvel envol pour notre profession

Chacun sait que l'adoption du projet de loi 21 constitue une étape marquante dans l'évolution de notre profession. Jusque-là, bien que plusieurs d'entre vous aient contribué aux travaux, les psychologues dans leur ensemble n'avaient pas été sollicités. Lors de l'assemblée générale, nous vous avons demandé de collaborer concrètement à l'avenir de notre profession et vous avez répondu « *Présent* ». Présent par la participation à l'assemblée, qui a réuni 247 psychologues. Présent par l'adoption d'une proposition de hausse de cotisation fort importante (100\$ - voir les explications sur le site de l'Ordre : [www.ordrepsy.qc.ca/membres](http://www.ordrepsy.qc.ca/membres)). Mais surtout, présent par l'importance et la qualité des échanges qui ont permis de voir les points de vue évoluer et se rejoindre de plus en plus au cours de l'assemblée. Comme présidente, c'est de cela dont j'ai surtout été fière et heureuse : constater avec quelle maturité, malgré les difficultés vécues sur le terrain, les psychologues ont adopté une vision plus large pour donner à leur profession les moyens d'actualiser les gains juridiques et ainsi prendre un nouvel envol.

Un grand nombre de travaux sont à exécuter afin de donner forme de manière efficace et harmonieuse à la réglementation et à ses retombées dans les milieux de pratique. C'est pourquoi nous sommes à produire, en collaboration avec les autres ordres concernés, un guide explicatif qui permettra aux professionnels et aux gestionnaires de tirer pleinement profit de la reconnaissance des compétences de chacun, tout en réduisant au minimum les frictions interprofessionnelles. Le point d'appui est le rapport Trudeau, mais plusieurs ponts doivent être tracés entre les définitions, les principes et la réalité pratique. Une stratégie de communication doit aussi être développée pour passer des textes à la réalité, pour que les psychologues puissent compter sur l'Ordre afin de susciter l'adhésion des gestionnaires et des professionnels à l'implantation du projet de loi.

La crédibilité des psychologues et la notoriété acquise par l'Ordre font en sorte que nous sommes de plus en plus sollicités pour donner des avis au gouvernement, par la production de mémoires et même par la participation à des commissions parlementaires sur des sujets touchant soit le bien être psychologique de la population, soit la pratique professionnelle. Nous en sommes ravis. Toutefois, il nous faut donner suite à ces invitations avec diligence et avec un degré de professionnalisme qui fasse honneur aux psychologues.

Par sa contribution, chaque psychologue permet à l'Ordre de mieux réaliser chacun de ses mandats et ajoute ainsi à la valeur de notre profession. Chaque psychologue doit, en retour, pouvoir compter sur une plus grande reconnaissance de son rôle et de son expertise. Connaissant l'engagement des administrateurs, la compétence et l'implication du personnel de l'Ordre, je peux vous assurer que vous ne regretterez pas la confiance que vous nous avez témoignée.

L'expérience vécue en assemblée m'a fait voir l'importance de rencontrer les psychologues en plus grand nombre et dans toutes les régions du Québec. Cela permettra d'élargir notre compréhension commune des enjeux et de provoquer un engagement de plus en plus profond à ce beau projet : le développement de la profession de psychologue. C'est pourquoi j'entreprendrai dès janvier une tournée du Québec. J'espère vous y rencontrer nombreux et, d'ici là, je vous souhaite un excellent début d'année.

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

# PROGRAMME DE FORMATION EN PSYCHOTHÉRAPIE DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT

## DIVISION ANGLAISE DE LA SOCIÉTÉ CANADIENNE DE PSYCHANALYSE

A compter de septembre 2010, la division Anglaise de La Société Canadienne de Psychanalyse offre un programme de formation de trois ans en psychothérapie psychanalytique de l'enfant et de l'adolescent. Le séminaire aura lieu à La Société Canadienne de Psychanalyse, au 7000, rue Côte-des-Neiges.

Dans le cadre de ce programme, un séminaire traitant de questions cliniques et théoriques sera donné une fois par semaine le mardi de 16 h 30 à 18 h 30. De plus, des séances individuelles de psychothérapies d'enfants et d'adolescents seront supervisées. Dix personnes au plus pourront participer à ce séminaire. Les séminaires ont lieu en anglais.

Pour s'inscrire ou pour recevoir de plus amples renseignements, s'adresser avant le 20 avril à :

**Michel Grignon ou Barbara Batey**

3210, The Boulevard  
Westmount (Québec) H3Y 3S1  
514 933-5834

[psygrignon@sympatico.ca](mailto:psygrignon@sympatico.ca)  
[barbarabatey@hotmail.com](mailto:barbarabatey@hotmail.com)

## CHILD AND ADOLESCENT PSYCHOTHERAPY SEMINAR

### EXTENSION PROGRAM OF THE CANADIAN PSYCHOANALYTIC SOCIETY (QE)

Starting in September 2010, a 3-year teaching program of psychoanalytic psychotherapy for children and adolescents is being offered by the Canadian Psychoanalytic Society (QE), 7000 Côte-des-Neiges Road.

The format is a weekly seminar focusing on clinical and theoretical issues, held on Tuesdays from 4:30 to 6:30 p.m. Individual supervision of psychotherapies of children and adolescents is also provided. The seminar will include a maximum of ten participants. The seminars will be presented in English.

Applications or requests for further information should be forwarded, before April 20, to:

**Michel Grignon or Barbara Batey**

3210 The Boulevard  
Westmount, QC, H3Y 3S1  
514-933-5834

[psygrignon@sympatico.ca](mailto:psygrignon@sympatico.ca)  
[barbarabatey@hotmail.com](mailto:barbarabatey@hotmail.com)



# Secrétariat général

## Compte-rendu de l'assemblée générale annuelle 2009



Stéphane Beaulieu / Psychologue

Secrétaire général

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

L'assemblée générale des psychologues s'est tenue le 26 novembre 2009 en présence de plus de 240 personnes. Les psychologues s'étaient déplacés en grand nombre pour entendre parler et discuter des enjeux importants de la profession, notamment le projet de loi 21 et la hausse de la cotisation annuelle. M<sup>me</sup> Rose-Marie Charest, présidente et M. Martin Drapeau, vice-président, ont répondu aux questions des psychologues au sujet de l'encadrement de la psychothérapie et des activités réservées ainsi que sur les impacts financiers de ces projets pour l'Ordre. Au terme des échanges, les membres ont donné un appui fortement majoritaire à la hausse de la cotisation. Cet appui permettra à l'Ordre de se donner les moyens dont il a besoin pour relever les défis auxquels la profession fait face suite à l'adoption du projet de loi 21.

### \_RECOMMANDATIONS DE L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE 2009 AU CONSEIL D'ADMINISTRATION DE L'ORDRE

L'assemblée générale a le pouvoir de formuler des recommandations à l'intention du conseil d'administration de l'Ordre. Le conseil d'administration évalue la pertinence et la faisabilité des suites à donner pour chacune des recommandations portées à son attention. Les recommandations suivantes ont été adoptées par l'AGA 2009 :

#### Recommandation 1

SUR PROPOSITION DE M. JEAN-CLAUDE GAUTHIER, APPUYÉE PAR M. JACQUES NORMAND, IL EST RÉSOLU À L'UNANIMITÉ :

Que l'Ordre se penche avec rigueur et à fond sur les répercussions possibles de l'implantation de systèmes informatisés de collectes de données pour les centres de réadaptation en dépendance (SIC-SRD) sur le respect de la confidentialité des utilisateurs :

- :: consentement implicite vs consentement libre et éclairé
- :: nouvelles technologies
- :: Web 2.0
- :: dossiers électroniques

- :: aspects éthiques
- :: risque des banques de données de masse
- :: réseautage entre divers ministères et services (SAAQ, RAMQ)

#### Recommandation 2

SUR PROPOSITION DE M. JACQUES NORMAND, APPUYÉE PAR M. DENIS HOUDE, IL EST RÉSOLU À L'UNANIMITÉ :

Que l'Ordre des psychologues fasse des représentations auprès du gouvernement du Québec afin d'obtenir des garanties quant au respect de la confidentialité et du secret professionnel en regard des amendements apportés à la *Loi sur les services de santé et services sociaux* par le projet de loi 67 créant l'Institut national d'excellence en santé et services sociaux (INESSS).

#### Recommandation 3

SUR PROPOSITION DE M. PAUL LOUBIER, APPUYÉE PAR M<sup>me</sup> MARIE-PAULE VACHON, IL EST RÉSOLU À L'UNANIMITÉ :

Que le conseil d'administration de l'Ordre examine, seul ou en lien avec l'Office des professions, évalue la faisabilité de la participation et de l'exercice du vote lors de l'AGA, via l'utilisation d'un système de Webcam, de manière à permettre au plus grand nombre de psychologues de se prévaloir de leur droit de parole et de vote sur les propositions présentées.

#### Recommandation 4

SUR PROPOSITION DE M<sup>me</sup> ODILE HUSAIN, APPUYÉE PAR JEAN-CLAUDE GAUTHIER, IL EST RÉSOLU À L'UNANIMITÉ :

Que l'Ordre sensibilise les gestionnaires du réseau public pour qu'ils cessent de poser des conditions aux actes professionnels des psychologues.

### \_L'ORDRE RECRUTE UN PSYCHOLOGUE POUR UN POSTE DE SYNDIC ADJOINT

Vous cumulez au moins dix ans d'expérience comme psychologue et vous vous intéressez aux questions déontologiques et de protection du public? Consultez l'annonce pour le poste à temps complet (minimum 4 jours/semaine) de syndic adjoint publiée sur le site de l'Ordre : [www.ordrepsy.qc.ca/membres](http://www.ordrepsy.qc.ca/membres).

## \_RÉSOLUTIONS ADOPTÉES PAR L'ASSEMBLÉE GÉNÉRALE 2009

**Nomination des vérificateurs-comptables**  
SUR PROPOSITION DE M. CLÉMENT  
PATENAUDE, APPUYÉE PAR M. NICOLAS  
CHEVRIER, IL EST RÉSOLU À L'UNANIMITÉ :

De nommer la firme Lafond, Lapratte à titre  
de vérificateurs-comptables de l'Ordre des  
psychologues du Québec pour l'exercice  
financier 2009-2010.

**Augmentation de la cotisation annuelle**  
SUR PROPOSITION DE M. ANDRÉ  
BERGERON, APPUYÉE PAR M. PIERRE  
BÉLANGER, IL EST RÉSOLU À  
LA MAJORITÉ :

De hausser la cotisation annuelle de  
100\$, à compter de l'exercice financier  
2010-2011.



Deux cents quarante-sept psychologues ont participé à l'assemblée générale des membres de l'Ordre le 26 novembre dernier. Sur la photo, nous reconnaissons, de gauche à droite, la présidente de l'Ordre, M<sup>me</sup> Rose-Marie Charest, la présidente de l'assemblée, M<sup>me</sup> Simone Landry, le vice-président de l'Ordre, le D<sup>r</sup> Martin Drapeau, psychologue, la directrice des services administratifs, M<sup>me</sup> Suzanne Malette, et le secrétaire général de l'Ordre, le psychologue Stéphane Beaulieu.

## 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**

Direction : Gaëtan Roussy, psychologue  
grspps@sympatico.ca

# Affaires juridiques

## La portée légale du projet de loi 21



### M<sup>e</sup> Édith Lorquet

Conseillère juridique et secrétaire  
du conseil de discipline

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

**Il m'apparaît d'abord important de rappeler que le projet de loi 21 n'a pas pour objet de vous autoriser à exercer des activités professionnelles que vous faites déjà depuis fort longtemps, et ce, même si certains intervenants, décideurs, gestionnaires ou professionnels viennent d'en saisir l'ampleur et la complexité. Lorsqu'un professionnel n'a que le titre en réserve, il est parfaitement normal que les autres ne sachent pas ce qu'il fait exactement, ce dont il est capable et ce qui ne devrait être fait que par lui. Un des avantages de la tenue de cet exercice législatif aura été de mettre en lumière vos compétences et d'établir enfin clairement l'étendue de votre champ d'expertise, et ce, dans le meilleur intérêt du public. Cela dit, le législateur vous réserve l'exercice de certaines activités que vous pratiquez déjà et qui nécessitent votre expertise, notamment parce qu'elles sont jugées à risque de préjudice.**

Par ailleurs, deux activités s'ajouteront à votre champ d'exercice au moment de l'entrée en vigueur de la loi. Elles vous seront dorénavant réservées et elles devront être autorisées par la loi parce qu'elles sont actuellement réservées en exclusivité à des professionnels de la santé physique. Ces deux activités sont : « décider de l'utilisation des mesures de contention » et « décider de l'utilisation des mesures d'isolement ».

Que les dispositions du projet de loi soient en vigueur ou non, les psychologues continuent donc de faire ce qu'ils font déjà, soit l'évaluation des troubles mentaux incluant les troubles des apprentissages (dyslexie, dysorthographe, dyscalculie), l'évaluation du retard mental, celle des troubles neuropsychologiques ainsi que la psychothérapie.

Cette mise au point est d'autant plus importante que nous savons que certains gestionnaires, par exemple des commissions scolaires ou des organismes gouvernementaux, croient que tant que la loi ne sera pas en vigueur, ils ne pourront pas aller de l'avant avec des projets mettant à contribution les psychologues, ce qui permettrait pourtant d'augmenter dès maintenant l'accessibilité aux services de leur clientèle. Accroître l'accès aux services fait partie de notre mission de protection du public et lorsque ces gestionnaires nous adressent directement des questions ou que des psychologues nous en informent, nous rectifions le tir. Il importe que

ce message soit également porté par vous chaque fois que l'occasion se présente.

### \_\_ÉVALUATION DES ENFANTS PRÉSENTANT DES TROUBLES ENVAHISSANTS DU DÉVELOPPEMENT

Rappelons qu'en juin dernier, au moment où se tenait la commission parlementaire relativement au projet de loi 21, M<sup>e</sup> Kathleen Weil, ministre de la Justice, et le D<sup>r</sup> Yves Bolduc, ministre de la Santé, ont annoncé qu'une directive administrative du ministère de la Santé serait modifiée afin que l'évaluation du psychologue conduant à la présence d'un trouble du spectre de l'autisme donne accès au traitement, ce qui, jusqu'à maintenant, exigeait un diagnostic médical.

On se rappellera que cette déclaration fut faite à un moment où était remise en question l'interprétation juridique qui serait donnée à l'activité « évaluer les troubles mentaux ». Est-ce que cette activité, telle que libellée, pourrait donner accès au même service que si le législateur avait retenu l'expression « diagnostic psychologique »? L'Ordre des psychologues en était convaincu et ce sujet a fait l'objet de nombreuses chroniques : évaluer les troubles mentaux ou poser un diagnostic psychologique, c'est du pareil au même. Mais le gouvernement allait-il saisir l'occasion d'en reconnaître la véritable portée en modifiant ses règles administratives d'accessibilité aux services?

Chose dite, chose faite. C'est en effet le 10 novembre dernier que nous apprenions de M. Jacques Cotton, sous-ministre de la Santé et des Services sociaux, en réponse à la lettre de M<sup>me</sup> Charest, que les consignes adressées au réseau de la santé et des services sociaux concernant les enfants atteints d'un trouble du spectre de l'autisme avaient été modifiées afin que l'évaluation faite par un psychologue habilité donne accès au traitement tout comme le diagnostic médical.

Ces précisions ont déjà été acheminées aux agences de la santé et des services sociaux qui ont la responsabilité de transmettre ces informations aux établissements concernés dans leurs régions. Parallèlement à ces initiatives, l'Ordre s'est assuré que l'information soit connue des chefs de service des départements de psychologie, des établissements de la santé ainsi que des membres. Ces lettres sont d'ailleurs toujours disponibles dans la section des membres de notre site.

Depuis la diffusion de cette information, nous avons reçu plusieurs questions de nos membres et des agences de la santé quant au sens à donner à l'expression « psychologue habilité » utilisée par M. Cotton dans sa lettre. Précisons d'abord que ni l'Ordre des psychologues ni le MSSS ne délivreront d'habilitation aux psychologues pour l'évaluation des enfants atteints d'un

trouble envahissant du développement (TED). En effet, contrairement à l'évaluation des troubles neuropsychologiques qui nécessitera une attestation de formation délivrée par l'Ordre des psychologues, le projet de loi 21 ne prévoit aucune exigence législative particulière pour qu'un psychologue puisse procéder à l'évaluation des troubles mentaux. On comprendra donc ici que le terme « habilité » fait référence au fait qu'un psychologue, comme tout autre professionnel d'ailleurs, doit, selon son code de déontologie, posséder les connaissances et compétences requises pour exercer une activité professionnelle sans que la loi ne requière pour autant une habilitation spécifique pour ce faire.

À cet égard, rappelons que le code de déontologie des psychologues prévoit que le psychologue s'acquitte de ses obligations professionnelles avec compétence et qu'il doit développer, parfaire et tenir à jour ses connaissances et habiletés dans le domaine où il exerce ses activités professionnelles.

Il prévoit également que le psychologue n'établit un diagnostic psychologique à l'égard de son client et ne donne des avis et conseils à ce dernier que s'il possède l'information professionnelle et scientifique suffisante pour le faire; qu'il doit exercer sa profession selon des principes scientifiques et professionnels généralement

reconnus, notamment en ce qui concerne l'utilisation, l'administration, la correction et l'interprétation des tests psychologiques; qu'il a également l'obligation de consulter un autre psychologue ou un membre d'un autre ordre professionnel ou une autre personne compétente ou de diriger son client vers l'une de ces personnes lorsque l'intérêt du client l'exige.

Par ailleurs, l'Ordre des psychologues et le Collège des médecins viendront soutenir la pratique de leurs membres grâce à des lignes directrices qui seront élaborées et émises conjointement. Le groupe d'experts nommés par ces ordres a déjà entrepris ses travaux et on s'attend à ce que ceux-ci se terminent au printemps 2010.

Enfin, en terminant sur ce point, soulignons que M. Cotton a ajouté ce qui suit en conclusion dans sa lettre : « Comme vous pouvez le constater, plusieurs de vos préoccupations nous sont communes. Nous espérons que ces informations sauront vous démontrer le sérieux que le MSSS accorde à l'application de l'activité « évaluer les troubles mentaux ». »

Il est à souhaiter que la vision du MSSS sera vite partagée par d'autres ministères qui auraient tout autant intérêt à mettre à contribution la compétence des psychologues afin de favoriser

## COURS DE DÉONTOLOGIE ET PROFESSIONNALISME



### POUR QUI ?

Les psychologues et les candidats à l'admission

### POURQUOI ?

Réfléchir sur plusieurs situations impliquant une prise de décision éthique susceptibles de se présenter dans le cadre d'une pratique professionnelle telles que :

**La confidentialité - Les conflits d'intérêts -**

**La dangerosité - Les tribunaux**

### QUAND ?

Le cours requiert la présence des participants à **deux journées** complètes de formation **de 9 h à 16 h 30** et un travail écrit est exigé.

### À MONTRÉAL

- **22 janvier et 19 février 2010**
- **19 mars et 16 avril 2010**
- **7 mai et 4 juin 2010**

**COMBIEN ?** 282,19 \$ (taxes incluses)

**OÙ ?** Dans les bureaux de l'Ordre des psychologues du Québec situés au : **1100, avenue Beaumont, bureau 510, à Ville Mont-Royal**

**LA FORMATRICE :** Élyse Michon, psychologue

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

l'accessibilité compétente, soit d'assurer au client le service approprié, par la personne compétente, au moment opportun, à l'endroit souhaité et pour la durée requise.

## \_LE MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION ET LES TROUBLES DES APPRENTISSAGES ET DU LANGAGE

Dans ma chronique de novembre dernier, je vous informais que l'Ordre ferait tout ce qu'il faut afin que l'information ne nécessitant aucune interprétation juridique soit connue des décideurs. C'est dans cette optique que M<sup>me</sup> Charest s'est adressée à M<sup>me</sup> Christiane Barbe, sous-ministre au ministère de l'Éducation du Loisir et du Sport et de qui relève la Direction de l'adaptation scolaire (Aide financière aux études, subvention pour les portables et les logiciels adaptés à la rééducation des enfants dyslexiques), afin de connaître les intentions du ministère quant à la reconnaissance du diagnostic psychologique pour donner accès aux services. Pour l'instant, il semble que le ministère soit en train de revoir globalement toute la question de la validation de la clientèle pour les fins de subventions aux commissions scolaires. C'est ce qui expliquerait qu'au moment d'écrire ces lignes, nous n'ayons pas encore obtenu de réponses à nos questions. Soyez assurés que nous vous tiendrons informés de tout nouveau développement dans ce dossier.

## \_NOMINATIONS DE L'ORDRE NATIONAL DU QUÉBEC : DEUX PSYCHOLOGUES HONORÉS

Chaque année, la plus prestigieuse distinction décernée par l'État québécois, la décoration de l'Ordre national du Québec, reçoit des personnalités d'ici et d'ailleurs à l'un des trois grades suivants : chevalier ou chevalière, officier ou officière et grand officier ou grande officière. Ces grades sont remis à des personnes qui, par leur parcours exceptionnel et leur souci de faire évoluer les choses, incarnent les valeurs de solidarité et d'avancée sociale du Québec. L'Ordre des psychologues du Québec tient à souligner que deux de ses membres ont reçu cette distinction : la **D<sup>re</sup> Brenda Milner**, psychologue, en tant que grande officière, pour ses recherches sur le cerveau et ses communications dans des manifestations d'envergure, ainsi que le **D<sup>r</sup> Franco Lepore**, psychologue, à titre de chevalier, pour s'être illustré en tant que professeur-chercheur dans le domaine de la neuropsychologie. Nous vous invitons à visiter le site Internet suivant pour voir et entendre le déroulement de la cérémonie : <http://www.ordre-national.gouv.qc.ca>

## Colloque SQPTO 2010

30<sup>e</sup> ANNIVERSAIRE -  
MONTRÉAL, 29-30 AVRIL 2010

**La psychologie du travail et des organisations :  
Des voies de solutions distinctives aux défis actuels**

*Claude Forget / Psychologue*  
*Président du comité organisateur du congrès 2010*

Trente ans déjà que la SQPTO existe formellement et fournit une place publique d'échanges et de collaborations au bénéfice de ses membres et des organisations québécoises. Plus de 50 ans que praticiens, gestionnaires et chercheurs innovent en psychologie du travail et réalisent de grandes choses pour tous les types d'organisations de notre société.

