Psychologie QUÉBEC

Le magazine de l'Ordre des psychologues du Québec

volume 29
numéro 01
janvier 12

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

> Relation thérapeutique et particularités culturelles : COMMENT Y ARRIVER?

PORTRAIT DU D^R GILBERT DESMARAIS, NEUROPSYCHOLOGUE

ORDRE DES PSYCHOLOGUES DU QUÉBEC

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

ASSUREZ-VOUS DE PROFITER DE LA VIE

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

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

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

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

1 800 361-8715
dpmm.ca/opq

MONTRÉAL | GATINEAU | JONQUIÈRE | QUÉBEC | TORONTO

Vous avez tout à y gagner!

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

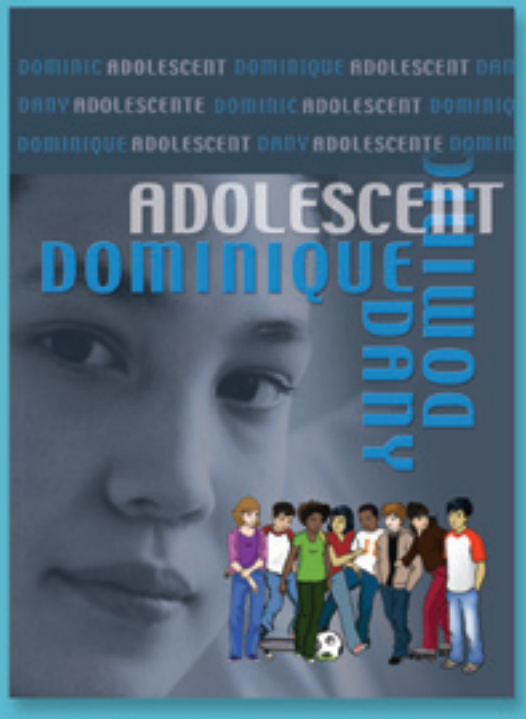
ORDRE DES PSYCHOLOGUES DU QUÉBEC

Dale Parizeau Morris Mackenzie

CABINET DE SERVICES FINANCIERS

Dominique Interactif

Un test indispensable pour évaluer les enfants et les adolescents



Un test:

- en interaction directe avec le jeune
- qui sollicite de multiples localisations cérébrales
- qui donne accès à l'univers des jeunes
- qui fournit un profil basé sur le DSM-IV
- entièrement développé et validé au Québec

Le test comprend:

- le programme sur CD-ROM ou internet
- des passations sur clé USB ou internet

Nous recyclons !
Clé USB retournée = 2 passations gratuites

D.I.M.A.T. INC
TÉLÉPHONE : 1 866 540-9255 • TÉLÉCOPIEUR : 514 482-0806
WWW.DOMINIC-INTERACTIF.COM

> dossier p.26
Relation thérapeutique et particularités culturelles : COMMENT Y ARRIVER?

26_ Présentation du dossier
Dre Nathalie Dinh, psychologue

27_ Au-delà des différences de groupes : la compétence interculturelle chez les psychologues du Québec
Dr Andrew G. Ryder, psychologue

32_ La psychologie clinique culturelle : une question de savoir-être
Dre Ghayda Hassan, Dre Sarah Fraser, Dre Garine Papazian-Zohrabian, psychologues et Dre Cécile Rousseau, psychiatre

35_ Le multilinguisme en clinique
Dre Garine Papazian-Zohrabian, Dre Sarah Fraser et Dre Ghayda Hassan, psychologues et Dre Cécile Rousseau, psychiatre

39_ Sens et pratique : vers une psychologie communautaire culturelle
Dre Margaret O'Byrne, psychologue

Psychologues 2.0, avez-vous déjà consulté la section « Documentation et médias » du site Web de l'Ordre?

Cette section du site Web comprend l'ensemble des publications offertes à l'intention des psychologues et du grand public. Vous y trouverez les éditions complètes des magazines *Psychologie Québec* depuis 2006, toutes les fiches déontologiques, les guides, cadres et lignes directrices, les rapports annuels, les bulletins *OPQ Dernière heure*, les communiqués de presse ainsi que les lettres et mémoires rédigés par l'Ordre. Les documents sont téléchargeables en format PDF et facilement imprimables. Vous pouvez donc vous constituer une bibliothèque virtuelle de tous les documents pertinents à votre pratique!

100 % PC 100 % PC
PERMANENT
BIOGAZ ÉNERGIE

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

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

© 1996 Forest Stewardship Council

_portrait p.22

Le fonceur timide
Portrait du Dr Gilbert Desmarais, neuropsychologue

_sommaire

07_ Éditorial
De beaux défis en 2012

09_ Secrétariat général
L'échantillonnage en temps réel au service de la psychologie

11_ Affaires juridiques
La formation continue obligatoire en psychothérapie

13_ Déontologie
Fiche déontologique sur le consentement mise à jour

16_ Pratique professionnelle
Tenue de dossiers et évaluation psychologique

21_ Une première collaboration avec l'Association québécoise de prévention du suicide

43_ L'un de vos collègues recevra-t-il le prix Noël-Mailloux?

45_ Vient de paraître

46_ Activités régionales et des regroupements

47_ Tableau des membres

48_ Petites annonces

50_ 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, Nathalie Dinh

Rédaction :: Krystelle Larouche

Publicité :: David St-Cyr

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

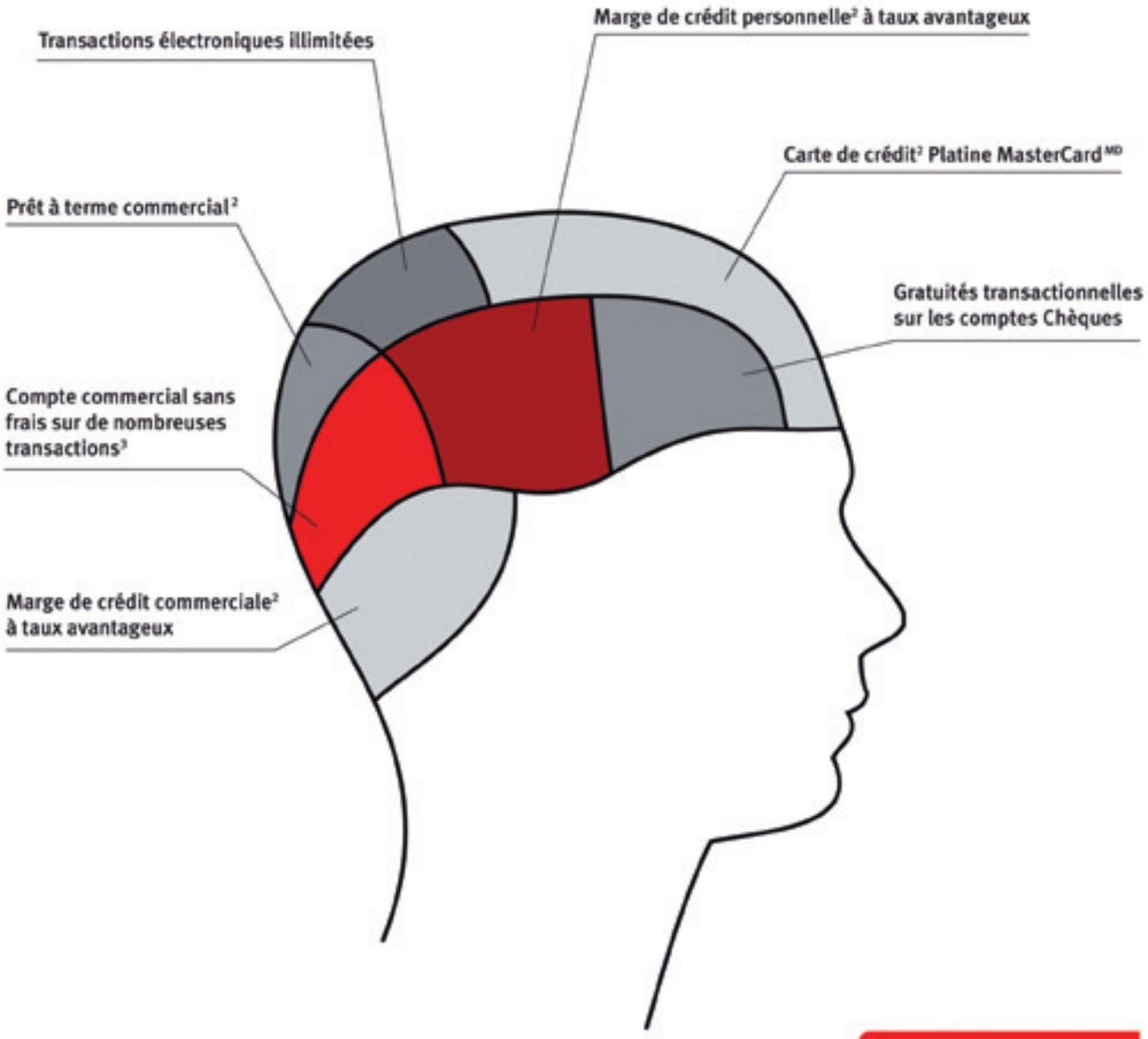
Conception graphique et production ::
MichauDesign