Les mutations profondes qui se vivent et se dessinent actuellement en entreprise en 2010, suite aux diverses réalités économiques et démographiques bien connues, sollicitent plus que jamais l'apport, les talents et la créativité de tous les intervenants œuvrant en psychologie du travail et des organisations. De quelles façons la psychologie du

travail peut-elle contribuer aujourd'hui à l'efficacité des organisations et à la qualité des climats de travail? Comment aider les dirigeants dans leurs recherches de solutions pratiques leur permettant d'atteindre les objectifs organisationnels tout en créant maintenant ou en accroissant le niveau de mobilisation du personnel? Pas simple comme défis dans le contexte actuel.

Le colloque 2010 de la SQPTO propose à ses membres et à toute personne intéressée à la psychologie en milieu du travail :

- Une réflexion de fond sur l'apport que la psychologie du travail devra fournir à nos entreprises au cours des années 2010 et futures.
- La mise en commun de réalisations et d'initiatives innovantes en regard des enjeux et défis actuels, ainsi que de nouveaux modèles ou approches éprouvés, visant à mieux faire face à des problèmes organisationnels particuliers.

En parallèle au contenu formel du colloque, diverses reconnaissances et mentions honorifiques seront accordées. Le cocktail d'ouverture permettra, à l'occasion de ce 30<sup>e</sup> anniversaire, des retrouvailles chaleureuses entre personnes de diverses générations et provenances professionnelles ainsi que géographiques.

# Déontologie

## La divulgation dans un contexte de dangerosité



Suzanne Castonguay

Psychologue

Syndique adjointe

scastonguay@ordrepsy.qc.ca

L'article 9 de la Charte des droits et libertés de la personne, L.R.Q., c. C-12, stipule que tout individu a droit au respect du secret professionnel et que toute personne qui assume l'obligation au secret ne peut révéler les données qui lui ont été confiées à moins d'y avoir été autorisée par la personne qui a livré les renseignements ou par une disposition expresse de la loi.

Cette obligation au secret est au cœur de la pratique du psychologue qui a la responsabilité de voir à la protection la plus complète des renseignements qui lui sont dévoilés par les clients, et ce, en fonction du mandat qu'il réalise. De plus, cette exigence entourant la préservation des renseignements à laquelle adhère le psychologue est très souvent, au départ, un des critères sur lequel le client a basé sa décision de consulter.

### \_PRÉVENIR POUR PROTÉGER

Mais qu'en est-il de cette obligation au secret professionnel en 2009 lorsque le psychologue est confronté à une situation de dangerosité? Depuis quelques années, le Code des professions, L.R.Q., c. C-26, a consacré la jurisprudence des tribunaux en édictant l'article 60.4. Il reprend dans ses deux premiers alinéas, dans des termes presque identiques, l'article 9 dont il a été question précédemment et affirme ainsi l'obligation pour les professionnels du respect du secret professionnel. Cette obligation est aussi reprise dans l'article 15 de notre code. Par contre, le troisième alinéa de l'article 60.4 du Code des professions introduit une exception en énonçant que :

*Le professionnel peut en outre 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 professionnel 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 professionnel ne peut communiquer que les renseignements nécessaires aux fins poursuivies par la communication.*

Plus récemment, l'article 18 du code de déontologie de l'Ordre reprend le contenu de cet alinéa du Code des professions dans

la section II. En fait, les deux codes présentent maintenant, de façon explicite, les conditions et des modalités précises afin de bien encadrer l'acte de divulgation de renseignements de nature confidentielle dans des circonstances où le psychologue ne possède pas l'autorisation de son client, mais se voit confronté à une situation de dangerosité comportant des caractéristiques précises.

En d'autres termes, le psychologue qui estime avoir un motif raisonnable de penser qu'il y a un danger imminent de mort ou de blessures graves, contre une ou plusieurs personnes identifiables, peut communiquer des renseignements de nature confidentielle dans le but de prévenir qu'un acte de violence comme un suicide ou un homicide soit perpétré.

Par ailleurs, le psychologue doit exercer judicieusement son jugement professionnel afin de bien s'assurer que le motif est raisonnable. Dans cette optique, après qu'une évaluation clinique ait été faite, le professionnel doit exercer son jugement professionnel tout en ne perdant pas de vue le « gros bon sens » et en se servant de son sens du discernement. En effet, avoir un motif raisonnable ne signifie pas qu'il doit posséder une entière certitude ni, à l'inverse, qu'il puisse se contenter d'une inquiétude ou d'une seule impression subjective selon laquelle un client pourrait attenter à sa vie ou à celle de quelqu'un. En cas de doute, comme il s'agit d'un exercice des plus délicats, le psychologue aurait avantage à consulter ses collègues ou le bureau du syndic en prenant soin toutefois, à cette étape, de protéger l'identité de son client.

Une fois qu'il a vérifié que les conditions permettent la transmission des renseignements personnels, le psychologue devrait alors s'assurer du respect de certaines modalités lors de la divulgation. Ainsi, il devrait veiller à ne divulguer à tout tiers que les informations nécessaires pour prévenir l'acte de violence. De plus, le psychologue ne devrait révéler les données protégées par le secret professionnel qu'aux personnes susceptibles de venir en aide à la victime ou au client lui-même (conjoint, ami, policier, etc.).

Outre les articles cités plus haut, il faut noter la venue en décembre 2007 de la 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, communément nommée la loi « Anastasia ». Elle permet au psychologue la divulgation de renseignements obtenus sous le sceau de la confidentialité s'il « a un motif raisonnable de croire qu'une personne a un comportement susceptible de compromettre sa sécurité ou celle d'autrui avec une arme à feu » (art. 8). Il est à noter que cette divulgation ne nécessite pas qu'une personne ou un groupe de personnes soit identifié.



## \_FRÉDÉRIC DOUTRELEPONT NOMMÉ SYNDIC AD HOC

Dans l'édition de septembre 2009 du magazine *Psychologie Québec*, le bureau du syndic a fait paraître une annonce dans le but de pourvoir à un poste de syndic ad hoc. Le comité de sélection, présidé par M<sup>me</sup> Rose-Marie Charest, présidente, était composé de M<sup>me</sup> Sylvie Roquet, psychologue, de M. Michel Guindon, membre du conseil d'administration à titre de représentant du public nommé par l'Office des professions, et de M. Denys Dupuis, syndic de l'Ordre. Parmi les personnes ayant déposé leur candidature, deux finalistes ont été identifiés et au terme de cette démarche, une recommandation a été faite au conseil d'administration qui s'est réuni le 27 novembre 2009. Ce dernier a entériné la recommandation du comité de sélection de nommer le psychologue Frédéric Doutrelepont comme syndic ad hoc.

## \_NOTE AU DOSSIER

Par ailleurs, lorsqu'un psychologue décide de divulguer de telles informations concernant un client, il est intéressant de noter le contenu de l'article 19 du Code de déontologie qui se lit comme suit :

*Le psychologue qui communique un renseignement protégé par le secret professionnel en vue de prévenir un acte de violence consigne au dossier du client les éléments suivants :*

1. *Les motifs au soutien de sa décision de communiquer le renseignement ainsi que les autres moyens à sa disposition qui ne lui ont pas permis de prévenir l'acte de violence;*
2. *Les circonstances de la communication, les renseignements qui ont été communiqués et l'identité de la personne à qui la communication a été faite.*

On ne saurait trop insister sur l'importance de cette consignation au dossier du psychologue, dont il est question dans cet article du code, car elle pourrait s'avérer cruciale advenant un litige entre le client et le psychologue à la suite de la divulgation.

En terminant, comme il est possible que le psychologue soit confronté à une situation de dangerosité suicidaire ou homicidaire imminente et qu'il doive alors divulguer des informations confidentielles à un tiers, il devrait adopter une approche préventive lui permettant d'obtenir dès l'entrevue initiale, par exemple, le nom du médecin traitant ainsi que les coordonnées de la personne à joindre.



Société  
Québécoise  
d'Hypnose inc.

# FORMATION CONTINUE EN HYPNOSE

## L'intégration de l'hypnose en psychothérapie

Avec **Michel Landry**, psychologue

FORMATION INTERMÉDIAIRE - 19 FÉVRIER 2010  
À MONTRÉAL

## Processus créatif d'intégration psychoneuro-physiologique au service de la résolution de problèmes

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

FORMATION INTERMÉDIAIRE - 20 FÉVRIER 2010  
À MONTRÉAL

## Formation en hypnose clinique

FORMATION DE BASE - 6, 7, 20 ET 21 MARS 2010  
À MONTRÉAL

## Kaléidoscope de techniques d'hypnotisation dans le traitement de la douleur et des troubles psychosomatiques

Spectre allant des inductions classiques jusqu'au  
nano-inductions

Avec **Gaston Brosseau**, psychologue

FORMATION AVANCÉE - 23 ET 24 AVRIL 2010  
À MONTRÉAL

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

Renseignements : 514 990-1205

# Entrevue

## Prévenir et surmonter les troubles du sommeil

Une entrevue avec Dr Charles Morin, psychologue, professeur et directeur du Centre d'études sur les troubles du sommeil à l'Université Laval.

Depuis plus de 25 ans, il traque les adversaires de notre précieux sommeil. Récipiendaire du prix de la Société canadienne de psychologie en 2008 et du prix Noël-Mailloux en 2005, Charles Morin est sollicité comme conférencier partout dans le monde. Que ce soit par l'entremise de son livre *Vaincre les ennemis du sommeil*<sup>1</sup> ou par les entrevues qu'il accorde aux médias, ce chercheur infatigable souhaite rendre la science du sommeil accessible au plus grand nombre.

### PQ : CONTRAIREMENT À CERTAINS CHERCHEURS, VOUS CONSACREZ BEAUCOUP DE VOTRE TEMPS À LA VULGARISATION SCIENTIFIQUE; POURQUOI?

**CM :** C'est une préoccupation de toujours. Faire la recherche c'est bien, mais ce qui est encore plus intéressant c'est de communiquer les résultats à nos pairs et à tous ceux qui pourraient trouver une utilité à nos travaux. L'insomnie chronique touche environ 10 % des gens et si on parle d'insomnie occasionnelle, la prévalence est de l'ordre de 20 à 25 %. Il y a encore beaucoup à faire pour sensibiliser la population aux troubles du sommeil. Trop souvent, les campagnes de promotion des saines habitudes de vie traitent de la nutrition et de l'activité physique et éludent la question du sommeil. Pourtant, nous passons le tiers de notre vie à dormir!

Même si elle ne tue pas, l'insomnie affecte drôlement la qualité de vie des personnes qui en souffrent, et c'est sans parler des coûts astronomiques qui lui sont associés. Nous venons de publier un article<sup>2</sup> qui documente les impacts de l'insomnie chronique dans les milieux de travail et en moyenne, une personne qui souffre d'insomnie sévère coûte environ 5000 \$ par année en absentéisme ou en baisse de productivité au travail.

### PQ : QUAND DEVRAIT-ON S'INQUIÉTER DE SON SOMMEIL?

**CM :** Les critères habituels incluent la difficulté à initier ou à maintenir le sommeil trois nuits ou plus par semaine pendant quelques semaines, mais les personnes qui consultent ont bien souvent des difficultés qui persistent depuis des mois, voire des années.

Je fais partie du groupe de travail qui révisé actuellement les critères en lien avec les troubles du sommeil en vue de la publication du DSM V. Comme ce sera le cas pour d'autres troubles, nous passerons d'une nosologie dite catégorielle — où on établissait ou non la présence d'un trouble — à une notion de gradation qui nous permettra, en cas de symptômes sous-cliniques, d'établir tout de même un score sur une échelle de sévérité.

### PQ : L'INSOMNIE EST-ELLE TOUJOURS LA CONSÉQUENCE D'UN AUTRE PROBLÈME DE SANTÉ?

**CM :** Dans 40 % des cas, l'insomnie est secondaire à un autre trouble d'ordre psychologique comme la dépression majeure, la dysthymie, les troubles anxieux ou bipolaires. Cela dit,

lorsqu'une personne rapporte des problèmes de sommeil chroniques et qu'on ne peut établir de diagnostic comorbide clair, on parle alors d'insomnie primaire. On arrive à ce diagnostic « par défaut », une fois qu'on a exclu toutes les causes possibles sur les plans médical, psychiatrique, pharmacologique ou environnemental. Il y a eu, au cours des dernières années, un changement drastique dans la conceptualisation des troubles du sommeil; on reconnaît maintenant que l'insomnie peut être un problème en soi qui mérite une attention thérapeutique en elle-même.

À titre d'exemple, les recherches indiquent que l'insomnie non traitée peut augmenter les risques de développer une dépression majeure, de l'hypertension ou une utilisation prolongée de psychotropes. En outre, chez les gens traités pour une dépression majeure, l'insomnie est le symptôme résiduel le plus fréquent avec la fatigue, d'où l'importance de cibler cette problématique lorsqu'une personne vient consulter en psychothérapie. L'insomnie n'est pas nécessairement secondaire à la dépression ou aux troubles anxieux : il faut l'adresser directement et, le cas échéant, traiter les deux conditions de front.

### PQ : ET QU'EN EST-IL, JUSTEMENT, DE CETTE FORME D'INSOMNIE PRIMAIRE?

**CM :** L'insomnie primaire repose essentiellement sur des composantes psychologiques qui contribuent au maintien du problème. Plusieurs personnes peuvent souffrir de difficultés du sommeil associées à un événement de vie difficile. Après un certain temps, les bons dormeurs arriveront à retrouver leur sommeil, ce qui ne sera pas le cas des gens qui sont plus vulnérables à l'insomnie. Parmi ceux-ci, on trouve notamment les gens de tempérament inquiet, les gens qui ont de mauvaises habiletés de *coping* ou encore les gens hyperactifs qui ont du mal à s'arrêter et à décompresser.

Contrairement aux bons dormeurs, ces personnes plus vulnérables continueront à éprouver des difficultés en développant une forme d'anxiété de performance face à leur problème de sommeil; ils ne s'inquiètent plus de ce qui a déclenché les difficultés, ils s'inquiètent de ne plus dormir et des conséquences de cette privation de sommeil sur leur fonctionnement. L'insomnie devient alors son propre moteur : plus la personne essaie de dormir, plus elle va rester éveillée longtemps.

## PQ : QUEL TRAITEMENT PRÉCONISEZ-VOUS ALORS?

**CM** : Le programme que nous testons au Centre d'études sur les troubles du sommeil comprend des composantes comportementales parmi lesquelles on trouve **la restriction du temps passé au lit**. Par exemple, une personne qui passe huit heures au lit mais qui n'en dort que six aura pour mission de se coucher plus tard et de se lever plus tôt. En créant cette petite privation de sommeil, nous changeons le focus d'attention de la personne et instaurons une forme d'intention paradoxale; au lieu de s'inquiéter de sa capacité à s'endormir, elle va porter son attention sur ce qu'elle peut faire pour rester éveillée. On ajuste ensuite graduellement la fenêtre de sommeil en cours de thérapie.

On emploie aussi **la méthode de contrôle par le stimulus** qui consiste à réserver la chambre pour le sommeil et les activités sexuelles de manière à défaire l'association qui s'est créée entre la chambre et la frustration de ne pas dormir et à recréer l'association entre la chambre et le sommeil. Si une personne n'arrive pas à dormir, on l'enjoint donc à sortir de sa chambre et à y retourner seulement quand le sommeil est imminent.

Parmi les composantes cognitives du programme, on travaille à **restructurer et à dédramatiser des croyances erronées** ou les pensées qui sont très anxiogènes comme « je dois absolument dormir, j'ai tellement de travail demain » ou « quelle nuit horrible; je ne réussirai jamais à faire ma journée ». Nous amenons ces personnes à faire des expériences qui leur démontrent qu'elles arrivent à fonctionner même si elles n'ont pas dormi aussi longtemps que ce qu'elles auraient voulu et nous recadrons cette idée irréaliste qu'il faille absolument dormir huit heures pour être fonctionnel le lendemain.

## PQ : QU'OBTENEZ-VOUS COMME RÉSULTATS AVEC CES APPROCHES?

**CM** : Entre 75 et 85 % des gens vont bénéficier de la thérapie. On ne fera pas nécessairement d'eux des champions dormeurs, mais ces derniers vont : s'endormir plus rapidement, rester endormis plus facilement, dormir un peu plus longtemps, diminuer leur détresse associée à l'insomnie et réduire leur consommation de somnifères.

Le taux de rémission complète après six semaines est d'environ 40 % et lorsqu'on poursuit le traitement sur une période plus longue, on atteint facilement 60 % de rémission. Nous venons de publier une étude<sup>3</sup> dans laquelle nous comparons l'approche cognitivo-comportementale (CC) et l'approche combinée avec médicaments. Les deux approches se comparent très bien après six semaines, mais à plus long terme, c'est définitivement l'approche CC seule qui donne les meilleurs résultats.



Dr Charles Morin, psychologue

## PQ : EST-CE À DIRE QUE LES SOMNIFÈRES NE SONT PAS UTILES?

**CM** : Les médecins que je rencontre en formation continue sont très intéressés par nos données sur l'efficacité de la psychothérapie; ils comprennent qu'en consacrant un peu plus de temps à leurs patients, ils éviteraient que ces derniers reviennent les voir constamment. Le travail sur les habitudes et sur les croyances permet vraiment de régler le problème, alors que les médicaments, qui peuvent être utiles à très court terme, ne sont en fait que des « *band aid* » lorsqu'on les utilise de façon prolongée.

D'ailleurs, un psychologue dont le patient prend des somnifères depuis des mois sans succès pourrait, dans le respect des limites de ses compétences, contacter le médecin traitant du patient ou son pharmacien et explorer avec eux la possibilité d'établir un programme de sevrage. En effet, à cause des risques associés aux effets de rebond, il est contre-indiqué de cesser la médication du jour au lendemain.

## PQ : LES SAINES HABITUDES DE SOMMEIL, ÇA SE RÉSUME À QUOI?

**CM** : D'abord, parce que nos cycles de veille et de sommeil sont contrôlés en bonne partie par les cycles de lumière, la question de **la régularité** est très importante. Par exemple, les gens qui arrêtent de travailler et qui changent leur routine de sommeil deviennent plus vulnérables à l'insomnie. Il faut aussi se donner **un minimum d'heures de sommeil**. Certains brûlent la chandelle par les deux bouts à cause de leurs nombreuses obligations. Or ces gens accumulent une dette de sommeil et ne sont jamais en mesure de fonctionner à pleine capacité parce qu'ils n'ont pas suffisamment dormi. En ce sens, il faudrait idéalement s'assurer

de **donner la priorité au sommeil**, au même titre qu'on s'efforce de manger trois fois par jour. Enfin, parce qu'elles affectent le sommeil, **l'utilisation modérée de substances** telles que la caféine, l'alcool ou la nicotine fait partie de ce qu'on peut inclure dans une certaine hygiène de base du sommeil.

D'ailleurs, les saines habitudes de sommeil devraient s'instaurer dès l'enfance. Beaucoup de parents ont du mal à établir des limites au moment du rituel du coucher. Chez les adolescents, on observe une corrélation entre le nombre d'appareils électroniques dans la chambre et les difficultés de sommeil. Il faut exercer un certain contrôle : de la même façon qu'on ne laisse pas manger nos jeunes à toute heure de la journée, on doit les aider à réserver une période spécifique pour le sommeil.

#### **PQ : QUELS SONT VOS PROCHAINS CHEVAUX DE BATAILLE?**

Nous avons beaucoup travaillé sur le développement et la validation d'un traitement psychologique. Le grand défi consiste maintenant à disséminer ces données probantes. D'abord, on doit convaincre les gens et même les décideurs en santé publique que

le sommeil est important. De plus, ceux qui éprouvent des difficultés doivent savoir qu'en se documentant sur le sujet, ils peuvent faire beaucoup pour améliorer leur situation. Enfin, les personnes qui souffrent d'insomnie chronique devraient pouvoir accéder plus facilement à des traitements en psychothérapie. Trop peu de gens consultent et trop nombreux sont ceux qui se traitent avec des produits sans ordonnance qui ne sont pas efficaces.

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

#### **\_NOTES**

- 1 Morin, C. M. (2009). *Vaincre les ennemis du sommeil*. Les Éditions de l'Homme, Montréal 262 p.
- 2 Daley M, Morin CM, LeBlanc M, Grégoire JP, Savard I. (2009) The economic burden of insomnia: direct and indirect costs for individuals with insomnia syndrome, insomnia symptoms, and good sleepers. *Sleep*. Jan 1, 32(1), p. 55-64.
- 3 Morin CM, Vallières A, Guay B, Ivers H, Savard J, Mérette C, Bastien C, Baillargeon L. (2009). Cognitive behavioral therapy, singly and combined with medication, for persistent insomnia: a randomized controlled trial. *JAMA*, 301(19), p. 2005-15.

## **Échelle d'Évaluation Conners Troisième Édition**

L'échelle d'évaluation Conners, troisième édition, est le résultat de 5 années de recherches et de développement intensifs. Le Conners-3 s'avère un outil fiable qui permet d'assister le professionnel dans la démarche diagnostique.

Fondé sur des découvertes solides et plusieurs éléments clés de l'échelle d'évaluation Conners révisée (CRS-R), le CONNERS-3 offre une évaluation complète du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité. Le CONNERS-3 évalue également des troubles souvent associés tel que le trouble oppositionnel avec provocation et les troubles de conduite. Les questionnaires des parents, des enseignants et d'auto-évaluation sont disponibles en version longue ou en version courte.