Abonnements ::
Membres OPQ :: gratuit
Non-membres :: 41,97 $ / 6 numéros *(taxes incluses)*
Étudiants :: 26,44 $ / 6 numéros *(taxes incluses)*

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

Psychologie QUÉBEC

Dates de tombée des annonces publicitaires :
Mars 2012 : 27 janvier 2012
Mai 2012 : 23 mars 2012



ET ACTION !

La banque pour les professionnels de la santé

Pour des solutions personnelles et commerciales, adhérez au programme financier[1] spécialement adapté aux besoins des psychologues.

banquedelasante.ca

BANQUE NATIONALE
GROUPE FINANCIER

1. Certaines conditions s'appliquent. Le programme s'adresse aux spécialistes en sciences de la santé (audiologiste, denturologiste, ergothérapeute, hygiéniste dentaire, opticien, orthophoniste, pharmacologue, physiothérapeute, psychologue, sage-femme, technologiste médical), qui sont citoyens canadiens ou résidents permanents du Canada. Le programme constitue un avantage conféré aux détenteurs de la carte Platine MasterCard de la Banque Nationale. 2. Sous réserve de l'approbation de crédit de la Banque Nationale. 3. Les transactions offertes sans frais dans le cadre du programme sont : les chèques, débits, retraits et dépôts au comptoir, crédits et les transactions automatisées et électroniques. [MD]MasterCard est une marque déposée de MasterCard International Inc. Usager autorisé : Banque Nationale du Canada.

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

Éditorial
De beaux défis en 2012

L'année qui commence sera marquée par la réalisation concrète des projets que nous avons développés et appuyés au cours des dernières années. Elle nous donnera de multiples occasions de travailler ensemble. Elle nous permettra aussi de fêter les 50 ans d'existence de notre profession au Québec. Ce sera exigeant, mais combien stimulant et enrichissant pour tous ceux qui accepteront de s'impliquer.

C'est en avril que les dispositions législatives concernant la psychothérapie devraient entrer en vigueur. La réserve du titre de psychothérapeute et de l'activité de psychothérapie aux seules personnes rencontrant les critères de compétence définis par le comité d'experts (Comité Trudeau) a fait consensus, tant à l'intérieur de notre profession qu'entre les ordres, auprès du public, des syndicats et des employeurs. Toutefois, dans l'application concrète du règlement, il pourrait arriver des questionnements, et même de l'opposition de la part de personnes qui se considèrent qualifiées, mais ne répondent pas à ces exigences. Il pourrait aussi arriver que les conditions d'encadrement, notamment l'obligation de formation continue, suscitent des réactions, particulièrement chez ceux qui ne sont pas familiers avec les règles du système professionnel.