Le **CONNERS-3** apporte les améliorations suivantes:

- Un échantillon normatif représentatif de la population américaine ( basé sur le dernier recensement des États-Unis )
- Une relation renforcée avec le DSM-IV-TR
- Des applications claires en milieu éducatifs qui permettent d'identifier les enfants présentant des symptômes cliniques.
- Un manuel qui indique étape par étape la marche à suivre pour planifier les interventions et évaluer l'impact de celles-ci

**5051-300622 : MATÉRIEL COMPLET ( CORRECTION MANUELLE )**

**5051-300822 : MATÉRIEL COMPLET ( CORRECTION INFORMATIQUE )**



### **INSTITUT DE RECHERCHES PSYCHOLOGIQUES**

8490 rue Jeanne-Mance, suite 104, Montréal Qc. H2P 2S3

Téléphone : 514 382-3000 & 1 800 363-7800

Télécopie : 514 382-3007 & 1 888 382-3007

Courriel : [info@i-r-p.ca](mailto:info@i-r-p.ca)

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

# Présenter une candidature pour les prix de l'Ordre

Les membres du comité des prix de l'Ordre lancent une invitation à tous les psychologues à soumettre la candidature d'un de leurs collègues pour l'attribution des prix 2010 qui seront remis lors du congrès de l'Ordre à la fin du mois d'octobre. La cérémonie de remise des prix est toujours un événement émouvant qui souligne le travail exceptionnel de collègues qui se sont démarqués par leurs réalisations professionnelles dans l'un ou l'autre des secteurs d'activité de la pratique de la psychologie. Les propositions de candidatures doivent être adressées au secrétaire général de l'Ordre avant le 10 mai 2010.

Les membres du comité des prix ont été nommés par le conseil d'administration lors de sa dernière réunion en novembre dernier. Il s'agit de la présidente de l'Ordre, M<sup>me</sup> Rose-Marie Charest, de trois psychologues membres du conseil d'administration : D<sup>re</sup> Mona Abbondanza, M<sup>mes</sup> Catherine Mulcair et Suzanne Déry, et d'une représentante du public nommée par l'Office des professions au conseil d'administration, M<sup>me</sup> Ève Lavoie.

L'appel de candidatures est lancé pour les quatre prix suivants : le Prix Noël-Mailloux, le Prix professionnel et le Prix Mérite du Conseil interprofessionnel du Québec. L'Ordre souligne aussi le travail d'une personne ou d'un organisme qui, tout en n'étant pas psychologue, contribue au bien-être psychologique de la population en lui remettant un prix, le Prix de la santé et du bien-être psychologique.

## \_PRIX NOËL-MAILLOUX

Le Prix Noël-Mailloux, ainsi nommé en l'honneur du père Noël Mailloux, premier récipiendaire et fondateur du Département de psychologie de l'Université de Montréal, est décerné à un membre de l'Ordre qui s'est distingué par sa contribution au développement de la psychologie. Ce prix souligne l'ensemble d'une carrière marquée par l'excellence.

## \_PRIX PROFESSIONNEL

Le Prix professionnel est remis à un membre de l'Ordre des psychologues du Québec pour une ou des réalisations professionnelles remarquables.

## \_PRIX ET MÉRITE DU CONSEIL INTERPROFESSIONNEL DU QUÉBEC

Ce prix est une reconnaissance offerte par le Conseil interprofessionnel du Québec (CIQ) à un professionnel recommandé par son ordre pour sa contribution remarquable à l'organisation ou au développement de sa profession. Les membres du conseil d'administration de l'Ordre des psychologues du Québec soumettent des candidatures au CIQ. Ce dernier procède alors à la sélection du récipiendaire.

## \_PRIX DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE PSYCHOLOGIQUE

Le Prix de la santé et du bien-être psychologique est décerné à une personne, à un organisme ou à une entreprise pour reconnaître son engagement et sa contribution significative à l'amélioration de la santé et du bien-être psychologique des Québécois.

## \_SOUMETTRE UNE CANDIDATURE

Les candidatures pour le Prix de la santé et du bien-être psychologique peuvent être déposées par des membres de l'Ordre ou par des non-membres, alors que les candidatures pour tous les autres prix ne doivent être soumises que par des membres de l'Ordre.

Pour proposer une candidature, il est important de remplir un dossier de candidature. Celui-ci doit comprendre :

- 1) Le formulaire de mise en candidature (disponible au [www.ordrepsy.qc.ca](http://www.ordrepsy.qc.ca) dans la page « Prix de l'Ordre ») et la signature de trois psychologues, en plus du proposeur, appuyant cette candidature.
- 2) Le curriculum vitae de la personne présentée ou selon le cas, un document de présentation de l'entreprise ou de l'organisme proposé.

**Les dossiers doivent parvenir à l'adresse suivante au plus tard le 10 mai 2010 :**

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



### Brigitte Lavoie / Psychologue

Conseillère clinique à Suicide Action Montréal (SAM), Brigitte Lavoie a été responsable du développement des outils à SAM après avoir occupé le poste de directrice pendant plusieurs années. Elle a participé au comité de révision de la Stratégie nationale d'action face au suicide, a été présidente de l'Association québécoise de prévention du suicide (AQPS) et membre du conseil d'administration de l'association canadienne de prévention du suicide (ACPS).



### Marie Lecavalier

Adjointe à la direction des services à la clientèle du Centre Dollard-Cormier—institut universitaire sur les dépendances (CDC-IUD). Pendant près de 20 ans elle a été chargée de cours au certificat en toxicomanie de l'université de Sherbrooke. Son expertise a été sollicitée dans divers dossiers, notamment dans l'élaboration de l'offre de service pour l'association des centres de réadaptation en dépendance.

## Évaluer la dangerosité du passage à l'acte suicidaire des outils pour mieux agir

Suicide Action Montréal (SAM) et le Centre Dollard-Cormier—institut universitaire sur les dépendances (CDC-IUD) ont élaboré conjointement une nouvelle **Grille d'estimation de la dangerosité du passage à l'acte suicidaire**. Cette grille et les outils cliniques qui soutiennent son utilisation sont maintenant présentés aux professionnels dans le cadre de la formation offerte par Suicide Action Montréal.

Le présent article vise à décrire les principaux éléments qui ont été pris en considération lors du développement de cet outil en répondant aux questions les plus fréquemment posées par les psychologues.

### POURQUOI UNE NOUVELLE GRILLE D'ESTIMATION DE LA DANGEROUSITÉ DU PASSAGE À L'ACTE SUICIDAIRE?

Plusieurs intervenants chevronnés en prévention du suicide reconnaissent les limites des outils existants et des efforts ont été investis pour les améliorer. Les recherches des dernières années en suicidologie (CRISE, en ligne; Kim, C. *et al.*, 2003; Séguin, 2006) indiquent que les personnes décédées par suicide souffraient de problèmes de santé mentale. En plus forte proportion, on retrouvait la dépression, l'abus de substances et les troubles

de la personnalité. Les formations sur le suicide (dont celles offertes par SAM) ont essayé d'attirer l'attention des cliniciens pour que leurs interventions tiennent compte de l'état des connaissances.

Des événements malheureux nous ont amenés à constater que ces efforts n'étaient pas suffisants. Le CDC-IUD a vécu quatre décès par suicide parmi leur clientèle sur une période de six mois. CDC-IUD s'est mobilisé et a mandaté une psychologue de la clinique Cormier-Lafontaine qui a produit un relevé de littérature sur le suicide et la toxicomanie (Duhamel, 2007). Un inventaire des grilles existantes a aussi été réalisé.

Une étude exhaustive des dossiers cliniques a permis de constater qu'en l'absence de formalisation des facteurs de risque et de protection à l'intérieur d'un même outil, les intervenants ne se fiaient qu'à l'urgence suicidaire pour prendre des décisions, et ce, malgré les efforts consentis en formation pour porter à leur attention l'interaction des facteurs.

Le Centre Dollard-Cormier et Suicide Action Montréal se sont associés pour créer une grille d'estimation de la dangerosité du passage à l'acte suicidaire. Une pondération a également été développée à partir de l'état des connaissances scientifiques

# > Regard professionnel et nouvelles interventions sur le suicide

Le nombre de décès par suicide a diminué au Québec depuis l'an 2000. Même s'il s'agit là d'une nouvelle encourageante, les psychologues sont loin de baisser les bras. La publication prochaine de nouvelles lignes directrices pour la prévention du suicide dans les centres de santé et de services sociaux, la présentation d'une nouvelle grille d'évaluation de la dangerosité ainsi que les recherches sur les motivations des personnes suicidaires démontrent la détermination des psychologues à prévenir les actions suicidaires. Au moment où le gouvernement du Québec lance une consultation publique sur le suicide assisté, les psychologues travaillent à empêcher les gestes irréparables de se produire. Un dossier pertinent coordonné par la psychologue Brigitte Lavoie de Suicide Action Montréal.

et de l'expérience clinique. SAM a répertorié des questions qui permettent de guider l'estimation et l'intervention. SAM a par la suite réalisé un protocole qui guide la conduite à tenir pour assurer la sécurité de la personne. Le CDC-IUD a personnalisé ce protocole pour l'adapter à sa structure de soins. Le personnel de SAM et de CDC-IUD a reçu une formation qui leur permet maintenant d'utiliser l'ensemble de ces outils.

En résumé, cette nouvelle grille et ses outils complémentaires permettent à la fois d'estimer la dangerosité du passage à l'acte suicidaire, de cibler des leviers d'intervention et de faciliter la prise de décision. Elle soutient le jugement clinique, favorise une intervention orientée vers les solutions et permet d'adapter les protocoles internes pour mieux desservir la clientèle suicidaire.

## \_QUELS SONT LES AVANTAGES DE CETTE NOUVELLE GRILLE?

### 1) Chaque critère est pondéré sur un continuum de couleurs



Le continuum de couleurs permet de placer les facteurs de protection à gauche (dans le vert et le jaune) et les facteurs de risque, à droite du continuum (dans l'orange et le rouge). Le clinicien qui cote peut voir rapidement ce qui protège la personne et ce qui la met en danger. Cette première lecture indique sur quoi le travail doit porter pendant la rencontre. Le continuum de couleurs permet aussi d'introduire l'idée que la cotation n'est pas statique. La cote peut en effet se déplacer pendant l'entrevue.

### 2) Les facteurs les plus près du passage à l'acte (proximaux) sont privilégiés

Il est possible de dénombrer environ 75 facteurs associés au suicide. Cette multitude de facteurs rend impossible l'investigation de la présence de chacun d'eux chez la personne suicidaire (Wingate *et al.*, 2004). Il importe ainsi que les intervenants se centrent sur les facteurs les plus importants (Wingate *et al.*, 2004), les plus près du passage à l'acte et ceux qui peuvent servir de leviers pendant l'intervention.

La grille de SAM et CDC-IUD est composée de 7 critères : la **planification du suicide**, la **tentative de suicide**, la **capacité à espérer un changement**, l'**usage de substances**, la **capacité à se contrôler**, la **présence de proches** et la **capacité à prendre soin de soi**.

Une pondération a été créée pour intégrer les facteurs de risque et de protection sous chacune de ces grandes catégories. À titre d'exemple, une grande agitation se retrouve dans la **capacité à se contrôler**; l'adhésion à un suivi se retrouve dans la **capacité à prendre soin de soi**.

D'autres facteurs ont été placés en amont. Par exemple, si vous êtes en présence d'un homme qui vit une rupture amoureuse ou qui vient de perdre un important montant d'argent au jeu, il serait important de vérifier s'il pense au suicide sans attendre l'apparition d'autres indices. Si la réponse est positive, on active la grille.

### 3) L'outil tient compte des problèmes de santé mentale, de dépendances et de comorbidité

Même si la majorité des gens décédés par suicide avaient un problème de santé mentale, la majorité des gens qui ont un problème de santé mentale ne se tuent pas. Les personnes qui souffrent d'un trouble mental, d'une dépendance et de comorbidité doivent certainement recevoir une attention particulière et des traitements appropriés. Cependant, le diagnostic ne permet pas de connaître les personnes qui représentent un plus grand danger pour elles-mêmes. Les psychologues qui travaillent presque exclusivement avec des personnes qui ont un trouble mental doivent savoir à quel moment diminuer ou augmenter leur vigilance.

La grille n'a pas été conçue pour poser un diagnostic même si elle tient compte du lien entre le suicide et les troubles mentaux. En utilisant ces outils, le psychologue pourra reconnaître des symptômes associés à un diagnostic en particulier, tandis que l'intervenant ou l'éducateur pourra utiliser les mêmes outils sans avoir à connaître le diagnostic (conformément au projet de loi 21). Ces deux groupes d'acteurs importants pourront prévenir des décès par suicide tout en reconnaissant l'expertise spécifique des psychologues.

Nous avons retenu les éléments les plus parlants. Par exemple, le désespoir fait l'unanimité chez les chercheurs et les cliniciens sur le rôle central chez les suicidaires (Duhamel, 2007). C'est le désespoir et l'absence de raisons de vivre qui font qu'une personne dépressive se suicide. À une extrémité du continuum, **capacité à espérer un changement**, la personne croit que le suicide est la seule porte de sortie, elle n'a plus d'espoir, ne voit plus aucune raison de vivre. À l'autre extrémité de ce même continuum, la personne a une raison de vivre, croit encore que l'avenir peut s'améliorer. Le NSPL (2007) nous invite aussi à porter attention aux symptômes végétatifs qui sont les plus parlants avant un suicide (manque de sommeil, perte d'appétit, manque d'énergie). Ces facteurs sont inclus dans la **capacité à prendre soin de soi**. Les voix mandataires qui disent de se tuer (NSPL, 2007) se retrouvent dans le critère **capacité à se contrôler**. Il ne s'agit pas ici de faire une liste exhaustive de chacun de ces exemples d'intégration des facteurs liés aux troubles mentaux, mais plutôt d'illustrer la logique qui sous-tend l'organisation de l'outil. Le fait de vérifier le discours de la personne et son expérience subjective permet non seulement d'estimer la situation, mais également de guider l'intervention.

Le psychologue peut alors cibler certaines interventions et se poser des questions cruciales. Est-ce qu'il sera capable de se contrôler en sortant de mon bureau? Est-ce que ses idées de suicide sont plus fortes lorsqu'elle consomme? Est-ce que ses raisons de vivre sont assez fortes pour le garder en vie?

#### 4) La dangerosité (cote finale) englobe l'urgence suicidaire, les facteurs de risque et de protection

Pas d'indices de danger	Indices de danger (faible)	Danger grave à court terme	Danger grave et imminent
-------------------------	----------------------------	----------------------------	--------------------------

De plus en plus de chercheurs proposent d'opter pour l'estimation simultanée de l'imminence du passage à l'acte, de la létalité du scénario et de l'accessibilité du moyen et la présence de facteurs associés au suicide (Laget *et al.*, 2007; Mathur *et al.*, 2006; Walter et Tokpanou, 2003; Walter, 2003; Séguin, 2001 cités dans Lane *et al.*, à paraître).

Nous avons choisi d'utiliser le terme « dangerosité » pour qualifier la cote finale (celle qui englobe l'ensemble des éléments). Une raison pragmatique a influencé cette décision. Les psychologues savent sûrement que dans le cadre de la loi P-38, il est possible de protéger une personne contre son gré lorsque son état mental représente un danger grave et imminent pour elle-même ou pour autrui. En utilisant le terme dangerosité de passage à l'acte suicidaire, nous nous sommes harmonisés aux termes utilisés dans la loi.

#### 5) La grille attire l'attention sur les situations les plus complexes (orange)

Le code de couleurs est largement utilisé en circulation routière, dans le milieu de la toxicomanie et dans certains protocoles qui formalisent l'application de la loi P-38. L'originalité de cette grille est d'attirer l'attention sur la couleur orange. En effet, ce n'est pas lorsque le client est en danger grave et imminent (dans le rouge) que l'intervention est la plus difficile. Ce sont les situations où le danger est grave sans être imminent qui représentent un défi pour les cliniciens. Ces situations sont inquiétantes sans pour autant nécessiter une surveillance constante. Lorsqu'une intervention se termine dans la couleur orange, les cliniciens ont toutefois d'autres options. Ils peuvent travailler davantage avec les proches, devancer un prochain rendez-vous, relancer la personne ou faire un suivi plus étroit. Une meilleure identification de cette clientèle inspire les organisations à se doter de protocoles qui précisent les conduites à tenir (souvent plus proactives et plus intensives) dans ce genre de contexte.

**Psychologie Corporelle Intégrative**

[www.institutpci.com](http://www.institutpci.com)

Montréal (514) 383-8615  
Extérieur de Montréal 1-877-383-8615

Institut de Psychothérapie Corporelle Intégrée  
IPCI

2503 Henri-Bourassa Est, bureau 101 Montréal (Qc) H2B 1V3

- Spécialisation d'intégration psychocorporelle pour professionnels
- Ateliers de développement personnel
- Ateliers thématiques
- Soirées d'information gratuites

**Début de la formation**

Montréal  
automne 2010

**Atelier thématique**

Le Maître Rêveur  
avril 2010

**Soirée d'information**

Montréal  
Jeudi, 18 mars 2010

**Développée depuis 1985**

Une synthèse de plusieurs approches psychologiques (Gestalt, reichienne, psychologie du Soi, relations objectales) et de plusieurs techniques permettant d'intégrer l'expérience corporelle au coeur du processus de développement et d'intégration du Soi.

Le travail avec la respiration, le mouvement, les frontières et la présence, dans le cadre de la relation thérapeutique stimulent et supportent une nouvelle expérience de Soi et du sentiment d'être vivant. Ces expériences d'intégration corps-esprit-coeur favorisent une réorganisation du cerveau au sens où le décrivent les neurosciences actuelles.

Programme offert au Québec et en Belgique.

## 6) La grille indique des leviers d'intervention et intègre les techniques de l'approche orientée vers les solutions

La grille ne doit en aucun cas être administrée comme un questionnaire. Tout en allant chercher des informations qui nous permettent de mieux estimer la situation, il est aussi essentiel de préserver la qualité du lien avec la personne, de valider sa souffrance, de faire grandir espoirs et raisons de vivre. Sans la considérer de façon exclusive, l'approche orientée vers les solutions offre des options pour travailler l'ambivalence (Fiske, 2008).

Une récente recension des écrits empiriques fait d'ailleurs ressortir l'efficacité de cette approche auprès des personnes suicidaires (Trepper *et al.*, 2006). Bien que peu de recherches contrôlées aient été effectuées, les recherches cliniques et quasi expérimentales permettent de dégager certains résultats prometteurs (Trepper *et al.*, 2006).

## \_COMMENT A-T-ON PROCÉDÉ À LA VALIDATION DE CES OUTILS?

Il s'avère impossible de valider un outil qui vise à prédire le passage à l'acte suicidaire. Pour le faire au sens purement scientifique, il faudrait prendre une mesure statique et attendre le décès des personnes dont l'outil aurait prédit le suicide. Cet exercice scientifique pose évidemment un problème éthique de taille (Mishara et Weisstub, 2005). Pour qu'un outil clinique puisse aspirer à une rigueur scientifique, il faut : a) s'assurer que les éléments pris en compte reflètent l'état des connaissances scientifiques; b) valider auprès d'experts et d'utilisateurs; c) réussir des tests de fidélité interjuges. Nous avons procédé à chacune de ces étapes.

## \_QUELLES SONT LES ÉTAPES DE DIFFUSION?

- :: Le MSSS recommande cet outil dans son guide de bonnes pratiques qui devrait sortir au printemps. Les centres de réadaptation en dépendance du Québec comptent l'utiliser et le milieu médical a aussi manifesté un intérêt. Le défi d'un langage commun pourrait être relevé grâce à la collaboration d'intervenants de différents milieux.
- :: SAM travaille en étroite collaboration avec des formateurs accrédités de l'Association québécoise de prévention du suicide (AQPS) et des Centres de prévention du suicide du Québec (CPS) pour que des formateurs accrédités en prévention du suicide puissent offrir la formation dans toutes les régions du Québec. Cette formation est nécessaire pour être en mesure d'utiliser non seulement la grille, mais de bien intégrer la pondération, les questions à poser pour estimer la situation et pour mieux intervenir auprès de la personne suicidaire. Nous espérons que ces personnes pourront offrir la formation à l'automne 2010.

## \_CONCLUSION

Nous tenons à remercier toutes les personnes qui ont participé aux consultations. Merci aux bénévoles et aux employés de SAM et de CDC-IUD qui ont participé volontairement aux discussions et aux tests qui ont permis d'améliorer ces outils. Merci à tous les CPS, à l'AQPS et au MSSS qui nous appuient dans le déploiement provincial.

## Pour plus d'information :

[www.suicideactionmontreal.org](http://www.suicideactionmontreal.org)  
[www.centredollardcormier.qc.ca](http://www.centredollardcormier.qc.ca)

## \_BIBLIOGRAPHIE

- Duhamel, D. (2007). *Toxicomanie et phénomène suicidaire: savoir pour mieux intervenir*. Montréal: Centre Dollard-Cormier, 95 p.
- Fiske, H. (2008). *Hope in action : solution-focused conversations about suicide*. NY : Routledge, 350 p.
- Kim, C., Lesage, A., et Séguin, M. (2003). Patterns of co-morbidity in male suicide completers. *Psychological Medicine*, 33, p. 1299-1309.
- Lane, J. Archambault, J., Collins-Poulette, M., Camirand, R. (à paraître en février 2010). *Guide de bonnes pratiques en prévention du suicide à l'intention des intervenants des centres de santé et de services sociaux*. Québec : ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Mishara, B. L., et Weisstub, D. N. (2005). Ethical and legal issues in suicide research. *International Journal of Law and Psychiatry*, 28 (1), p. 23-41.
- Séguin, M., Brunet, A., et Leblanc, L. (2006). *Intervention en situation de crise et en contexte traumatique*. Montréal : Gaëtan Morin éditeur, 201 p.
- Trepper, S.T., Dolan, Y., McCollum, E.E. et Nelson, T. (2006). Steve de Shazer and the future of solution focused therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 32 (2), p. 133-139.
- Wingate, L.R., Joiner, T.E., Walker, R.L., Rudd, M.D. et Jobes, D.A. (2004). Empirically informed approaches to topics in suicide risk assessment. *Behavioral Sciences and the Law*, 22 (5), p. 651-665.

## \_WEBOGRAPHIE

- CRISE. (2006a). *Application des connaissances scientifiques en prévention du suicide: Évaluer le potentiel suicidaire et gérer la crise suicidaire*. Récupéré le 20 novembre 2006 de <http://www.criseapplication.uqam.ca>
- CRISE. (2006b). *Application des connaissances scientifiques en prévention du suicide: troubles mentaux et suicide*. Récupéré le 20 novembre 2006 de <http://www.criseapplication.uqam.ca>
- National Suicide Prevention Lifeline (2007). *Suicide Risk Assessment Standards Packet*. Récupéré le 27 juillet 2007 de <http://www.behavioralhealthlink.com/Downloads/Documents/LethalityPacket.pdf>

Le suicide fait partie de ces thèmes qui ne laissent personne indifférent. Périodiquement, on voit émerger certaines croyances fortes et persistantes concernant la prévalence du suicide et son étiologie. Professeure de psychologie à l'Université du Québec en Outaouais et chercheure au Groupe McGill d'études sur le suicide, Monique Séguin fait également partie du nouveau Réseau québécois de recherche sur le suicide. En dix questions, l'auteure du livre « *Le suicide : le comprendre pour le prévenir* » vient éclairer et actualiser notre perception de ce phénomène sensible.

# Nouveau regard sur le phénomène du suicide

## 1) ON DIT SOUVENT QUE LE QUÉBEC SE DÉMARQUE DES AUTRES RÉGIONS DU MONDE À CAUSE DE SON TAUX ÉLEVÉ DE SUICIDES : EST-CE EXACT?

**Oui et non.** Depuis l'an 2000, on observe une diminution des taux de mortalité par suicide partout dans le monde, y compris au Québec, ce qui est évidemment une excellente nouvelle. Malgré tout, le Québec demeure malheureusement en tête des pays pour ce qui concerne le suicide, mais tout particulièrement le suicide chez les hommes.

Cela dit, il convient d'analyser les données mondiales à propos du suicide avec beaucoup de prudence. En effet, la façon dont on recueille les données est très variée d'un pays à l'autre. D'une part, plusieurs pays ne disposent pas des ressources et des moyens financiers nécessaires afin de mettre en place les structures qui permettraient de recueillir des données fiables sur le nombre de décès. D'autre part, la façon de mesurer l'ampleur du phénomène peut aussi varier à l'intérieur même d'un pays. À titre d'exemple, parce que les coroners ontariens n'ont pas le même fardeau de preuve que les coroners québécois, il est admis qu'actuellement, en Ontario, le taux de suicide est sous-estimé d'environ 20 à 25 %.

## 2) IL EST DONC JUSTE DE DIRE QUE LES HOMMES SE SUICIDENT DAVANTAGE QUE LES FEMMES?

**Oui.** Le suicide est encore majoritairement le fait d'hommes : 80 % des personnes décédées par suicide sont des hommes et on retrouve cette même proportion dans tous les pays du monde, à deux ou trois exceptions près. En outre, chez les hommes, les décès par suicide sont particulièrement élevés au sein de la population adulte, soit entre les âges de 25 et 60 ans.

## 3) PAR CONTRE, ON ENTEND GÉNÉRALEMENT DIRE QUE LES FEMMES FONT PLUS DE TENTATIVES SUICIDAIRES QUE LES HOMMES; EST-CE BIEN LE CAS?

**Oui et non.** En fait, il faut savoir que nos statistiques concernant les tentatives de suicide proviennent surtout de données médicales issues des centres hospitaliers. Or ces données indiquent effectivement que plus de femmes que d'hommes se retrouvent aux urgences suite à des tentatives de suicide. Cependant, les études épidémiologiques réalisées auprès de vastes échantillons de la population nous portent à croire que la réalité est peut-être différente. En effet, lorsqu'on pose directement la question : « Avez-vous fait une tentative de suicide dans la dernière année? »

aux hommes et aux femmes, on obtient alors des taux plus similaires. Ce constat pourrait vouloir dire que les hommes vont peut-être moins vers les services médicaux après avoir fait une tentative de suicide n'ayant pas mené au décès.

## 4) En termes de choix des moyens, peut-on toujours dire que les hommes privilégient les armes à feu et les femmes, les médicaments au moment de passer à l'acte?

**Non.** Maintenant, le scénario de choix chez les deux sexes est la pendaison. Cette nouvelle réalité pose un défi supplémentaire en matière de prévention. En effet, au cours des dernières années, une des stratégies de prévention nationale utilisées pour diminuer le taux de décès par suicide consistait à éliminer l'accès à un moyen. Or évidemment, lorsqu'on parle de pendaison, il devient difficile d'éliminer l'accès au moyen, ce qui présentait un peu moins de difficulté dans le cas de l'accès aux armes à feu, aux médicaments et même aux endroits accessibles sur les ponts.

## 5) LES CAMPAGNES DE PRÉVENTION METTENT L'ACCENT SUR LE REPÉRAGE DES SIGNAUX DE RISQUE SUICIDAIRE, EST-CE TOUJOURS UNE BONNE PISTE?

**Oui, mais il convient de clarifier la notion de « signal ».** La plupart des personnes suicidaires vont effectivement émettre des signaux, mais ces signaux ne sont pas nécessairement spécifiques de l'évocation suicidaire. Par exemple, chez une personne dépressive, le principal signal de risque suicidaire est justement le fait qu'elle démontre des symptômes dépressifs. La vigilance est donc de mise dès l'apparition des signes de la dépression.

De plus, il importe de savoir que les signaux suicidaires ne sont pas toujours transmis de façon consciente, dans le but délibéré de lancer un appel à l'aide. Même si un interlocuteur repère un risque suicidaire dans le discours d'une personne souffrante, cette dernière n'est peut-être pas consciente des signaux qu'elle émet. Par ailleurs, lorsque les évocations suicidaires témoignent d'une volonté d'être repéré, il n'en demeure pas moins que la volonté d'engagement vers les services peut, malgré tout, être ambivalente. Cela peut expliquer pourquoi certaines personnes suicidaires se braquent quand on décide, sur la base des signaux perçus, de leur demander directement si elles pensent au suicide et si elles songent à demander de l'aide; elles ne sont pas encore rendues à cette étape d'engagement vers l'aide. Par contre, les offres d'aide doivent être maintenues jusqu'à ce que la personne prenne conscience de son besoin d'être aidée.

D<sup>re</sup> Monique Séguin, psychologue

## 6) L'ÉQUATION « SUICIDE = TROUBLE DE SANTÉ PSYCHOLOGIQUE » TIENT-ELLE TOUJOURS?

**Tout à fait.** On sait que 90 % des personnes décédées par suicide avaient un trouble de santé mentale au moment du décès, dont 70 % un trouble de personnalité comorbide au trouble diagnostiqué sur l'Axe I ou II du DSM. D'ailleurs, depuis les années 90, beaucoup d'efforts ont été faits par la communauté scientifique pour positionner la dépression majeure comme un des principaux facteurs de risque du suicide. Le fait de miser ainsi sur un meilleur repérage et un meilleur traitement de la dépression – psychologique et pharmacologique – a certainement contribué à la diminution récente des taux de décès par suicide, même si cela reste à être documenté.

Cela dit, il ne faut pas oublier que pour environ 10 % des cas de décès par suicide, les troubles de santé mentale ne semblent pas présents. Pour les gens qui font partie de ce sous-groupe, il y a donc moins de signes précurseurs. Tout semble bien aller jusqu'à ce qu'un événement déclenche le processus suicidaire; c'est alors comme un coup de tonnerre dans un ciel bleu...

## 7) EST-CE EXACT DE DIRE QUE LA MAJORITÉ DES PERSONNES QUI DÉCÈDENT PAR SUICIDE ONT CUMULÉ DES ÉCHECS ET VÉCU DANS L'ADVERSITÉ DEPUIS LE DÉBUT DE LEUR VIE?

**Oui et non.** Chez les personnes décédées par suicide qui présentaient des difficultés psychologiques au décès, on distingue au moins deux grandes trajectoires de vie différentes. Une première trajectoire définit le parcours des gens qui ont vécu des difficultés de l'enfance jusqu'au suicide. Pour ces personnes, la vie a mal commencé : négligence, violence physique et sexuelle. N'ayant pu bénéficier de parents suffisamment bienveillants et protecteurs, mais plutôt de parents vulnérables, fragiles et souffrant de troubles de santé mentale, certains enfants entrent donc dans une spirale où s'enchaîneront ensuite des mécanismes de développement problématiques. Par exemple, aux troubles d'attachement succéderont d'autres problèmes associés à la socialisation, aux difficultés scolaires ou à la consommation précoce d'alcool. Les idéations suicidaires surviennent assez tôt, dès l'adolescence, et les troubles de santé mentale, troubles de la personnalité et tentatives suicidaires répétées s'ajoutent à ce tableau déjà sombre. Même s'ils utilisent beaucoup les services spécialisés en santé mentale, les personnes qui ont cette trajectoire de vie sont difficiles à engager dans le traitement. Il faut dire qu'à ce jour, on n'a pas encore trouvé de traitements tout à fait adéquats pour cette clientèle à haut risque.

L'autre trajectoire s'amorce quant à elle dans un univers familial adéquat. Néanmoins, parmi les membres de la fratrie, une personne développe, sans qu'on sache trop pourquoi, des difficultés quant au *coping*. Par conséquent, celle-ci éprouvera de façon chronique des difficultés à surmonter les différents aléas de la vie.

À l'adolescence, confrontée aux difficultés émotives et d'acceptation de soi, cette personne commence à consommer des substances. La consommation devient un moyen pour se sentir mieux, souvent le seul moyen pour parvenir à faire face aux difficultés. Vers l'âge de 15, 20 ou 25 ans, la consommation devient abusive, ce qui affecte progressivement toutes les sphères de la vie, y compris la santé mentale lorsque la dépression s'installe. Le suicide survient souvent lorsque les problèmes se sont accumulés et que quelque chose « casse », lors d'une séparation conjugale, par exemple. Parce que la situation se dégrade petit à petit, il n'est pas toujours évident pour les proches, les collègues ou les voisins de repérer le risque chez les personnes qui s'enlisent dans de telles trajectoires. D'ailleurs, souvent habituées à se replier sur elles-mêmes et à refuser de se faire aider, ces personnes ne vont pas spontanément consulter les ressources disponibles.

## 8) LA PRÉVENTION DU SUICIDE PAR UN MEILLEUR TRAITEMENT DE LA DÉPRESSION PARAÎT DONC EFFICACE : EST-CE TOUJOURS LE PRINCIPAL CHEVAL DE BATAILLE DES SPÉCIALISTES DU SUICIDE?

**Oui, mais une nouvelle avenue de prévention émerge clairement.** Comme on a pu le constater par l'analyse des trajectoires de vie de personnes décédées par suicide, si la dépression est très souvent présente, l'alcool et la toxicomanie font aussi partie du tableau. Il y a effectivement une comorbidité extrêmement importante entre l'abus de substance et les troubles affectifs. De plus en plus de publications insistent sur l'importance de traiter ces deux problèmes de façon concomitante, et non seulement la dépression.

Contrairement à la drogue, l'alcool est une cible de prévention fuyante. Consommer de l'alcool fait effectivement partie de la vie sociale des gens et presque tous les individus peuvent se souvenir d'avoir trop bu à un moment ou l'autre de leur vie. Par conséquent, on tend à sous-estimer les difficultés qui peuvent être associées à l'abus d'alcool. À mon avis, nous aurions tout avantage à nous y mettre comme société; à mieux s'éduquer et à mieux éduquer nos jeunes à propos des dangers possibles de l'alcool.

**9) LA PRÉVENTION DE MASSE, NOTAMMENT PAR L'ENTREMISE DE CAMPAGNES PUBLICITAIRES : EST-CE QUE ÇA FONCTIONNE?**

**Sans doute que oui.** Ces campagnes partent de l'idée de la littératie sociale et consistent donc à donner l'occasion aux gens de mieux connaître certains problèmes dans l'espoir que ces mêmes gens deviendront alors plus aptes à se surveiller, à se détecter et à aller, au besoin, vers les ressources d'aide appropriées. En somme, par ces campagnes, on souhaite créer un mouvement vers les services de soins. Les études menées dans le but d'évaluer l'impact de ce type de campagnes de sensibilisation sont plutôt mitigées. Il faut toutefois dire que ce sont des études très complexes à mener. Malgré cela, on continue à organiser de telles campagnes, car si elles ne sont pas concluantes pour tous, elles aident probablement au moins un sous-groupe de personnes, celui formé de gens peu atteints, de leurs proches et des gens qui ont un bon niveau d'éducation. Cependant, compte tenu des limites de tels programmes, il convient toujours de multiplier les moyens mis en place afin de venir en aide aux personnes en difficulté.

**10) ON A LONGTEMPS ENTENDU QU'IL N'EXISTAIT PAS DE BASE GÉNÉTIQUE AU SUICIDE; EST-CE QUE LES DÉCOUVERTES RÉCENTES VONT TOUJOURS DANS CE SENS?**

**Non.** Les connaissances, dans ce domaine, ont beaucoup évolué depuis les quinze dernières années. Ce qu'on sait maintenant, c'est qu'il y a des dimensions de transmission génétique, chromosomique donc, pour des traits associés à l'impulsivité et à l'agressivité. Ces traits sont associés à un plus haut risque de suicide.

Des recherches récentes menées en laboratoire avec des souris sont également venues confirmer certaines hypothèses à propos de l'impact des comportements de maternage de la mère sur le développement des cerveaux des bébés. Ces études indiquent en effet que les bébés souris qui bénéficient d'un bon maternage (p. ex. pour les soins de toilette) présentent un développement cérébral plus important que les bébés souris dont les mères n'ont pas de bonnes pratiques parentales.

On voit donc que l'inné peut interagir avec l'environnement et provoquer des effets sur le plan biologique. Malheureusement, cela nous indique aussi que les inégalités en matière de risque suicidaire peuvent commencer très tôt dans la vie.

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

**\_BIBLIOGRAPHIE**

Séguin, M., Brunet, A., Leblanc, L. (2006) *Intervention en situation de crise et en contexte traumatique*. Montréal : Gaëtan Morin éditeur, 201p.

Site web du Groupe McGill d'études sur le suicide (GMES) : [www.douglasrecherche.qc.ca/groups/suicide](http://www.douglasrecherche.qc.ca/groups/suicide)

Site web du réseau québécois de recherche sur le suicide (RQRS) : <http://reseau-suicide.qc.ca>

**Célibataire?**  
 Professionnel | Diplômé | Cadre | Entrepreneur

À chacun sa spécialité...  
 La nôtre, vous aider à rencontrer !

www.**BOITEVISUELLE**.com  
**514.528.8885**

**LA BOÎTE VISUELLE**

Cocktail | Souper | Plein air | Culture

**Le CEP offre les services suivants :**

**PSYCHOLOGIE**

- **Suivi thérapeutique selon les approches cognitivo-comportementale, humaniste, psychodynamique et systémique**
- **Consultation individuelle, de couple et familiale**  
 Anxiété/Phobie/Panique • Trauma • Dépression/Burnout/Deuil  
 Douleur • Dépendance • Difficultés interpersonnelles  
 Troubles alimentaires (Anorexie/Boulimie/Obésité)
- **Formations Grand Public**  
 Gestion de l'anxiété : 5 Mai 2010  
 Un espace pour soi parmi les autres : 6 mars 2010
- **Perfectionnement professionnel**  
 Réactions post-trauma complexes : 7 Mai 2010
- **Location de bureaux de consultation ou salle de conférence**

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

Laurier



## Dr<sup>e</sup> Janie Houle

Professeure au Département de psychologie de l'Université du Québec à Montréal, chercheure au Centre de recherche et d'intervention sur le suicide et l'euthanasie (CRISE) et membre de l'équipe Masculinités & Société.

houle.janie@uqam.ca



## Marc-André Dufour / Psychologue

Psychologue à la base militaire de Valcartier et ancien coordonnateur du Centre de prévention du suicide de Québec. Il s'intéresse particulièrement à la diminution de l'acceptabilité sociale du suicide.

m.adufour@hotmail.com

# Intervenir auprès des hommes suicidaires

Les hommes sont quatre fois plus nombreux que les femmes à s'enlever la vie au Québec. La socialisation masculine est une variable centrale au phénomène. Cet article vise à mieux comprendre l'influence du rôle masculin traditionnel sur les conduites suicidaires et à proposer quelques pistes d'interventions adaptées aux clientèles masculines.

## LE RÔLE MASCULIN TRADITIONNEL

L'étude de l'influence du genre masculin sur la santé a beaucoup évolué au cours des dernières années, passant d'une vision monolithique à la reconnaissance d'une masculinité plurielle et en constante évolution (Connell, 2005; Courtenay, 2000). Bien qu'il puisse sembler obsolète, le rôle masculin traditionnel demeure néanmoins très présent au sein de la population masculine. Il influence la manière dont les hommes interprètent les événements qui surviennent dans leur vie tout comme le choix des stratégies d'adaptation qu'ils vont privilégier dans les moments

difficiles. Une étude récente a montré que l'adhésion au rôle masculin traditionnel accroît le risque de commettre une tentative de suicide en raison de son impact négatif sur le soutien social, la demande d'aide et l'état mental (Houle *et al.*, 2008). Les hommes qui adhèrent à une forme plus traditionnelle de masculinité rencontrent des défis importants lorsqu'ils traversent une crise suicidaire. En plus d'entretenir des attitudes plus favorables au suicide, ils hésitent à recourir au soutien de leur entourage et aux ressources d'aide (Galdas *et al.*, 2005). Plusieurs hommes sont sceptiques à l'égard des psychothérapies, étant d'avis qu'elles ne consistent qu'à « parler de ses problèmes », sans améliorer réellement leur situation (Rabinowitz et Cochran, 2001). Les exigences de la psychothérapie traditionnelle entrent d'ailleurs en contradiction avec celles du rôle masculin traditionnel (voir tableau 1), de sorte que l'assiduité au traitement est plus difficile à obtenir chez les hommes (Ayuso-Mateos *et al.*, 2007). Quelques stratégies peuvent contribuer à diminuer les risques d'abandon prématuré et être utiles dans l'intervention auprès des hommes suicidaires.

TABLEAU 1 : CONTRADICTIONS ENTRE LES EXIGENCES DE LA PSYCHOTHÉRAPIE ET CELLES DU RÔLE MASCULIN TRADITIONNEL

EXIGENCES DE LA PSYCHOTHÉRAPIE	EXIGENCES DU RÔLE MASCULIN
DÉVOILER LA VIE PRIVÉE	CACHER LA VIE PRIVÉE
RENONCER AU CONTRÔLE	MAINTENIR LE CONTRÔLE
INTIMITÉ NON SEXUELLE	SEXUALISATION DE L'INTIMITÉ
MONTRER SES FAIBLESSES	MONTRER SA FORCE
EXPÉRIMENTER LA HONTE	EXPRIMER SA FIERTÉ
ÊTRE VULNÉRABLE	ÊTRE INVINCIBLE
CHERCHER DE L'AIDE	ÊTRE INDÉPENDANT
EXPRIMER LES ÉMOTIONS	ÊTRE STOÏQUE
ÊTRE INTROSPECTIF	AGIR-FAIRE
S'ATTAQUER AUX CONFLITS	ÉVITER LES CONFLITS
CONFRONTER SA DOULEUR	NIER SA DOULEUR
RECONNAÎTRE SES ÉCHECS	PERSISTER INDÉFINIMENT
ADMETTRE SON IGNORANCE	FEINDRE L'OMNISCIENCE

Source : Brooks (1998) cité dans Dulac (2009)

## INTERVENTIONS ADAPTÉES AUX HOMMES SUICIDAIRES

**Consolider l'alliance thérapeutique.** Il importe avant toute chose d'accueillir comme légitime et compréhensible la détresse de l'homme et son désir d'arrêter de souffrir. Cet accueil inconditionnel est en lui-même porteur d'espoir. Il faut résister au réflexe d'intervenir trop rapidement et accepter de plonger au cœur de la tourmente en gérant sa propre insécurité. Pour accorder davantage de crédibilité à la suite de votre intervention, l'homme en détresse doit d'abord percevoir que vous le comprenez et l'acceptez dans ce qu'il vit. Bien que le motif de consultation puisse sembler flou, évitez de placer l'homme en position de demandeur. Il lui est déjà difficile de se montrer vulnérable devant vous, veillez à ce qu'il n'ait pas à justifier sa présence dans votre bureau. Des questions telles que *Qu'est-ce qui vous amène à consulter? Quelle est votre demande, quels sont vos besoins? Comment puis-je vous aider?* sont à éviter. Elles sont trop abstraites pour un homme peu familier avec le processus psychothérapeutique et peuvent susciter chez lui des sentiments de honte et d'incompétence. Il en va de même pour l'utilisation du silence en début de suivi. Il est préférable de lui demander : *Parlez-moi de ce qui vous arrive, de votre situation. Parlez-moi de ce que les gens vous reprochent. Quels sont les motifs que votre conjointe a évoqués pour exiger que vous consultiez?* Résistez à votre désir de le questionner trop rapidement sur ses affects pour le laisser dans une zone de confort où il peut décrire des faits et des situations. D'ailleurs, les approches plus structurées, qui mettent rapidement l'homme dans l'action, comme les approches orientées vers les solutions (De Shazer, 1985), peuvent être préférables à celles plus traditionnelles axées sur l'expression des émotions et la résolution de problèmes. Posez des questions qui font ressortir ses forces et le remettent en contact avec sa fierté : *Comment avez-vous réussi à fonctionner aussi longtemps dans ce milieu? Comment êtes-vous parvenu à prendre soin de votre famille malgré toutes les épreuves que vous avez traversées?* L'homme doit percevoir que vous posez de bonnes questions, êtes dynamique, actif et compréhensif. Car s'il perçoit le suicide comme un moyen rapide, concret et efficace de régler ses difficultés, votre intervention doit également posséder ces qualités. Bref, l'homme doit réaliser que non seulement le psychologue vit sur la même planète que lui, mais qu'il le comprend et pourrait peut-être même l'aider!

**Expliquer la démarche en utilisant une imagerie masculine.** L'homme en détresse doit comprendre, dès la première rencontre, la nature de la démarche thérapeutique et les résultats auxquels il peut s'attendre de manière à saisir les bénéfices que la psychothérapie pourra lui apporter (Deering et Gannon, 2005). Utilisez des images qui correspondent à l'univers masculin. Les aléas de l'enfance deviennent les fondations d'une maison : il faut parfois travailler fort et creuser davantage pour colmater certaines brèches

sous la surface du sol. La personnalité devient la structure d'un pont ou d'un bâtiment et les épreuves de la vie, les charges exercées sur cette structure. Les comptes-rendus d'évaluation et les propositions de traitement peuvent parfois prendre l'apparence d'une soumission pour des travaux de rénovation!