On s'attend à ce que les dispositions relatives aux autres activités réservées entrent en vigueur au début du mois de juin. Comme pour la psychothérapie, l'objectif est de s'assurer que les gestes comportant des risques de préjudice soient posés par les professionnels compétents. Il est toutefois possible, là aussi, que certaines personnes s'opposent à ces changements et cela, malgré toutes les mesures qui seront prises par l'Office des professions, les ordres professionnels et les employeurs pour assurer une implantation en douceur du projet de loi 21 et pour prévenir toute rupture de services.

Nous reconnaissons que le changement, particulièrement lorsqu'il touche des services offerts aux personnes les plus vulnérables, puisse faire peur. Nous saisissons aussi que toute question relative à l'identité professionnelle, voire à la valorisation du travail de tous les intervenants, soit sensible. Nous ne comprendrons pas et n'accepterons pas que des rumeurs, des procès d'intention ou toute forme de désinformation viennent semer de l'inquiétude injustifiée comme moyen de s'opposer au changement.

Les professionnels et les intervenants qui œuvrent dans le secteur de la santé et de l'éducation, notamment, ont reçu une formation initiale et acquis des compétences qui font d'eux des éléments essentiels à l'offre de services qualifiés par la bonne personne au bon moment. Nul ne devrait, au nom du projet de loi 21, dévaloriser le travail de ceux qui pratiquent des activités qui ne sont pas réservées. Ce serait aller à l'encontre des principes fondamentaux qui, jusqu'à maintenant, ont guidé les travaux de modernisation de la pratique professionnelle en santé mentale et en relations humaines.

Plus que jamais, nous avons besoin de travailler ensemble pour bien saisir et transmettre le sens et la réalité concrète de ce beau projet. Nous vous rejoindrons par tous les moyens de communication dont nous disposons, mais aussi en personne, au cours de la tournée que j'amorcerai au printemps. J'espère vous y rencontrer en grand nombre.

C'est en 2012 que l'Ordre des psychologues fêtera ses 50 ans d'existence. Quel beau moment que cet anniversaire qui survient au cœur d'une étape majeure où notre profession prend un nouveau souffle!

Bonne année à tous et au plaisir de vous rencontrer.

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

Pascale Brillon

est docteure en psychologie à la Clinique des Troubles Anxieux de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal et se spécialise dans le traitement auprès des victimes. Elle donne des formations en stress post-traumatique à des intervenants partout dans le monde.

Deux best-sellers indispensables pour la clinique

Comment aider les victimes souffrant de stress post-traumatique

Pascale Brillon, Ph. D.

Ce guide est conçu spécifiquement à l'intention des cliniciens œuvrant auprès de victimes de traumatisme. Il présente de façon détaillée des stratégies thérapeutiques pouvant aider les victimes qui ont vécu un événement traumatique et dont les séquelles post-traumatiques sont devenues chroniques, généralisées et incapacitantes.

Se relever d'un traumatisme

Pascale Brillon, Ph. D.

Un guide d'accompagnement pour tous ceux et toutes celles qui ont subi un événement traumatisant. Il permet de mieux comprendre ce qui arrive et vous guidera dans votre récupération. Vous y trouverez des outils qui vous aideront à refaire confiance en la vie et aux autres.

Disponibles en librairie au Québec, en France, en Belgique et en Suisse.