Les approches plus structurées, qui mettent rapidement l'homme dans l'action, comme les approches orientées vers les solutions, peuvent être préférables à celles plus traditionnelles

**Préserver la relation avec la conjointe.** Le suicide des hommes survient souvent dans un contexte de séparation amoureuse. Pour plusieurs hommes, la conjointe est la principale, voire l'unique source de soutien émotif. Elle joue également un rôle important dans la demande d'aide en légitimant le besoin de consulter et en l'accompagnant vers les ressources. Évitez de conclure à une absence de motivation ou de responsabilisation chez l'homme s'il a laissé à sa conjointe le soin de prendre le premier rendez-vous. Il s'agit bien souvent d'une répartition courante des tâches dans la famille. Par ailleurs, le fait que l'homme soit en changement et qu'il se confie à l'extérieur du couple peut causer des bouleversements chez la conjointe et être source de conflits. Aider l'homme à traduire en mots sa démarche psychothérapeutique et à l'expliquer à sa conjointe pourrait permettre d'améliorer la compréhension mutuelle et prévenir les disputes. Comme la conjointe est souvent celle qui demande à l'homme de consulter, il peut être utile de s'en servir pour créer l'alliance. Amenez l'homme à identifier, puis à poser quelques gestes concrets qui pourraient démontrer à sa conjointe que la thérapie réussit et qu'il va mieux. Ces gestes auront un effet systémique rapide et observable pour l'homme qui consulte et le convaincra de l'utilité de la démarche.

**Aborder les inconvénients du suicide.** Les hommes sont plus nombreux que les femmes à considérer le suicide comme acceptable. Le suicide est un moyen de mettre fin à ses souffrances seul et par l'agir et conséquemment, un comportement cohérent de prime abord avec les exigences du rôle masculin traditionnel. Pourtant, à bien des égards, le suicide va à l'encontre du code de la masculinité et ces contradictions peuvent servir de leviers d'intervention. Enfermé dans sa souffrance, l'homme croit à tort que son suicide soulagera ses proches : l'assurance vie permettra de payer les dettes, les enfants cesseront d'avoir un mauvais

modèle, la famille sera libérée d'un fardeau, etc. Il n'est pas conscient des impacts dévastateurs que son suicide aura inévitablement sur ses proches. Fort de l'alliance thérapeutique que vous avez construite avec lui, vous devez l'amener à réaliser les conséquences réelles du geste qu'il s'apprête à poser. Vous pouvez également mentionner que le suicide entraîne souvent un deuil traumatique chez les proches, en plus d'accroître considérablement leur risque de suicide. Le suicide n'élimine pas la souffrance, il la multiplie par le nombre de proches qui voient leur vie basculer à la suite de ce geste. Voici une image que vous pouvez utiliser et qui est efficace auprès des hommes : *Imaginez un homme qui part en expédition en forêt avec sa femme, ses enfants, sa mère âgée, ses amis, etc. Imaginez que cet homme transporte avec lui un sac immense et surchargé sur ses épaules. Ses amis lui offrent de prendre quelques instants de repos, de l'aider à transporter son ballot, mais l'homme refuse de se montrer vulnérable et continue à porter seul son fardeau. La nuit venue, alors que ses proches dorment, il distribue sa charge dans les sacs de sa femme, de ses enfants, de sa mère âgée et de ses amis, puis les abandonne en leur laissant une note expliquant qu'il n'en pouvait plus, que c'était trop lourd.* Cette histoire fait réaliser à l'homme que son suicide, plutôt que de régler des problèmes et soulager sa famille d'un fardeau, l'accable d'une charge encore plus grande. Est-ce le modèle qu'il souhaite donner à ses enfants et l'héritage qu'il souhaite leur léguer? Bien sûr que non. Même si l'homme est convaincu que sa vie ne vaut plus rien et qu'il aimerait y mettre un terme, il ne doit jamais oublier que sa vie est indissociable de celle de sa famille. En intervention auprès d'un homme suicidaire, il est préférable de l'encourager à « penser aux autres » plutôt qu'à « penser à lui », comme nous le suggérons souvent à nos clients en thérapie.

**Explorer les raisons de vivre et travailler l'ambivalence.** Chez une personne suicidaire, l'ambivalence est toujours présente : il y a une partie qui souffre et veut mourir, et une autre qui veut vivre. Les raisons de vivre sont les facteurs de protection les plus importants du suicide. Après avoir amené l'homme à réaliser que le suicide n'est pas une option acceptable pour lui, il importe de le remettre en contact avec ses raisons de vivre. Il faut consacrer beaucoup de temps à cette exploration, car en elle-même, l'évocation des raisons de vivre a un effet bénéfique. Il faut aider l'homme à visualiser un futur où cela vaut la peine de rester en vie. Lorsqu'une personne pense au suicide, ce n'est pas son passé qui est remis en question, mais son avenir. Puisque le suicide est une solution permanente à un problème temporaire, vous pouvez encourager l'homme à se donner du temps, à mettre sa vie entre parenthèses pour évaluer des options qui seront moins dommageables pour ses proches. Rester vivant pour les autres est une motivation qui peut redonner de la fierté à l'homme et le convaincre, du moins à court terme, de ne pas passer à l'acte. Ce délai sera précieux pour reconnecter l'homme avec ses propres raisons de vivre, ses passions, ses rêves et ses projets. Un contrat de

non-suicide peut également être formulé, contrat dans lequel l'homme s'engage à vous contacter ou à téléphoner dans un centre de prévention du suicide (1 866 APPELLE) avant de commettre un geste suicidaire. Ce type d'entente ne doit pas créer chez vous un faux sentiment de sécurité. Cependant, il peut s'avérer utile auprès des hommes suicidaires, car il est cohérent avec le code de la masculinité qui préconise des valeurs telles que l'engagement, la confiance et l'honneur.

**Diminuer le stigma associé à la psychothérapie et au congé de maladie.** Le congé de maladie pris en raison de problèmes psychologiques est très stigmatisant pour l'homme, car il officialise sa faiblesse aux yeux de ses collègues. Il peut être utile de recadrer le congé de maladie comme une pause nécessaire pour refaire ses forces après avoir travaillé très (trop) fort. Il est également important de souligner qu'un congé de maladie dans ce contexte est loin d'être des vacances, que le travail sur soi que l'homme s'apprête à faire est probablement plus difficile que d'aller au bureau. Il peut être utile de souligner aussi que les femmes voient positivement les hommes qui s'engagent dans une telle démarche d'introspection et qu'il faut beaucoup de courage pour être capable de se remettre en question. La psychothérapie sera davantage acceptée par l'homme si elle est perçue comme un moyen de retrouver sa masculinité, c'est-à-dire reprendre son travail, plaire aux femmes s'il est célibataire, ou jouer correctement son rôle de conjoint et de père s'il a une famille (O'Brien *et al.*, 2005).

## BIBLIOGRAPHIE

- Ayuso-Mateos, J. L., Pereda, A., Dunn, G., et al. (2007). Predictors of compliance with psychological interventions offered in the community. *Psychological Medicine*, 37, 717-725.
- Connell, R. W., Messerschmidt, J. W. (2005). Hegemonic masculinity. Rethinking the concept. *Gender & Society*, 19(6), 829-859.
- Courtenay, W. H. (2000). Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. *Social Science and Medicine*, 50, 1385-1401.
- Deering, C. G., Gannon, E. J. (2005). Gender and psychotherapy with traditional men. *American Journal of Psychotherapy*, 59(4), 351-360.
- De Shazer, S. (1985). *Keys to solution in brief therapy*. New York: Norton.
- Dulac, G. (1999). *Intervenir auprès des clientèles masculines. Théories et pratiques québécoises*. A.I.D.R.A.H.
- Galdas, P. M., Cheater, F., Marshall, P. (2005). Men and health help-seeking behaviour: literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 49(6), 616-623.
- Houle, J., Mishara, B. L., Chagnon, F. (2008). An empirical test of a mediation model of the impact of traditional masculine roles on suicidal behavior in men. *Journal of Affective Disorders*, 107, 37-43.
- O'Brien, R., Hunt, K., Hart, G. (2005). It's caveman stuff, but that is to a certain extent how guys still operate: men's accounts of masculinity and help seeking. *Social Science and Medicine*, 61, 503-516.
- Rabinowitz, F., Cochran, S. (2001). *Deepening psychotherapy with men*. Washington DC: American Psychological Association.

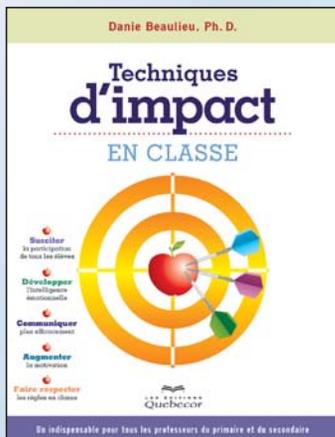
# Vient de paraître

**Danie Beaulieu**

Ph. D.  
(psychologie)

## **Techniques d'impact en classe**

Susciter la participation de tous les élèves. Développer l'intelligence émotionnelle. Augmenter la motivation.

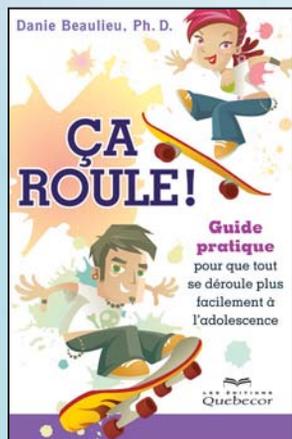


**Danie Beaulieu**

Ph. D.  
(psychologie)

## **Ça roule!**

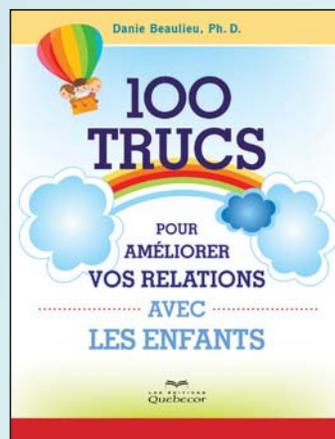
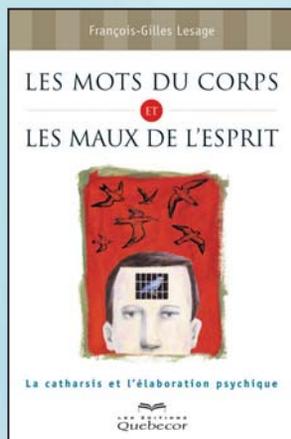
Guide pratique pour que tout se déroule plus facilement à l'adolescence.



**François-Gilles Lesage**

## **Les mots de l'esprit et les maux du corps**

La catharsis est une décharge émotionnelle libératrice liée à l'extériorisation du souvenir d'événements traumatisants et refoulés.

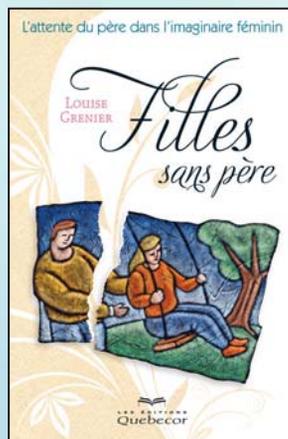


**Danie Beaulieu**

Ph. D.  
(psychologie)

## **100 trucs pour améliorer vos relations avec les enfants**

Le rôle des parents dans le développement des enfants.



**Louise Grenier**

Psychologue et psychanalyste

## **Filles sans père**

2<sup>e</sup> édition. L'attente du père dans l'imaginaire féminin.

LES ÉDITIONS  
**Quebecor**

**LES ÉDITIONS QUEBECOR**

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

Courriel : [simard.jacques@quebecoreditions.com](mailto:simard.jacques@quebecoreditions.com)

**En vente  
dans toutes les librairies  
du Québec et en Europe**

**Pour en savoir plus : [www.quebecoreditions.com](http://www.quebecoreditions.com)**



**Julie Lane**

Ph. D. en éducation

Chercheure et coordonnatrice de l'équipe « Soutien au développement des pratiques » au CSSS-IUGS

(Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke). Elle initie et coordonne des activités et des recherches qui visent le développement des pratiques des intervenants et des gestionnaires en CSSS.



**Julie Gauthier**

M. A. en sociologie

Agente de recherche au ministère de la Santé et des Services sociaux



**Brigitte Lavoie**

Psychologue

Conseillère clinique à Suicide Action Montréal, Brigitte Lavoie a été

responsable du développement des outils à SAM après avoir occupé le poste de directrice pendant plusieurs années.

# Des guides novateurs pour soutenir l'amélioration des pratiques en CSSS

## POURQUOI AMÉLIORER LA PRÉVENTION DU SUICIDE EN CSSS?

Le Québec détient le plus haut taux de suicide au Canada (INSPQ, 2008). Après avoir connu une hausse au cours des années 1990, le taux de suicide tend à diminuer depuis le début des années 2000. Ces résultats encourageants ne doivent pas masquer le fait que le taux de suicide du Québec se situe parmi les plus élevés dans les pays industrialisés (INSPQ, 2008).

Par ailleurs, on sait que l'efficacité des systèmes de santé et de services sociaux repose sur des services de première ligne forts (Fleury, 2009). À cet égard, les Centres de santé et de services sociaux (CSSS) sont des acteurs importants pour prévenir le suicide, notamment, parce que plusieurs personnes qui se suicident ou qui tentent de le faire « utilisent des services de santé dans les semaines, les jours ou les heures précédant leur passage à l'acte » (Houle *et al.*, 2006, p. 4).

C'est dans ce contexte que le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a initié la production des guides de bonnes pratiques en prévention du suicide à l'intention des CSSS. Cette initiative s'inscrit en droite ligne avec les orientations ministérielles en prévention du suicide définies à l'intérieur du Programme national de santé publique 2003-2012 et du Plan d'action en santé mentale 2005-2010 - La force des liens. Elle vise donc à renforcer la prévention du suicide en prenant pour appui la concertation des partenaires du réseau local de services (RLS) de santé et de services sociaux.

Deux guides de bonnes pratiques en prévention du suicide à l'intention des CSSS ont été élaborés dont l'un vise les intervenants et l'autre, les gestionnaires de services susceptibles de recevoir des personnes suicidaires. Cet article vise à : 1) décrire brièvement les aspects novateurs des guides et 2) vous donner un avant-goût du guide destiné aux intervenants.

## EN QUOI LES GUIDES DE BONNES PRATIQUES EN PRÉVENTION DU SUICIDE EN CSSS SONT-ILS NOVATEURS ?

Les guides sont adaptés à la réalité particulière des CSSS. Pour permettre cette adaptation, une analyse des besoins des intervenants a été effectuée. Cette analyse a sollicité la participation d'une centaine d'intervenants de huit CSSS et de sept Centres de prévention du suicide (CPS). Une fois terminés,

les guides ont été validés par une vingtaine d'intervenants et des gestionnaires de CSSS et de CPS. Cette analyse des besoins et la validation des guides permettent ainsi l'adaptation des guides à la réalité des CSSS.

D'autre part, les guides combinent et croisent les pratiques issues des résultats de recherche et celles provenant de l'expérience des intervenants. À ce sujet, il est reconnu que les intervenants psychosociaux utilisent peu les résultats de recherche pour alimenter leur pratique (Dagenais, 2006). L'analyse des besoins allait dans ce sens en démontrant que des pratiques d'intervention, jugées plus efficaces par les recherches dans le domaine du suicide, étaient peu utilisées par les intervenants des CSSS (Lane et Archambault, 2008). Les guides visent ainsi à soutenir les intervenants dans leurs efforts pour fonder davantage leurs pratiques sur des résultats de recherche. Toutefois, les guides font aussi la promotion des savoirs d'expérience des intervenants et des gestionnaires qui maîtrisent les aspects concrets de l'intervention auprès des personnes suicidaires.

Par ailleurs, les guides proposent une approche globale de la prévention du suicide et visent à outiller à la fois les intervenants et les gestionnaires, et ce, parce que ces derniers disposent de leviers particuliers pour améliorer les services en prévention du suicide. Ainsi, le guide pour les gestionnaires vise à les soutenir dans : 1) le déploiement des bonnes pratiques d'intervention en prévention du suicide et 2) le rehaussement de la qualité, de la continuité et de l'accessibilité des services en prévention du suicide.

De plus, les guides, contrairement à bien d'autres guides, ont été élaborés à l'aide d'une approche andragogique. Ils se veulent simples, vulgarisés et adaptés à la réalité de la pratique des intervenants. Les pratiques proposées sont toujours présentées à l'aide du même gabarit de présentation pour faciliter le repérage et l'utilisation des pratiques.

Enfin, les guides visent à favoriser le partenariat entre les organisations du RLS. Les deux guides exposent, de façon détaillée, les rôles et les services de chacun de ces partenaires (ex. : CPS, centre de crise, urgence hospitalière, cliniques médicales, services 911, services policiers, milieux de vie avec des sentinelles, etc.). Cette présentation permet de : 1) donner le message clair que

la prévention du suicide constitue une responsabilité partagée et 2) reconnaître l'expertise et la contribution de chacun des partenaires, et ce, dans l'optique de faciliter les collaborations dans l'intervention.

### QUELLES SONT LES PRATIQUES PROPOSÉES DANS LE GUIDE POUR LES INTERVENANTS DES CSSS?

Le guide pour les intervenants vise à contribuer au rehaussement des compétences professionnelles des intervenants des CSSS en prévention du suicide. Ce guide propose des pratiques qui s'inscrivent, de façon générale, dans une approche orientée vers les solutions. Cette approche permet de travailler l'ambivalence de la personne suicidaire tout au long du processus d'intervention (Fiske, 1998). Cette approche apparaît cohérente avec les visées de l'intervention de crise suicidaire tout en étant adaptée à la réalité particulière des CSSS. À ce sujet, cette approche requiert, dans certains cas, moins de rencontres pour atteindre les mêmes résultats (Trepper *et al.*, 2006). Les pratiques qui se retrouvent dans le guide sont présentées à partir du processus d'intervention qui se retrouve à la figure 1.

Les étapes du processus d'intervention, qui se retrouvent dans les carrés près de la personne suicidaire, permettent d'actualiser l'approche centrée sur les solutions auprès de la personne suicidaire. Les étapes, qui se retrouvent dans le cercle périphérique, sont transversales et peuvent teinter chacune des étapes précédemment décrites (ex. : adapter l'intervention aux caractéristiques de la personne suicidaire). Chacune de ces étapes ne doit pas s'appliquer de façon rigide et séquentielle. À l'aide du jugement clinique de l'intervenant, elles doivent être appliquées avec souplesse afin de permettre une adaptation de l'intervention aux besoins de la personne suicidaire.

Nous vous présentons dans ce texte un sommaire des pratiques proposées aux étapes qui sont moins traditionnellement utilisées dans l'intervention auprès de la personne suicidaire. De plus, le guide propose aussi aux intervenants d'utiliser la grille d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire, développée par Suicide Action Montréal (SAM) et le Centre Dollard-Cormier Institut universitaire sur les dépendances (CDC-IUD). Puisque cette grille est décrite dans l'article de Brigitte Lavoie et Marie Lecavalier, nous ne la présenterons pas ici.

Les étapes que nous décrivons doivent être déployées seulement si la personne collabore et qu'elle n'est pas en danger grave et immédiat. Les pratiques sont inspirées principalement des travaux de Greene *et al.* (2000), de Sharry *et al.* (2002) et de Fiske (1998).

Ainsi, de façon sommaire à l'étape « **identifier un but à atteindre** » et un futur qui vaut la peine d'être vécu, l'intervenant est invité à :

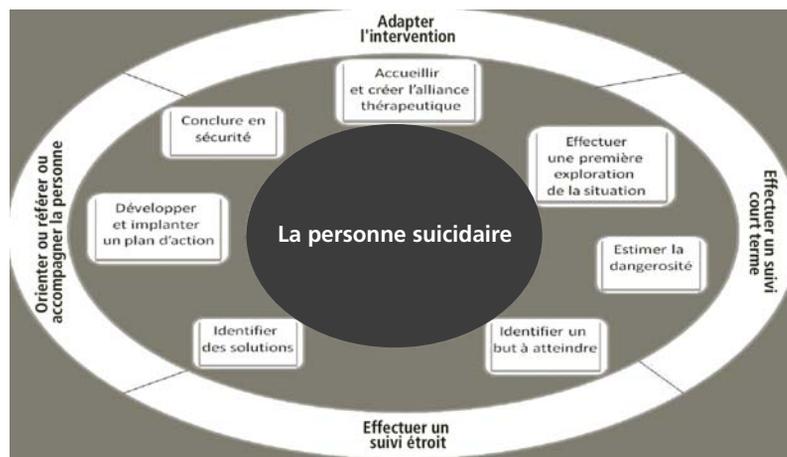
- :: convier la personne suicidaire à penser en termes de buts à atteindre (ex. : *comment aimeriez-vous vous sentir?*);
- :: poser une « question miracle » à la personne suicidaire l'aidant ainsi à se projeter dans un avenir meilleur et à entrevoir des possibilités inexplorées (ex. : *imaginez que lorsque vous dormirez cette nuit, un miracle arrive et tous vos soucis prennent fin. Lorsque vous vous levez le lendemain matin, qu'est-ce qui vous indiquerait que quelque chose a changé dans votre vie?*);
- :: demander à la personne suicidaire comment son entourage pourrait percevoir les changements positifs qui s'opèrent dans sa vie, et ce, pour lui fournir des indicateurs supplémentaires et concrets liés à son changement;

- :: utiliser ponctuellement une « question graduée » afin de vérifier si un changement, aussi minime soit-il, s'est produit (ex. : *sur une échelle de 1 à 10 où vous situez-vous, 10 étant l'atteinte du but imaginé que vous venez de m'exposer et 1 le pire scénario qui vous éloignerait de ce but?*).

À l'étape « **identifier des solutions avec la personne suicidaire** », l'intervenant est invité à :

- :: amener la personne à identifier des moments d'exception dans sa situation présente (ex. : *quand vous ne pensez pas au suicide, que se passe-t-il de différent dans votre vie?*);
- :: questionner la personne suicidaire sur son passé afin de vérifier si elle a vécu un tel épisode suicidaire et pour découvrir les solutions appliquées à ce moment-là (ex. : *avez-vous déjà eu cette difficulté dans le passé? Si oui, comment l'avez-vous résolue?*);

FIGURE 1 : PROCESSUS D'INTERVENTION PROPOSÉ DANS LE GUIDE DE BONNES PRATIQUES POUR LES INTERVENANTS DES CSSS



- :: aider la personne suicidaire à découvrir ses aptitudes et ses habiletés dans d'autres sphères de son existence et la questionner sur la possibilité de les utiliser pour se sortir de sa situation;
- :: poser des questions qui invitent la personne suicidaire à exprimer comment elle se voit dans le processus de changement tout en évaluant sa situation et ses progrès.

Pour l'étape « **développer et implanter un plan d'action** », en recentrant l'attention de la personne sur les aspects positifs de sa vie, l'intervenant est invité à :

- :: suggérer à la personne suicidaire une tâche qui consiste à réorienter son attention vers les aspects positifs de sa vie (ex. : *à partir d'aujourd'hui jusqu'à notre prochaine rencontre, j'aimerais que vous observiez les moindres petites choses qui arrivent dans votre vie et que vous souhaiteriez voir se répéter, car elles vous font du bien*);
- :: inciter la personne suicidaire à être plus consciente de ses habiletés (ex. : *pour la semaine à venir, prêtez attention et retenez ce que vous avez fait et comment vous avez fait pour éloigner les pensées suicidaires ou le comportement qui vous nuit*);
- :: proposer une tâche qui invite la personne suicidaire à imaginer que le but qu'elle vise, décrit ultérieurement grâce à la question miracle, est atteint (ex. : *imaginez que le miracle est arrivé et que ce que vous désirez se réalise. Cette semaine, je vous encourage à faire les choses comme si le souci était résolu. Notez ce que vous faites de différent et comment les gens de votre entourage réagissent*).

Si la personne a déjà été en danger grave et immédiat ou en danger grave à court terme, le guide propose des pratiques spécifiques pour lui offrir un suivi étroit. Pour « **effectuer un suivi étroit** », l'intervenant est invité à :

- :: effectuer un premier contact avec la personne avant sa sortie de l'hôpital ou du centre d'hébergement de crise;
- :: effectuer la première rencontre du suivi étroit dans les 24 à 48 heures suivant la sortie;
- :: rencontrer et réévaluer la personne au moins chaque semaine dans les premières semaines suivant la sortie;
- :: effectuer des relances immédiates aux personnes ne se présentant pas à leur rendez-vous (relances téléphoniques ou à domicile).

Enfin, il importe de souligner que le guide propose de nombreuses pratiques pour « **adapter l'intervention** » aux caractéristiques particulières de certaines populations : les hommes; la population autochtone; la population homosexuelle, bisexuelle et transsexuelle; les jeunes de 15 à 24 ans; les personnes âgées de 65 ans et plus; les personnes incarcérées; les personnes ayant vécu des épisodes de blessures auto-infligées; les personnes ayant

un problème de santé mentale; les personnes présentant un problème de dépendance à l'alcool et/ou à la drogue.

### ENFIN, QUAND POURREZ-VOUS AVOIR ACCÈS AUX GUIDES ?

Nous espérons que cet article a su stimuler votre intérêt pour les guides de bonnes pratiques en prévention du suicide en CSSS. Les guides seront diffusés en 2010, entre autres, sur le site Web du MSSS. Plusieurs stratégies de diffusion et d'appropriation des guides seront éventuellement déployées dans les 95 CSSS (ex. : formations, ateliers, outils, etc.). Dans la planification et la mise en œuvre des différentes stratégies, le MSSS continuera d'encourager la collaboration entre le réseau public et les organismes communautaires au plus grand bénéfice de la population, des personnes suicidaires et de leur entourage. En agissant tous ensemble, de façon concertée et cohérente, nous améliorons la prévention du suicide au Québec.

Les auteures souhaitent remercier : Johanne Archambault du CSSS-IUGS pour la révision de l'article; Marthe Hamel du MSSS pour avoir initié la production des guides; Johanne Archambault, Marilou Collins-Poulette, Raymonde Camirand du CSSS-IUGS pour leur collaboration à rédaction des guides et Marthe Hamel, Christine Pakenham, Josée Lepage et Johanne Rhainds du MSSS pour leur collaboration aux orientations des guides.

### \_BIBLIOGRAPHIE

- Dagenais, C. (2006). Vers une utilisation accrue des résultats issus de la recherche par les intervenants sociaux. Quels modèles de transfert de connaissances privilégier? *Les sciences de l'éducation pour l'ère nouvelle*, 39 (3), pp. 23-35.
- Fleury, M.-J. (2009). Santé mentale en première ligne. *Santé mentale au Québec*, Vol. XXXIV(1) printemps, pp. 19-34.
- Fiske, H. (1998). Applications of Solution-Focused Brief Therapy in Suicide Prevention. In De Leo, D. and Diekstra, R.F.W. (dir.), *Suicide Prevention: A Holistic Approach*, (pp. 185-197). Dordrecht : Kluwer Academic Publishers.
- Greene, G., Mo-Yee Lee, J., Trask, R. et Rheinscheld, J. (2000). How to Work With Client's Strengths in Crisis Intervention: A Solution-Focused Approach. In Albert R. Roberts (dir.), *Crisis Intervention Handbook: Assessment, Treatment, and Research*. (pp. 31-55). Oxford University Press.
- Houle, J. et al. (2006). *Vers une meilleure continuité des services pour les personnes suicidaires : évaluation d'implantation du protocole Marco*. Montréal : Direction de santé publique.
- Institut national de santé publique du Québec (2008). *Surveillance de la mortalité par suicide au Québec : ampleur et évolution du problème de 1981 à 2006*. Gouvernement du Québec.
- Lane, J. Archambault, J. (à paraître). *Perceptions d'intervenants au regard de la prévention du suicide en Centre de santé et de services sociaux*. Québec : ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Sharry, J., Darmody, M. et Madden, B. (2002). A solution-focused approach to working with clients who are suicidal. *British Journal of Guidance and Counselling*, 30 (4), pp. 383-399.
- Trepper, S. et al. (2006). Steve de Shazer and the future of solution focused therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 32 (2), pp. 133-139.

Rester droit et se parer d'invincibilité quand l'édifice de son bonheur s'écroule a poussé bien des policiers à mettre fin à leurs jours. Aujourd'hui, leurs confrères du Service de police de la Ville de Montréal (SPVM) le disent tout haut : ils ne veulent pas opter pour cette fin ultime. De plus en plus de voix se joignent à eux grâce au Programme de prévention du suicide de leur service : *Ensemble pour la vie* qui leur permet de s'épauler mutuellement, mais également de lever le voile sur leurs tourments avant qu'il soit trop tard.

# Programme de prévention du suicide du SPVM

## Les policiers en crise outillés pour choisir la vie

Action-réaction : les policiers doivent agir rapidement dans des contextes souvent critiques, parfois dangereux et incidemment, réfréner leurs sentiments lorsque vient le temps de régler des problèmes. Une crise d'ordre personnel (problèmes familiaux, épuisement, échec professionnel) peut briser leur carapace et susciter rapidement le désir d'en finir avec la souffrance. L'accès à une arme augmente le risque de passage à l'acte. C'est ainsi que l'on déplore plus de suicides que de morts en devoir chez les policiers<sup>1</sup>.

Le Service de police de la Communauté urbaine de Montréal (SPCUM), aujourd'hui le Service de police de la Ville de Montréal, a mis en place, au début des années 90, le Programme d'aide pour les policiers et policières (PAPP) qui éprouvent des difficultés dans leur vie personnelle ou professionnelle, après quoi il a élaboré un volet prévention du suicide (*Ensemble pour la vie*) avec l'appui de la Fraternité des policiers et policières. « Nous avons la responsabilité, à titre de psychologues, d'agir face à une telle situation. Nous avons réussi à éviter plusieurs suicides et même si on ne peut tous les prévenir, nous ne pouvons plus dire que nous n'avons rien fait lorsqu'il y a un suicide », déclare le D<sup>r</sup> Normand Martin, psychologue responsable du PAPP et du Programme de prévention du suicide. Il déplore par ailleurs que l'on retrouve rarement ce type de programme en milieu de travail.

Les chiffres confirment d'ailleurs la première partie de sa déclaration : entre 1980 et 1990, on comptait 18 décès par suicide chez les policiers de Montréal, deux fois moins entre 1990 et 2000 et cette diminution est plus marquée depuis 2000, avec quatre décès. Les statistiques sont probantes, mais l'évaluation en cours du programme (décrite plus loin dans cet article) révèle aussi que « sur le terrain », ses impacts sont positifs. On constate notamment une hausse des demandes d'aide auprès des services psychologiques.

### \_DÉMYSTIFIER ET SENSIBILISER

Après cinq ans de gestation, de consultation auprès des policiers et la formation d'un comité d'experts en association avec le Centre de recherche et d'intervention sur le suicide et l'euthanasie (CRISE) de l'UQAM (Université du Québec à Montréal), l'accouchement a pris la forme d'une campagne de promotion en 1997. Outre les formes de publicité d'usage (distribution d'affiches et de dépliants, articles dans les médias internes et site web), les psychologues du Programme d'aide aux employés (PAE) ont organisé des rencontres avec les équipes de policiers afin d'assurer une visibilité étendue du programme de prévention sur les lieux de travail. « Nous avons demandé aux policiers de signer l'affiche pour souligner

l'engagement humain et personnel des membres du Service à agir dans une optique de prévention », précise Normand Martin.

Après avoir ainsi levé le voile sur l'existence du programme, il fallait en présenter le contenu. Ses responsables ont donc procédé à la tournée des unités. Les psychologues ont rencontré les 4150 policiers et policières dans leur unité de travail respective, dans le cadre d'ateliers d'échanges et de discussion d'une durée de 90 minutes. « Chaque équipe devait convenir ensemble d'un plan d'action si jamais un des leurs était en détresse psychologique », précise le D<sup>r</sup> Martin.

Ces rencontres ont permis de démystifier le suicide en milieu policier tout en faisant naître un sentiment de compétence chez ses principaux acteurs, annihilant du coup l'impuissance souvent ressentie lorsqu'ils font face à des confrères désespérés. Elles visaient également à inoculer aux policiers le réflexe de recourir à l'aide de professionnels lorsqu'ils en sentent le besoin.

### \_FORMATION DES GESTIONNAIRES

Les superviseurs, qui jouent un rôle crucial au sein de leur équipe, de même que les représentants syndicaux et les officiers supérieurs ont reçu une formation particulière (le troisième volet du programme) avec les psychologues du PAE, Pierre Fortin et Suzanne Comeau. Ils ont notamment appris les techniques d'intervention auprès de confrères démontrant des signes de détresse psychologique.

Cette formation visait également à inciter ces gestionnaires à promouvoir la « prévention par une intervention précoce auprès du policier ou de la policière qui manifeste des idées suicidaires ».

Le Service de police a produit, pour les besoins de cette formation, une vidéo illustrant les étapes de l'intervention préventive. Les superviseurs ont émis des commentaires positifs à la suite de cette formation; certains ont affirmé avoir une compréhension accrue du processus suicidaire. Ils se disent aussi plus confiants de parvenir à convaincre un collègue terrassé par ses problèmes de recourir à l'aide professionnelle.

Le quatrième et dernier volet du programme de prévention du suicide n'est pas le moindre, puisqu'il amène les policiers au cœur de l'intervention. Le Programme policier-ressource est un service d'écoute téléphonique développé par l'agent Jean-François Cimon et géré par des bénévoles du SPVM.



Dr Normand Martin, psychologue

Les policiers qui se sentent assaillis par leurs difficultés peuvent donc téléphoner, dans l'anonymat, à des confrères ou des consœurs qui ont souffert – et se sont relevés – des mêmes maux, qu'il s'agisse de problèmes reliés au couple ou à la famille, à l'alcool et aux autres dépendances, à l'homosexualité chez les policiers ou à un événement majeur dans lequel ils ont été impliqués. « Les policiers-ressources qui répondent aux appels et qui viennent en aide à leurs collègues de travail sont appuyés par une psychologue d'expérience qui les supervise et s'assure de leur formation continue », ajoute le Dr Martin.

Sous le thème *Tu nous tiens à cœur*, la troisième phase, qui vient de débiter, cible le soutien social par le biais « d'exercices ». Dans le cadre de *Mon équipe me tient à cœur*, les équipes de policiers et leurs superviseurs sont invités à une journée de discussions et de mises en situation en utilisant l'exemple des deux missions du Sedna, au cours desquelles le scientifique Jean Lemire et son équipe ont sillonné les eaux de l'Arctique et de l'Antarctique. « Nous voulons faire comprendre aux policiers les notions de rites de passage, d'exclusion, de cohésion d'une équipe; comment par exemple on peut se côtoyer si longtemps dans la promiscuité sans s'arracher les cheveux », explique-t-il.

## \_RECU ET REGARD SCIENTIFIQUE

Le Programme de prévention du suicide du SPVM est en quelque sorte désormais un modèle, puisque la GRC (Gendarmerie royale du Canada) a acheté au SPVM les droits d'implanter le programme *Ensemble pour la vie*, devenu *Together for life* pour

ses unités localisées au Nouveau-Brunswick alors que des services policiers de la France et de la Belgique ont consulté les psychologues du PAPP de Montréal pour la mise en place d'un programme de prévention du suicide pour leurs membres.



À Montréal, le programme *Ensemble pour la vie* a fait l'objet en 2002 d'une évaluation<sup>2</sup> dirigée par le Dr Brian L. Mishara, directeur

du CRISE. La première phase de ce processus a permis d'évaluer quantitativement et de façon qualitative – à l'aide d'entrevues et de questionnaires – les quatre volets du programme afin d'être en mesure par la suite de se doter des outils nécessaires à sa bonification et à son amélioration.

La tournée des unités obtient une note positive : même si les chercheurs ne possédaient pas d'informations sur le niveau de connaissances des participants avant la formation, un grand nombre parmi ceux-ci ont affirmé en avoir retenu des éléments importants. Somme toute, « nous voulons faire d'autres tournées des unités et s'assurer que les policiers savent ce qu'ils doivent faire s'ils éprouvent de la détresse psychologique », mentionne le Dr Martin. Il poursuit en signalant que les psychologues comptent aussi sensibiliser davantage les recrues en incluant à leur formation initiale des informations sur la prévention du suicide.

Les efforts des membres du SPVM qui contribuent au service policier-ressource, bien qu'il n'y ait pas un grand nombre d'appels, sont fructueux, puisque ces derniers sont généralement en mesure d'aider leurs confrères.

L'évaluation de la formation offerte aux superviseurs et gestionnaires du SPVM a permis de constater que ceux-ci sont déjà fort bien outillés pour détecter l'intention suicidaire, mais également pour intervenir auprès de policiers en détresse. Ils semblent toutefois éprouver un peu de difficulté lorsque vient le temps d'interroger ouvertement un policier sur ses intentions suicidaires, note le chercheur. N'empêche qu'« une proportion importante d'entre eux [les superviseurs] mentionnent qu'ils ont mis à profit plus d'une fois les connaissances acquises dans le cadre de leur formation », renchérit Normand Martin.

Le psychologue souligne, dans un autre ordre d'idées, que le Programme de prévention du suicide se décline également en services de consultation. Un psychologue est accessible en tout temps (grâce à un téléavertisseur) et le service de consultation est offert pendant toute la semaine. Les psychologues se rendent même sur le terrain lors d'événements majeurs qui impliquent les policiers du SPVM (des coups de feu par exemple).

L'équipe du Dr Martin reçoit en moyenne deux appels par semaine sur le téléavertisseur et les psychologues réalisent entre cinq et quinze interventions par année pour des événements majeurs.

Et contrairement à ce que l'on serait porté à croire – les jeunes générations ont davantage recours aux services d'aide psychologique –, les policiers plus âgés du SPVM s'avèrent les meilleurs ambassadeurs du Programme de prévention du suicide, selon Normand Martin. « Consultez, disent-ils; nous, dans notre temps, on n'avait pas ce genre d'aide ».

*L'entrevue avec le Dr Normand Martin, psychologue, a été réalisée par Josée Descôteaux, journaliste pigiste.*

## \_Notes

- 1 *Le suicide chez les policiers au Québec : enjeux méthodologiques et état de la situation*, Charbonneau L., In: *Population*, 55<sup>e</sup> année, n°2, 2000 pp. 367-378
- 2 *Évaluation du programme de prévention du suicide pour les policiers et policières du Service de police de la Ville de Montréal, Ensemble pour la vie*, Brian L. Mishara, Ph.D., directeur, Centre de recherche et d'intervention sur le suicide et l'euthanasie (CRISE), Université du Québec à Montréal, 2002.

Les lecteurs sont invités à réagir aux textes publiés dans *Psychologie Québec* en nous faisant parvenir leurs commentaires à l'adresse suivante : [dcote@ordrepsy.qc.ca](mailto:dcote@ordrepsy.qc.ca). Nous privilégions des textes courts. Les opinions exprimées dans cette page sont sous la seule responsabilité des auteurs et n'engagent nullement l'Ordre des psychologues du Québec. Les réactions aux propos d'un auteur sont toujours soumises à cet auteur et celui-ci est invité à répondre s'il le juge à propos.

## La cure psychanalytique n'est pas une psychothérapie

Dans *La psychanalyse n'est pas une branche de la psychothérapie*<sup>1</sup>, Robert Pelletier démontre une rupture épistémologique entre la psychanalyse et la psychothérapie. Pour donner suite à cet article, nous exposerons d'un point de vue clinique la spécificité de la cure psychanalytique. Formées au GIFRIC (Groupe interdisciplinaire freudien de recherche et d'intervention cliniques et culturelles)<sup>2</sup>, nous sommes déterminées à soutenir la psychanalyse face à la science et la société.

Il est habituel de penser que la cure psychanalytique est l'occasion de comprendre la cause de nos difficultés, de s'expliquer la cause de nos souffrances et de nos différents symptômes afin de contrôler et d'éradiquer ce qui vient créer problème dans notre vie. Or ce n'est pas le cas. La cure psychanalytique n'est pas un lieu de compréhension, encore moins de contrôle. La cure psychanalytique est un lieu privilégié pour vivre une expérience unique, l'expérience de l'inconscient.

La cure psychanalytique vise essentiellement la mise en place du travail de l'inconscient. L'objectif est d'ouvrir un espace pour la logique de l'inconscient qui, à l'intérieur de l'humain, organise et désorganise la vie. La cure psychanalytique est l'occasion de rencontrer cette logique à travers les bizarreries, les incongruités, les violences, les perversions qui surgissent et envahissent notre pensée. Le psychanalyste soutient l'analysant dans la découverte de sa vie pulsionnelle et fantasmatique, ce qui le contraint à délaisser l'histoire qu'il a construite pour expliquer sa vie.

Au GIFRIC et à l'École freudienne du Québec, la représentation mentale, la pulsion et la jouissance constituent l'inconscient. Dès lors, l'inconscient est le lieu des représentations mentales pures, c'est-à-dire des représentations auxquelles aucun objet ne correspond dans la réalité. Or ces représentations mentales pures mobilisent la pulsion de mort, cette chose incontrôlable et intarissable qui travaille le corps. L'humain est donc possédé par quelque chose qu'il n'arrive pas à expliquer ni à contrôler. Il ne sait pas quand ça va commencer ni quand ça va arrêter. La jouissance est la satisfaction étrange que la pulsion trouve dans la représentation mentale.

L'inconscient dont il est ici question n'est pas l'opposé du conscient. Il s'agit plutôt d'une autre scène, une scène autre que celle de la réalité, de la perception et de la conscience, une scène où les représentations mentales pures, la pulsion et la jouissance s'articulent selon une logique propre qui détermine notre vie. L'inconscient est un imperceptible qui nous pousse à rire, pleurer, rêver, nous passionner, nous violenter, un imperceptible comme, par exemple, la musique. Nous ne pouvons pas voir la musique, nous ne pouvons pas la toucher, nous pourrions mesurer les ondes sonores, mais ce calcul ne pourra jamais dire l'effet singulier que cette musique provoque en nous.

La cure psychanalytique devient donc le lieu pour rencontrer des choses jamais pensées auparavant, jamais formulées pour soi-même ou pour les autres. C'est un lieu pour explorer des dimensions inconcues de soi, qui dirigent pourtant notre vie à notre insu. Avec le rêve, les souvenirs, les mots entendus dans l'enfance, les répétitions, les événements marquants de la vie, l'analysant confronte l'univers de l'inconscient où sont investis des représentations mentales et des fantasmes dont il tire une étrange jouissance, une jouissance qui a toujours été présente à l'arrière-scène de sa vie. C'est ce que nous appelons l'expérience de l'inconscient.

Au début de la cure, l'analysant s'adresse au psychanalyste, escomptant que ce dernier réponde à ses questions concernant ses difficultés de vie. Puisqu'il ignore que le savoir est en lui, l'analysant suppose le savoir au psychanalyste. De son côté, soutenu par ce qu'il a découvert en lui dans son expérience de cure, le psychanalyste sait que le savoir est dans l'inconscient de l'analysant. Il refuse donc de se positionner à la place de celui qui sait et de répondre à la demande inconsciente de l'analysant, maintenant ainsi ouvert un espace vide. On dit qu'il occupe une position d'absence.

Le psychanalyste n'entretient pas une conversation avec l'analysant, encore moins une relation réelle ou intersubjective. Il ne cherche pas à comprendre la phénoménologie de son histoire personnelle. En ce sens, il est absent de l'espace social, invitant plutôt l'analysant à découvrir en lui un espace autre, soit l'espace du rêve, des représentations mentales, des formations de l'inconscient. C'est d'ailleurs pour cette raison que le psychanalyste place son fauteuil derrière l'analysant. Il présentifie ainsi l'absence, devenant une pure voix, ce qui permet à l'analysant de quitter quelques instants l'univers narcissique pour entrer dans l'univers de l'inconscient.

Le psychanalyste occupe également une position d'ignorance. Après une cure personnelle menée jusqu'à son terme logique, une formation théorique rigoureuse, une supervision, un contrôle de l'acte analytique et une passe conclusive, le psychanalyste du GIFRIC ou de l'École freudienne du Québec sait fondamentalement qu'il ignore tout de l'expérience vécue par l'analysant qui parle, allongé sur le divan. Son intérêt se résume donc à vouloir savoir ce qui se passe dans l'inconscient de l'analysant. Dit autrement, l'analyste ne fait pas d'enseignement, il n'interprète pas les dires de l'analysant et sait que l'intersubjectivité n'a pas sa place dans l'espace de l'analyse, car seul l'inconscient de l'analysant occupe l'espace et recèle le savoir. Il se met à l'école de l'inconscient de l'analysant.