LES ÉDITIONS Quebecor

7, chemin Bates, Outremont (Québec) H2V 4V7
Téléphone : 514-270-1746
Courriel : jacques.simard@quebecoreditions.com

Pour en savoir plus : www.quebecoreditions.com

_Secrétariat général

L'échantillonnage en temps réel au service de la psychologie

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

La Société canadienne de psychologie (SCP) a récemment créé un réseau électronique de praticiens pour la surveillance de la santé mentale au Canada. Ce réseau regroupe des psychologues de toutes les régions du Canada et il vise à recueillir de l'information sur les problèmes de santé mentale et les troubles de santé qui amènent les Canadiens à consulter un psychologue, ainsi que sur les services psychologiques qui leur sont offerts. Au moyen de sondages auprès d'échantillons représentatifs de psychologues, ce réseau permet à la fois de mieux connaître les caractéristiques démographiques des psychologues praticiens au Canada et de fournir des renseignements sur les caractéristiques cliniques et démographiques des clients qu'ils évaluent et qu'ils traitent.

L'objectif de la SCP est que la *méthode d'échantillonnage en temps réel* développée dans le cadre de ce projet puisse mener à une collecte permanente de données sur l'exercice de la profession de psychologue afin d'améliorer et soutenir l'état des connaissances en ce qui en trait aux besoins en santé mentale des Canadiens et les services psychologiques qu'ils reçoivent.

Les psychologues constituent le plus grand groupe de professionnels réglementés offrant des soins de santé mentale spécialisés au Canada. Une meilleure connaissance de leurs activités professionnelles, par le biais de ce réseau électronique, est cruciale pour arriver à mieux comprendre les besoins en matière de santé mentale et ainsi améliorer la planification, la coordination et l'évaluation des systèmes public et privé d'offre de services pour le traitement des problèmes psychologiques.

L'information recueillie sera utilisée pour informer l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC), qui a subventionné la réalisation du projet, ainsi que les principaux acteurs intéressés par les soins de santé dispensés par les psychologues au Canada.

La SCP a publié le rapport final de ce premier volet de cueillette de données au mois de septembre 2011. Celui-ci est disponible au http://cpa.ca/praticiens/surveillanceandsurveys/.

La création du réseau de psychologues praticiens débute en 2007 par un projet pilote. Le rapport final expose les résultats d'enquêtes-sondage menés auprès de psychologues de toutes les provinces et des territoires canadiens de 2007 à 2010. Plus de mille psychologues ont été sollicités pour participer au *réseau* et un total de 538 ont répondu à quatre questionnaires et participé à deux groupes de discussion. On a pris soin de constituer un échantillon suffisamment grand pour refléter la répartition proportionnelle des psychologues dans chacune des provinces. Par ailleurs, la SCP prend bien soin d'avertir le lecteur lorsque certaines données doivent être interprétées avec prudence, lorsque l'échantillon est trop restreint, par exemple. Lorsqu'il était possible de le faire, les données recueillies ont été comparées avec d'autres bases de données existantes afin d'en évaluer la validité et la cohérence. Des tests statistiques ont aussi été conduits.

Les principales catégories d'information contenues au rapport sont les caractéristiques démographiques et le profil professionnel des psychologues et de leur clientèle. Des données portant spécifiquement sur les enfants et les adolescents de même que sur les personnes atteintes d'une maladie chronique qui ont recours à des services psychologiques ont aussi été colligées. Pour ces deux dernières catégories, les échantillons ont été plus restreints, les conclusions étant donc moins généralisables.

_DONNÉES DÉMOGRAPHIQUES ET PROFILS DES PROFESSIONNELS

Outre le fait que la plus grande proportion des psychologues sont établis au Québec et en Ontario et que le corps professionnel est constitué d'une majorité de femmes (tendance également observée dans le domaine de la santé), on y apprend que la vaste majorité des psychologues exercent leur profession à temps plein, dans les grands centres urbains. Près des trois quarts d'entre eux exercent en pratique privée, et ce, dans des proportions variables entre l'exercice exclusif en privé ou une combinaison entre le privé et des établissements publics. On note des particularités selon que le psychologue est détenteur d'un diplôme de maîtrise ou de doctorat. Par exemple, le fait que les détenteurs de maîtrise sont plus enclins à faire de l'intervention, tandis que les détenteurs de doctorat offrent davantage des services d'évaluation[1].