Les positions d'absence et d'ignorance du psychanalyste sont les conditions nécessaires au déclenchement du transfert. Confronté au vide et à la solitude, l'analysant ne peut que rencontrer à l'intérieur

de lui-même ce qu'il fuit depuis toujours, ce qui lui fait horreur et qui est à lui-même inconnu.

Quand l'analysant découvre que l'inconscient répond en lui, il commence à construire un savoir sur la logique de sa vie fantasmatique. Animé par ce qu'il découvre, l'analysant fait l'expérience du transfert. Il ne s'agit pas ici d'un transfert affectif ou d'un amour pour la personne de l'analyste, mais bien d'un amour du savoir sur le travail de la jouissance en lui. Le transfert n'est pas ici considéré comme quelque chose qui passerait de l'analyste à l'analysant, mais plutôt l'expérience que fait l'analysant dans la construction du savoir issu de l'inconscient. L'analysant choisit de se laisser guider par l'inconscient.

La cure psychanalytique, c'est un temps logique pour trouver des mots pour dire ce qui travaille inlassablement le corps, changer de position subjective face à ce ravage et découvrir une énergie nouvelle qui peut désormais être investie dans la création de solutions personnelles, originales et inédites face à ce qui organisait la vie. La cure psychanalytique, c'est un temps logique pour assumer l'entière responsabilité de l'inconscient et faire face à la vie. Il ne s'agit pas de prendre conscience des causes derrière la souffrance, mais plutôt de prendre acte du travail de l'inconscient. Le psychanalyste guide l'analysant vers le constat que la jouissance est le moteur de toute vie humaine. Confronté au vide et à l'absence, l'analysant ne peut plus faire l'économie de savoir que

malgré son impuissance face à ce qui surgit en lui, il est le seul responsable de ses pensées, de ses paroles, de ses actes et même des conditions de vie qu'il n'a pas choisies volontairement. Le psychanalyste accompagne l'analysant dans son questionnement sur l'insensé de sa vie, le vide qui traverse son être et les fondements précaires sur lesquels repose sa vie.

Dans cette perspective, il nous semble clair que la psychanalyse et la psychothérapie relèvent de deux logiques différentes. La psychanalyse repose sur la logique de l'inconscient, soit la représentation mentale, la jouissance et la pulsion. La psychanalyse est l'expérience d'une rencontre singulière, la rencontre de l'inconscient.

*Chantal Gagné, psychanalyste et psychologue*

*Monique La France, psychanalyste et psychologue*

*Carina Saragovi, psychanalyste et docteure en psychologie*

*Annie Soulières, psychanalyste et psychiatre*

## \_Notes

- 1 Pelletier, R. (2009). *La psychanalyse n'est pas une branche de la psychothérapie*. PQ, 26 (4), 20-21.
- 2 Le GIFRIC a créé l'École freudienne du Québec : [www.gifric.com](http://www.gifric.com)

## \_Le psychologue face au désir de mourir

Dans un commentaire publié le 9 octobre dernier dans le journal *La Presse*, je réagissais à l'acharnement juridique et à la couverture médiatique concernant madame Cathie Gauthier, accusée du meurtre de ses trois enfants. Dans ce commentaire, j'affirmais entre autres que cette femme, sans doute incapable de porter l'horreur qu'elle avait vécue, pouvait fort bien vouloir mourir, puis j'ajoutais, en d'autres mots, qu'il fallait peut-être la laisser exercer son droit à la mort. Dans ce commentaire, j'exprimais mon indignation et surtout la compassion que j'éprouvais pour cette femme.

Ces propos ne sont, d'aucune manière, une incitation au suicide et ils ne font pas, non plus, la promotion du suicide. Le ou la psychologue ne peut et ne doit cautionner le désir d'une personne de vouloir mourir.

Le rôle du psychologue est d'aider, au mieux de ses capacités, une personne à retrouver le désir de vivre, si elle le veut et si elle le peut. D'ailleurs, les personnes suicidaires qui consultent demandent cette aide dans l'espoir de retrouver en elles le goût de vivre.

Le devoir d'aider, qui fonde notre travail en tant que psychologues, ne doit cependant pas nous exclure de la possibilité de réfléchir et de prendre position sur des questions sociales importantes et de plus en plus d'actualité dans notre société.

Le débat actuel sur le suicide assisté et l'euthanasie, surtout sur l'euthanasie volontaire active, sont des questions indissociables, selon moi, de la question plus fondamentale du droit à la mort et cette question nous concerne, sinon en pratique, du moins moralement et intellectuellement.

Laisser mourir, faire mourir et reconnaître aussi la liberté d'une personne de ne pas se prévaloir du droit à la vie soulèvent, quant à moi, une question éthique qui doit s'appuyer sur les droits humains fondamentaux et non seulement sur des arguments juridico-politiques, philosophiques ou religieux.

Pour ma part, je crois que le droit à la mort est inhérent au droit à la vie. Si ce dernier est inaliénable, une personne a le droit de décider de ne pas s'en prévaloir. La personne jouit de la libre disposition de son corps, de son âme et de sa vie. Dans cette perspective, il devient impératif selon moi de promouvoir la décriminalisation du suicide assisté et de l'euthanasie active.

Ma réflexion comme personne et comme psychologue va plus loin. Je pense qu'une personne peut et a le droit de vouloir mourir envers et contre tous, pour différentes raisons, et ce, malgré toutes les formes d'aide qui lui sont offertes, malgré l'acharnement médical à vouloir la forcer à vivre, malgré aussi le discours véhiculé par les diverses religions.

Enfin, cette réflexion ne vise aucunement à minimiser le problème actuel du suicide dans notre société. Il va sans dire que notre engagement professionnel, en tant que psychologues, est d'abord et avant tout au service de la vie. Mais comprendre la détresse, la solitude et le désespoir de certaines personnes dans l'espoir de les rescaper de leur désir de mourir ne doit pas pour moi s'inscrire dans un cadre moral étroit. Être psychologue, c'est aussi, et peut-être surtout, être à l'école de la vie et accepter que dans l'infinie complexité de l'expérience humaine, le rapport à la vie, à la mort et le sens de l'existence n'ont trouvé, à ce jour, aucune réponse objective et définitive.

*Denise Robitaille-Robert / Psychologue*

# Tableau des membres

## \_NOUVEAUX MEMBRES

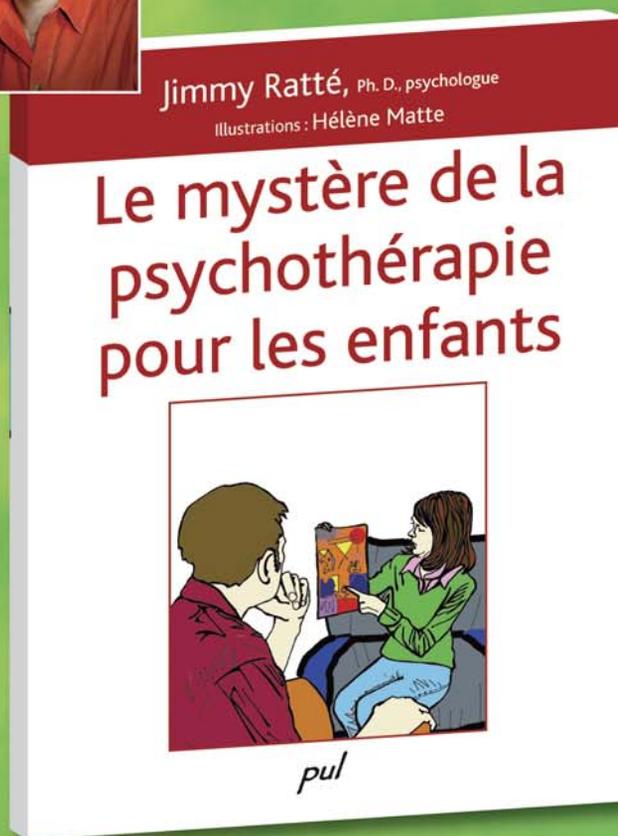
Aubut, Mélanie  
Beauséjour, Marie-Eve  
Belan, Olivera  
Benoit, Amélie  
Bergeron, Julie  
Bertrand, Patrick  
Blanchette, France  
Bouchard, Adam  
Bousquet Des Groseilliers, Isabeau  
Brassard Lapointe, Marie-Laure  
Brochu, Julie  
Caouette, Caroline  
Chavannes, Pascal  
Coutmoyer, Louise  
Cyr-Villeneuve, Catherine  
Dellys, Jacques  
Deschenaux, Émilie  
Deschênes, Sarah  
Descours, Magali  
Drouin-Maziade, Christine  
Dubé, Julie  
Dufresne, Caroline  
Dugas, Ninon  
Dupras, Geneviève  
Gagné, Caroline  
Gagnon-Oosterwaal, Noémi  
Gonzalez Leduc, Andréa  
Grenier, Patrick  
Guimond, Anik  
Ialongo Lambin, Dorothée  
Jobidon, Marie-Eve  
Jodoin, Émilie  
Landry, Renée  
Landry, Tina  
Lapointe, Marie-Noée  
Larivière, Marianne  
LeBlanc, Valérie  
Lefebvre, Louise  
Leiserson, Victor  
Lemay, Marianne  
Lemire Thérberge, Léonie  
Melançon, Claudiane  
Mosquera Ramos, Henry  
Moszkowski, Robin Joy  
Paradis, Véronique  
Parent, Véronique  
Reisinger, Lisa Maria  
Roberts, France Elizabeth  
Robitaille, Geneviève  
Rousseau, Valérie  
St-Onge, Myrille  
Tremblay, Isabelle  
Vacher, Carole  
Vachon, Véronique  
Veilleux, Karine  
Veilleux, Marie-Hélène  
Velez, Andrea Mariana  
Verreault, Nancy

## \_DÉCÈS

Abramowicz, Evelyn  
Leclerc, Pierre  
Marceau, Mélanie



**Jimmy Ratté**  
Ph. D., psychologue



ISBN : 978-2-7637-8955-2 • 42 pages • 19,95 \$

Illustrations : Hélène Matte

« Le mystère de la psychothérapie pour les enfants » est un livre illustré qui est adapté à la pensée à la fois symbolique et concrète de l'enfant d'âge scolaire. Ce manuscrit met en mots et illustre en quoi consiste un processus de psychothérapie pour un enfant. Il y est montré comment l'activité ludique ainsi que la création sont utilisés comme médiums afin de rendre accessible son intériorité. Ce livre présente aussi, d'une manière concise, un cadre de psychothérapie de l'enfant mettant à profit sa famille. L'auteur a puisé dans son expérience de près de trente ans en psychothérapie d'enfants et de familles ainsi que dans ses résultats de recherches portant sur les fondements relationnels de la psychothérapie pour proposer ici, en l'illustrant, un cadre qui va au-delà des techniques et des approches. Les parents, l'enfant conduit en processus d'aide, ses frères et sœurs, ou toute personne désireuse de se familiariser avec le lieu psychothérapeutique pourront y puiser une image à la fois concrète et touchante de cette forme d'aide toute spéciale et souvent mal comprise. Ce livre répond à leur besoin de « concevoir » en quoi consiste ce travail, alors qu'on ne le découvre habituellement qu'en progressant dans le processus psychothérapeutique. Les professionnels œuvrant en travail social, en psychologie et en éducation, pourront disposer de ce livre comme d'un outil pour faire comprendre en quoi consiste le travail bien particulier d'accompagnement psychothérapeutique avec les enfants.

# Service de référence

## LE WEB DE PLUS EN PLUS POPULAIRE POUR TROUVER UN PSYCHOLOGUE

C'est par Internet que la majorité des gens cherche maintenant un psychologue en mesure de les aider. Au cours de la dernière année, nous avons noté qu'en moyenne 542 personnes différentes visitent chaque jour, sept jours par semaine, les pages du service de référence sur le site de l'Ordre. Ces personnes s'ajoutent aux 70 autres qui téléphonent au bureau de l'Ordre quotidiennement pour discuter de vive voix avec une préposée du service de référence téléphonique.

Nous apportons régulièrement des améliorations aux fonctionnalités du service de référence par Internet. Au cours de la dernière année, nous avons développé un système de recherche par carte géographique. Nous savons que les gens cherchent un psychologue dans un environnement géographique précis, soit à partir de leur lieu de résidence ou de leur lieu de travail. À l'aide de Google Map, nous avons inscrit les adresses de tous les psychologues abonnés au service de référence. La personne qui recherche un psychologue n'a qu'à inscrire son code postal, identifier ses critères de recherche tels la clientèle et le service offert pour voir

apparaître sur la carte les bulles pointant tous les psychologues correspondant à ces critères et situés à proximité du lieu choisi.

## FAIRE CONNAÎTRE LE SERVICE DE RÉFÉRENCE

Pour joindre le service de référence, que ce soit par Internet ou par téléphone, les gens doivent d'abord être informés de son existence. C'est pourquoi nous avons comme objectif que paraissent les coordonnées de ce service dans toutes les régions du Québec via les annuaires pages jaunes version papier et version électronique.

Les ressources budgétaires affectées au fonctionnement du service de référence nous proviennent en totalité des abonnements annuels des psychologues à ce service. L'an dernier, nous comptons 2 068 psychologues abonnés au service, chacun ayant déboursé la somme de 81,50 \$ pour s'inscrire. C'est avec ce budget que nous défrayons les coûts reliés aux améliorations technologiques du service, les salaires des préposées, les annonces dans les pages jaunes et les autres publicités que nous jugeons pertinentes. Nous avons récemment tenté l'expérience en faisant paraître une bande-annonce sur le site de Météo Média pendant un mois, soit du 15 octobre au 15 novembre, pour toutes les villes du Québec.

(Suite page 41)

# Activités régionales et de regroupements

## Activités de formation de la région Laurentides/Lanaudière

Le Comité d'organisation des activités régionales Laurentides/Lanaudière vous invite à une journée de formation continue avec Karène Larocque, psychologue, conférencière et formatrice. Le thème : *Comment intervenir auprès des « dépendants affectifs »*. L'activité aura lieu le 26 mars 2010 au Centre de golf Le Versant de Terrebonne. Pour plus de renseignements, communiquez avec M<sup>me</sup> Yvette Palardy au 450 759-1370.

## Activités de formation du Regroupement des psychologues en PAE

La prochaine formation du RPPAE se tiendra le vendredi 5 février 2010 et portera sur *L'évaluation et le traitement de la baisse du désir chez l'homme et la femme*. Elle sera présentée par la D<sup>re</sup> Sophie Bergeron, psychologue.

Ces deux formations auront lieu au Centre Antique, 6086, rue Sherbrooke à Montréal. Pour vous inscrire ou pour plus de renseignements, consultez le site Web du regroupement au <http://rppae.ca>.

## Activités de formation du Regroupement des psychologues cliniciens et cliniciennes de Québec

Le vendredi 22 janvier 2010, le Regroupement des psychologues cliniciens et cliniciennes de Québec (RPCCQ) invite tous les psychologues, membres et non-membres, à une formation ayant comme thème *Le trouble de la personnalité schizoïde-évitant et traitement*. Cette formation sera donnée par Marie-Ange Khanjian, psychologue et psychanalyste.

Puis, le vendredi 19 février 2010, le RPCCQ invite les psychologues à une autre formation : *L'infidélité : comment intervenir*, qui sera donnée par Yves Dalpé, Ph. D., psychologue.

Enfin, le vendredi 19 mars 2010, une troisième formation est offerte aux psychologues par le RPCCQ, celle-ci ayant comme thème *Psychothérapie et homosexualité*. Cette journée sera animée par Danielle Julien, Ph. D., professeure et chercheur.

Toutes ces formations auront lieu de 8 h 30 à 16 h 15 à l'hôtel Universel, 2300, chemin Sainte-Foy à Québec. Pour de plus amples renseignements, communiquez avec le regroupement au 418 922-4725 ou visitez leur site Web au [www.rpccq.net](http://www.rpccq.net).

## Activités de formation de la Société québécoise de psychologie du travail et des organisations

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

D'abord, dans la région de la Capitale-Nationale, les psychologues sont invités à deux conférences. La première aura lieu le 22 janvier 2010 et aura comme thème *En devenant des « environnements sans saboteurs », vous et vos équipes relèveront de plus grands défis d'affaires*. La deuxième aura lieu le 5 février 2010 et aura comme thème *Vers un leadership conscient*. Ces deux conférences auront lieu de 13 h 30 à 16 h 30 à Québec.

Ensuite, dans la région de Sherbrooke, deux soupers-conférences sont organisés. Le premier aura lieu le 27 janvier 2010 et aura pour thème *Enjeux et pratiques du développement organisationnel : vision du consultant interne et de la gestion*. L'autre aura lieu le 10 mars 2010 et portera sur *Les stratégies d'entrevue pour une sélection gagnante*. Ces deux activités auront lieu de 17 h 30 à 20 h 30, à la Bibliothèque municipale Éva-Sénécal, 420, rue Marquette à Sherbrooke.

En Outaouais, une seule conférence est organisée : *L'abc du présentisme : le côté obscur de la présence au travail*. Elle aura lieu le 12 février 2010, de 13 h 30 à 16 h 30, à l'Université du Québec en Outaouais.

Quant à la région de Montréal, un souper-conférence ayant comme thème *Le rôle du supérieur pour favoriser l'engagement au travail* aura lieu le 24 février 2010, de 17 h 30 à 20 h 30, au Holiday Inn Montréal-Midtown, 420, rue Sherbrooke Ouest à Montréal.

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

# 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.

**Bureau 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. Accessible par transport en commun, stationnement facile. Diverses modalités de location et possibilité de références. Renseignements : 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 entourés. Possibilité de supervision. Flexibilité et environnement intéressant. Marielle Forest : 514 235-3420, [mariellef@globetroter.net](mailto:mariellef@globetroter.net); Suzanne Cimone : 450 437-0855, [cimonesuzanne@sympatico.ca](mailto:cimonesuzanne@sympatico.ca).

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

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

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

**Montréal – Beaubien/Langelier.** Bureau meublé et décoré pour pratique privée. Tout compris. 150 \$/mois/jour. Éric Beaulieu : 514 339-4420, [ericbeaulieu@hotmail.com](mailto:ericbeaulieu@hotmail.com).

**Québec – Bureau à partager.** Angle Belvédère/ René-Lévesque. Lundi et vendredi après-midi et soir; mardi matin, mercredi journée entière ou par blocs. Meublé, ascenseur, stationnement, cuisinette. 418 682-6273.

**Montréal – Bureaux à louer** à 200 mètres du métro Henri-Bourassa, Ahuntsic. Idéal pour psychologues, médecins, thérapeutes. Édifice très propre, sécuritaire et bien entretenu. Tous les bureaux sont rénovés, salle d'attente. Éclairage halogène, tapis neufs, fraîchement repeint. Pour renseignements, communiquez avec nous au 514 381-0003.

**Centre-ville de Saint-Jérôme – Bureau à partager.** Spacieux, meublé avec goût, salle d'attente. Plusieurs plages horaires disponibles, jours/soirs. Modalités de location à discuter, prix avantageux. 450 822-4181.

**Vieux-Montréal – Bureau à sous-louer.** 20 \$ de l'heure ou par blocs de temps. Atmosphère accueillante. Cachet : poutre, pierre, meubles haut de gamme. Vue sur la magnifique cour intérieure des Écuries d'Youville. À proximité du métro Square-Victoria. Disponible maintenant. Sandra Legagneur : 514 202-3876.

**Local à louer dans une clinique paramédicale** près du métro Berri-UQAM. Équipe professionnelle. Stationnement facile. Communiquez avec Chantal Beaulieu au 514 597-0058.

**Bureaux à partager à Laval.** Édifice médical moderne devant le Carrefour Laval, à côté du terminus STL. Bureaux isolés, joliment aménagés et bien éclairés.

Disponibles toute la journée le vendredi, le samedi, le jeudi soir et le mercredi matin. 514 278-1528.

**Bureau à partager dans le Vieux-Lévis.** Avenue Bégin, bâtiment patrimonial avec d'autres bureaux professionnels. Beaucoup de disponibilité. 418 884-4101, [luc.beaudoin.psychologue@bell.net](mailto:luc.beaudoin.psychologue@bell.net).

**Beaconsfield – Beau bureau à sous-louer,** spacieux, éclairé, édifice professionnel. Situé à proximité de l'autoroute 20 et boulevard St-Charles. 514 694-1777.

**Coop Santé Globale – Bureau de psychologues à partager.** Ensoleillé, métro Fabre. Possibilité de référer clientèle; dérogations, évaluations, médiation, psychothérapie. 514-277-3051.

**Rue Cherrier, métro Sherbrooke.** Bureau à louer les lundi, jeudi et vendredi. Calme et accueillant. Meublé; tout inclus. 514 598-5423 ou 514 523-9483.

**Bureau à partager – Québec.** Coin chemin Sainte-Foy, autoroute Du Vallon. Salle d'attente, 30 \$/bloc 3 heures. Temps plein : février 2010. Stationnement. 418 653-2920. [www.lespac.com](http://www.lespac.com) (no 20011706).

**Bureaux à louer ou à partager – Ahuntsic.** Centre de psychologie Laverdure. Rénové, ambiance chaleureuse de l'équipe et de l'environnement. À pied du métro, stationnement facile. Inclus meubles, téléphone, ménage, a/c. Références et supervision possibles. Temps plein : 525 \$/mois; 2 jours/semaine/mois : 300 \$/mois. Autres arrangements possibles. 514 990-3380.

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

**Laval – Centre de psychologie** dans un nouveau secteur médical et professionnel situé près du métro Montmorency. Bureaux meublés, plusieurs services et grand stationnement inclus. Taux horaire à partir de 8,50 \$/heure. Diverses modalités de location et possibilité de références. Évènement portes ouvertes à venir, appelez-nous pour plus de renseignements. Tél. : 514 312-7046.

**Boucherville – Bureau à louer,** confortable, dans un édifice professionnel. À prix raisonnable, avec possibilités de références et stationnement gratuit. 450 449-6660.

**Grand bureau de psychothérapie,** bien éclairé, fauteuils, divan, téléphone, sdb privée, etc. Dans le CSRE, métro Vendôme, secteur Sherbrooke/Décarie. Jour/bloc, mercredi/vendredi. Hélène : 514 484-4366.

**À Beloeil – Bureau neuf à partager,** bien situé, sur la route 116. Plusieurs journées disponibles. Entièrement meublé pour consultation et évaluation neuropsychologique. 450 209-0149.

**Bureaux à louer – Nouveau centre professionnel,** centre village Saint-Sauveur. Chaleureux, insonorisé, cuisinette, Internet inclus. Psychologue, acupuncteur, endermologue seront heureuses de travailler à vos côtés! 450 712-2311.

**Bureaux à louer – Métro Fabre.** Climatisés, insonorisés, décor moderne, Wi-Fi. André Surprenant : 514 892-4052, [info@psychologue-montreal.ca](mailto:info@psychologue-montreal.ca).

**Québec – Bureau meublé pour psychologue** à temps partiel dans un centre multidisciplinaire. Communiquez avec D<sup>r</sup> Fadi AinMelk, chiropraticien, au 418 682-1199.

**Bureaux à louer – métro Laurier.** Entièrement rénovés, insonorisés, chauffés/climatisés, meublés; avec différentes modalités de location (à l'heure, blocs ou à la journée). Possibilités de références et de supervision. Réunions cliniques pour tous les pys. Ingrid : 514 678-5747.

**Centre de psychologie de la Grande-Côte – Bureau à sous-louer,** Boisbriand, dans une maison ancestrale. Chaleureux, éclairé, affluence, salle d'attente et cuisinette. Facile d'accès, situé à proximité des autoroutes 13, 15 et 640. Horaire disponible jour-soirée, possibilités de références. Diverses modalités de sous-location. 514 301-3056.

**À quelques minutes des métros Jean-Talon et Jarry** (deux endroits). Bureaux meublés, éclairés, accueillants et insonorisés pour psychologues travailleurs autonomes. Modalités flexibles de locations à l'heure ou au bloc mensuel. Services offerts : références, Internet, promotion de vos services sur le Web et rencontres cliniques entre pairs. Guillaume Tétreau : 514 499-1399, [g.tetreau@cdpvpp.ca](mailto:g.tetreau@cdpvpp.ca).

**Pointe-Claire – Bureau à partager.** Chemin du Bord-du-Lac. Accès facile, stationnement. Ensoleillé, meublé, climatisé. Diverses modalités de location. 514 697-9798 ou 514 683-8073.

**Longueuil – Bureau à louer.** Disponibilité le mercredi et le vendredi (matinée, après-midi et soir) et le jeudi soir. Meublé, décor agréable avec fenêtre, insonorisé, climatisé, salle d'attente, frigo, micro-ondes, service téléphonique (boîte vocale) et télécopieur. Stationnement gratuit. Possibilité de références. Renseignements : 450 670-5905.

**Bureau à louer – Laval.** Édifice médical centralisé et sécuritaire. Meublé, spacieux, bien fenêtré, avec salle d'attente, cuisinette et commodités, insonorisation supérieure, climatisation. Disponibilités par blocs, à la demie ou à la journée. Modalités avantageuses selon occupation. 450 663-7222.

**Montréal – Boulevard Saint-Joseph Est.** Bureau à partager, un jour par semaine, possibilité d'augmenter graduellement. 185 \$/jour. Carole Paradis : 514 527-0070.

**Vieux-Longueuil – Bureaux meublés à sous-louer.** Rez-de-chaussée. 125 pieds carrés. Bloc d'heures ou journée. Bâtiment en pierres de 1800. Proximité : métro, pont Jacques-Cartier, route 132. Accueillant, éclairé, climatisé, insonorisé. Salle d'attente et cuisinette. Bonne ventilation. Facilité de stationnement. Services aux alentours. Possibilité de références. 450 677-3139.

**Office space for rent – Prime location in Westmount.** Offices will be renovated for February and will include wood floors, soundproofing, phone and wireless internet. Special introductory rates ranging between \$650-\$750/month. For more information, please call 514-482-3327.

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

**Québec – Deux bureaux à louer sur Grande-Allée.** Rénovés, meublés, accueillants. Salle d'attente. Location à l'heure/demie-journée/journée. Conditions souples et possibilités de références. 418 682-2109.

**Bureau à louer – Boulevard Newman, LaSalle.** Édifice professionnel récent, climatisé, insonorisé, ensoleillé, bien situé, spacieux, lavabo, salle d'attente, cuisinette, stationnement. Déjà psychologues. 514 595-7799.

## \_PSYCHOLOGUES RECHERCHÉ(E)S

**Deux psychologues recherchés(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.*

**Psychologues travailleurs(euses) autonomes recherchés** pour se joindre à l'équipe Les Psychologues Associés. Possibilité d'adhérer à différents statuts : collaborateur(trice); associé(e), sous-locateur(trice). Pour renseignements, communiquez avec Luc Jolicoeur au 514 337-8292 ou expédiez votre C. V. à Luc Jolicoeur, 375, Henri-Bourassa Ouest, Montréal (Québec) H3L 1P2, ou à *luc.jolicoeur2@videotron.ca.*

**Psychologue recherché(e) – Montréal, Rosemont.** Temps partiel, disponibilités en soirée, clientèle adulte fournie, approche édictique ou cognitive, réunions. Renseignements : 514-255-6541, *info@cogicor.com.*

**Psychologue avec ou sans clientèle.** Être membre de l'OPQ. Francophones ou bilingues (français, anglais). Travailleur autonome. Avantages professionnels. Milieu stimulant. Interdisciplinarité. S. Ghodbane : 514 793-0462 ou 450 671-3434.

**Le CPB,** qui offre depuis plus de 30 ans des services psychologiques dans la grande région de Montréal, est à la recherche d'un-e psychologue d'orientation cognitive-comportementale pour se joindre à son équipe de 16 psychologues. Clientèle et différents services fournis. Faites parvenir votre C.V. à Daniel Bolduc à *cpb210@bellnet.ca.*

**Le Centre de thérapie de Montréal – Thérapeutes conjugués** à temps partiel, disponibilité soir et/ou fin de semaine. Veuillez faire parvenir votre C. V. à *info@montrealtherapy.com.*

**Psychologue d'approche cognitive-comportementale ou systémique** recherchée pour sous-louer bureau Terrebonne (La Plaine), 1 à 3 jours semaine. 514 576-5975.

**Psychologue recherché – Programme pédiatrique.** Nous sommes à la recherche d'un(e) psychologue pour effectuer des évaluations avec l'utilisation de tests psychologiques pertinents en vue d'établir une impression diagnostique détaillée pour préparer un plan de traitement ou pour formuler une recommandation. Il (elle) offre également un support à l'enfant et leur famille. Doit être membre de l'OPQ. Capacité de faire passer des tests psychologiques pour enfance et adolescence. Bilinguisme. Veuillez faire parvenir votre CV à l'attention de : Susan Khatib, Ressources humaines, Hôpital juif de réadaptation, 3205, Place Alton Goldbloom, Laval (Québec) H7V 1R2. Télécopie : 450 688-8570, *skhatib\_hjr@ssss.gouv.qc.ca*, *www.hjr-jrh.qc.ca.*

**Psychologues recherchés pour former regroupement** région de Montréal, Laval, Longueuil et ouest de l'île. Références offertes. Stéphane Cardinal : 514 890 2282, *stephanecardinal@gmail.com.*

**Le Centre de Psychologie Gouin 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 seraient favorables. Communiquez avec Diane Deschênes : 514 331-5530 ou *info@cpougouin.ca.*

**Polyclinique à Blainville recherche psychologue** pour enfants, adolescents et adultes. Temps plein 16 à 20 heures par semaine. Communiquez avec Nancy Poirier au 450 437-9971.

**Psychologue recherché – Québec.** Consultant en programme d'aide aux employé(e)s – PAE et associé. Clientèle fournie, 2 ou 3 jours/semaine. Problématiques variées. 10 ans d'expérience. Approche édictique et spécialisée à court terme. Références fournies. Contrat débutant le 01-03-2010. Tél. 418 204-3982. Faire parvenir votre C. V. à *alain.charlebois1@videotron.ca.*

**Psychologues demandés – Pratique privée.** Clientèles : enfant, adolescent et adulte. Boucherville. Tél. : 450 449-3963.

**Psychologue recherché(e), pratique privée – Joliette.** Temps partiel. Clientèle fournie (adolescents et adultes). Thérapie individuelle et de couple (atout), problématiques variées. Faire parvenir C.V. : *joaneboucher@yahoo.ca*, 450 756-2223.

## \_SERVICES OFFERTS

**Lieu tranquille pour sessions de groupe/séjours-repos pour individus.** Estrie, 185 acres de nature, piscine intérieure. Centre de Ressourcement l'Arc-en-Ciel : 450 538-0333, *www.larcenciel.org/sutton.*

**Location de salle.** À louer : grande salle de formation nouvellement rénovée, dimension 18' x42', située dans le quartier Ahuntsic à Montréal, au Centre de Psychologie Gouin. Accessible par métro station Henri-Bourassa et autobus 69, stationnement gratuit disponible. Pour information : 514 331-5530 ou *info@cpougouin.ca.*

**Vous êtes submergé(e)s d'appels téléphoniques,** englouti(e)s par vos documents à classer, épuisé(e)s de décoriquer les factures, rédiger des rapports? Je peux faire ce genre de travail. Je travaille à temps partiel pour un psychologue. Vous pouvez me joindre au 450 659-3058 ou par courriel au *mariedagenais1@hotmail.com.* Marie Dupuis.

## \_RECHERCHE

**Recherche tests psychométriques usagés :** Conners 3, MMPI, échelle de dépression ou tout autre instrument de mesure. Tél. : 450 466-7291.

## \_FORMATIONS OFFERTES

**L'Institut canadien de psychanalyse (section Québec English)** est heureux d'annoncer le prochain programme de formation psychanalytique offert en anglais, à Montréal, à l'automne 2010. Les demandes d'admission doivent parvenir à l'Institut avant le 15 mai 2010. Cette formation, officiellement reconnue par l'Association psychanalytique internationale, s'adresse aux détenteurs d'un MD ou d'un doctorat ou d'une maîtrise. Les personnes possédant une expérience clinique auront préséance sur les autres candidats. Pour tout renseignement, veuillez communiquer avec M<sup>me</sup> Francine Parizeau, au 7000, Côte-des-Neiges, Montréal (Québec) H3S 2C1, *cpsqeb@qc.aira.com*, 514 342-7444.

**Atelier d'art-thérapie.** S'adresse aux professionnels de la santé désireux de se ressourcer, d'introduire plus de créativité dans leur pratique tout en apprenant davantage sur cette approche. Offert à Montréal (UQAM) par Vera Heller, Ph.D., art-thérapeute/travailleuse sociale/psychothérapeute. Français : 5, 6, 7 mars. English: April 9, 10, 11 2010. 514 845-1390, *heller.vera@uqam.ca.*

## Service de référence suite de la page 39

Nous avons repris pour ce faire le concept développé l'an dernier pour une publication dans le bulletin des médecins omnipraticiens. Ce message était présenté sur une page de couleur vive correspondant à la phrase : « Vous ne voyez plus la vie en rose, parlez-en à un psychologue et retrouvez vos couleurs. » Pour diriger directement les visiteurs, nous avons ajouté l'adresse cliquable : *servicedereference.com*. Nous évaluerons l'efficacité de cette publicité et déciderons si oui ou non nous l'affichons à nouveau au printemps 2010.

Plusieurs psychologues se demandent si l'abonnement au service de référence est rentable. Il est impossible de répondre à cette question en établissant une moyenne du nombre de références communiquées par téléphone. Ce nombre peut varier entre 10 et 180 par année pour un psychologue. La quantité de références dépend de l'emplacement géographique et des services offerts par les psychologues. Un membre dont le bureau est situé dans la couronne nord de Montréal et qui offre des services souvent demandés, comme le traitement de la dépression, recevra plus de références que celui localisé dans un environnement très fréquenté par les professionnels, par exemple le Plateau Mont-Royal. Il faut aussi préciser que les préposées transmettent trois noms de psychologues à chaque demandeur.

Depuis l'an dernier, nous offrons aussi aux psychologues inscrits la possibilité de suspendre leur inscription pendant un certain temps. Les psychologues qui n'acceptent plus de nouveaux clients peuvent nous envoyer un courriel et demander que leur nom soit retiré pendant un mois ou deux. Ceci nous permet d'offrir un service plus adéquat aux personnes qui nous consultent.

Les psychologues qui désirent s'abonner au service de référence n'ont qu'à compléter la section prévue à cette fin sur le formulaire d'inscription annuelle de l'Ordre. Il est aussi possible de s'inscrire en cours d'année en consultant le site de l'Ordre dans la section réservée aux membres.

Par Dr<sup>e</sup> Cynthia Turcotte, psychologue au Centre hospitalier de l'Université de Montréal

## LA RÉPONSE AUX ANTIDÉPRESSEURS SERAIT INFLUENCÉE PAR DES FACTEURS GÉNÉTIQUES ET CLINIQUES

Plusieurs patients ne se remettent pas complètement de leur dépression, et ce, même après plusieurs traitements aux antidépresseurs. Des chercheurs ont tenté de déterminer si des facteurs génétiques et des caractéristiques cliniques pouvaient contribuer à l'échec d'une évolution favorable chez ces patients. Ils ont étudié le bagage génétique et la présence de troubles comorbides à la dépression chez 339 patients du Munich Antidepressant Response Signature (échantillon de MARS), 361 patients dépressifs à l'interne des hôpitaux psychiatriques de la Ludwig Maximilians University et de la University of Muenster (échantillon allemand de réplication) et 832 patients dépressifs majeurs qui consultent en externe du Sequenced Treatment Alternatives to Relieve Depression (STAR\*D). Les chercheurs ont également eu recours à un groupe contrôle (n=366). Ils ont ainsi regroupé l'ensemble des patients (n=1532) selon qu'ils avaient obtenu des résultats (soit au Quick Inventory of Depressive Symptomatology [QIDS-C], soit à la Hamilton Depression Rating Scale [HDRS]) indiquant face aux antidépresseurs une réponse initiale partielle (amélioration de 25 % après 2 semaines), une réponse favorable (amélioration de 50 % après 5 semaines), une rémission ou une non-rémission après 5 semaines. Ils ont déterminé les génotypes présents pour les patients dans chacun de ces groupes. Ils ont ainsi constaté la présence d'un faible nombre vs un nombre élevé d'allèles réponse aux antidépresseurs selon les groupes. Les résultats démontrent que les patients qui possèdent un nombre élevé d'allèles réponse (se situant dans les premiers 33 % dans la distribution) sans présenter de trouble anxieux comorbides à la dépression démontrent la rémission la plus rapide. Les chercheurs infèrent de leurs analyses que plusieurs familles de gènes (*cluster*) contribuent à l'évolution des symptômes dépressifs en réponse à un traitement antidépresseur. Ces familles de gènes seraient reliées aux trajectoires métaboliques et au développement du cerveau (famille 1), à des problèmes somatiques (famille 2), et à la signalisation des récepteurs et à la neurotransmission (famille 3). En raison de la grande hétérogénéité des phénotypes des patients, d'autres facteurs devraient être étudiés avant de tirer des conclusions définitives, tels que la consommation d'alcool et drogues à l'histoire individuelle et la présence de stressors environnementaux.

Ising, M. et al. (2009). A genomewide association study points to multiple loci that predict antidepressant drug treatment outcome in depression. *Archives of General Psychiatry*, 66(9): 966-975.

## AVEC OU SANS ANTIDÉPRESSEURS, DANS LES DEUX CAS, UNE ÉVOLUTION DÉFAVORABLE À LONG TERME

On ne connaît pas bien l'efficacité des traitements aux antidépresseurs à long terme. Une méta-analyse a été réalisée suite à la consultation de plusieurs bases de données (Medline, PsycInfo, Cochrane Library et EMBASE Drugs and Pharmacology). Ainsi, des chercheurs ont retenu 24 publications (à partir de 1988) se rapportant à 12 études longitudinales sur l'évolution des symptômes dépressifs après 10 ans ou plus. L'échantillon global comprenait au moins 3901 patients dépressifs, traités aux antidépresseurs (équivalent à 300 mg/jour d'imipramine ou à 21 mg jusqu'à 30 mg de fluoxétine) et s'étant rendus jusqu'au dernier temps de mesure. De plus, les chercheurs ont eu recours à 3 études répondant aux critères de sélection pour constituer un échantillon de comparaison de patients non traités aux antidépresseurs (n=1160). La majorité des participants étaient des femmes d'origine caucasienne ayant été hospitalisées une fois. La récurrence de dépression était présente dans 40 % à 85 % des cas. Environ un quart des individus traités aux antidépresseurs ont obtenu des résultats indiquant une amélioration et autant de participants ont obtenu des résultats pauvres. Aucune différence d'évolution de symptômes n'est notée entre les patients traités aux antidépresseurs comparativement à ceux qui sont traités sans antidépresseurs sur le long terme. Les chercheurs concluent qu'à long terme, l'évolution des symptômes dépressifs est généralement pauvre ou défavorable. Ajoutons que le dosage, la durée et la fréquence du traitement médicamenteux n'étaient pas souvent précisés en détail dans les études. Une grande hétérogénéité de la fréquence, la durée et la sévérité des épisodes dépressifs a été notée, ce qui limitait aussi la portée des résultats. D'autres études sont donc nécessaires avant de proscrire le maintien du traitement antidépresseur sur le long terme.

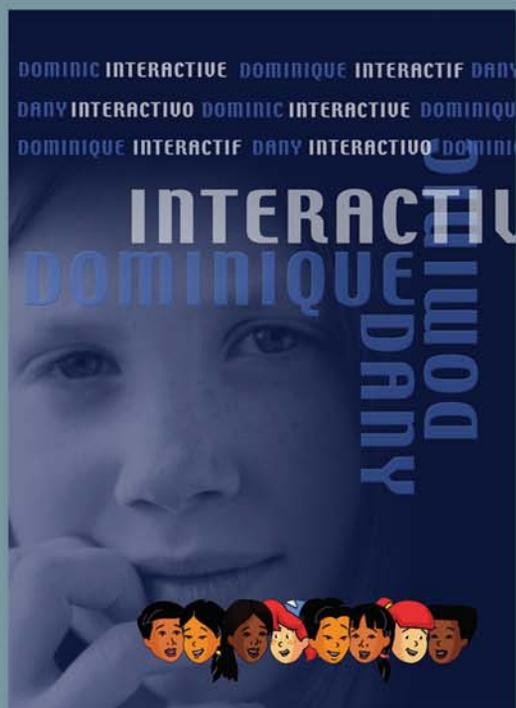
Hughes, S., & Cohen, D. A. (2009). A systematic review of long-term studies of drug treated and non-drug treated depression. *Journal of Affective Disorders*, 118(1-3): 9-18.

## CHOISIR SON TRAITEMENT CONTRIBUERAIT À UNE ÉVOLUTION FAVORABLE

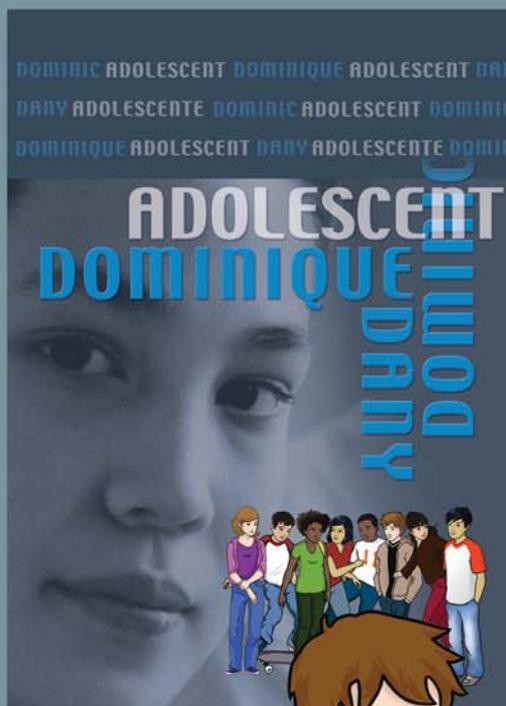
L'*American Psychological Association* (APA, 2006) suggère que les préférences du client quant au choix du traitement devraient être prises en considération. Cette recommandation est incluse dans les pratiques cliniques (ou *bestpractice*), impliquant ainsi qu'il y aurait un effet des préférences du client sur l'évolution reliée au traitement. Par l'intermédiaire d'une procédure méta-analytique, des chercheurs ont sélectionné 26 études comparant les différences quant à l'évolution des symptômes entre les clients ayant reçu leur traitement préféré et les clients n'ayant pas reçu le traitement de leur choix. Ces études ont été recensées dans les bases de données PsycINFO et ProQuest entre 1967 et 2007. À travers les 26 études répondant aux critères d'inclusion, la méta-analyse a permis d'évaluer l'effet des préférences pour plus de 2300 clients. Les clients étaient en majorité des hommes (64,65 %), Caucasiens (77,39 %), âgés en moyenne de 43 ans. Les études sélectionnées précisaient les options de traitement présentées aux clients, les traitements prodigués, les méthodes de pairage des clients avec leur traitement préféré ou non ainsi que les buts du traitement. De plus, elles examinaient différents traitements (ex. : thérapie cognitivo-comportementale, de groupe, pharmacothérapie, etc.) pour une variété de diagnostics ou de motifs de consultation. Les résultats ont indiqué un effet significatif, mais faible pour les clients qui avaient reçu le traitement de leur choix. Ces clients avaient également 58 % plus de chance de présenter une évolution très favorable. D'autres analyses ont démontré que ces clients étaient deux fois moins susceptibles d'abandonner le traitement en comparaison avec les clients n'ayant pas reçu leur traitement préféré. Il semble donc important, selon les pratiques basées sur les données probantes, d'inclure les préférences du client dans le processus de prise de décision que constitue le choix du traitement et de ses modalités.

Swift, J., & Callahan, J. (2009). The impact of client treatment preferences on outcome: a meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 65(4), 368-381.

# Dominique Interactif c'est quoi?



Version enfant (6 à 11 ans)



Version adolescent

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

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

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



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

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



PRENEZ DE L' **ASSURANCE**



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

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

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

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

**1 877 807-3756**  
**dpm.ca**

GATINEAU | JONQUIÈRE | MONTRÉAL | QUÉBEC | TORONTO

**Vous avez tout à y gagner!**

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

Dale  
Parizeau  
Morris  
Mackenzie



CABINET DE SERVICES FINANCIERS