Les données indiquent que les psychologues canadiens offrent des services psychologiques à toutes les tranches d'âge, mais que les catégories des moins de 12 ans et des plus 60 ans sont les moins bien desservies. À titre de comparaison, 80 % des psychologues canadiens déclarent offrir des services aux adultes âgés de 18 à 59 ans, alors que seulement 46 % offrent des services aux 12 ans et moins et 52 % aux personnes âgées de plus de 60 ans. En ce qui a trait aux enfants, on observe qu'ils ont plus tendance à recevoir des services au public qu'au privé.

Une proportion importante de psychologues canadiens pratique avec l'approche cognitivo comportementale (près de 50 %). On y décrit l'éventail des services qu'ils offrent et le temps qu'ils y consacrent. Ainsi, les psychologues passent en moyenne 28 % de leur temps de travail à faire de l'évaluation et 41 % de leur temps à faire de l'intervention. Les autres activités étant principalement la consultation, l'enseignement et la recherche.

On apprend aussi que 48 % coûts des services psychologiques reçus par la population canadienne sont défrayés par les services publics. Environ 11 % des Canadiens paient les services psychologiques qu'ils reçoivent sans aucun remboursement, alors que 39 % des services sont remboursés en tout ou en partie par des assureurs ou des programmes d'aide aux employés.

_CARACTÉRISTIQUES DE LA CLIENTÈLE

Sur le plan démographique, la majorité des clients sont des femmes de race blanche, nées au Canada. L'âge moyen de la clientèle est de 32 ans et près de la moitié des clients sont célibataires ou ne se sont jamais mariés. Sur le plan clinique, on estime de 14 à 24 le nombre moyen de séances avec un client. Les motifs de consultation les plus fréquents sont les troubles de l'humeur et les troubles anxieux, ce qui est conforme à la prévalence dans la population générale. La moitié des psychologues traitent les troubles de la personnalité.

Pour ce qui est enfants et des adolescents, l'âge moyen de la clientèle est de 12 ans en parts équivalentes garçons et filles. Fait intéressant, la moitié de jeunes qui consultent un psychologue fréquentent des programmes scolaires spéciaux s'adressant « aux élèves lents et aux élèves avec des troubles d'apprentissage ». Les motifs de consultation ou de référence les plus fréquents sont les problèmes de comportement, les conflits intrapersonnels, les problèmes d'apprentissage, les troubles anxieux, les troubles de l'attention et les troubles de l'humeur. La SCP souligne que les données relatives à cette clientèle ont toutefois une portée limitée en raison de la taille réduite de l'échantillonnage.

La collecte d'information a aussi porté sur les personnes qui ont un diagnostic de maladie chronique, soit les maladies cardiovasculaires et de diabète, qui sont les deux maladies chroniques les plus répandues. En général, les patients ne consultent pas pour gérer la maladie physique dont ils souffrent, c'est la détresse psychologique associée qui est l'objet de la consultation, et ce, dans plus de la moitié des cas. Dans la moitié des cas, les problèmes psychologiques sont apparus après le diagnostic de maladie chronique. L'autre moitié des patients avaient des antécédents de troubles psychologiques avant la maladie.

_POURSUIVRE LA COLLECTE DE DONNÉES

En publiant ce premier rapport, la SCP marque la première étape d'un processus qu'elle souhaite implanter « en continu ». Cette première expérience a démontré son efficacité et les données qui en découlent sont valides, et ce, malgré certaines mises en garde. La SCP sollicitera de nouveau les psychologues à travers le Canada et au Québec au cours des prochaines années afin de continuer à documenter l'état de la pratique et des services à offrir à la population. Nous vous tiendrons informés des avancements lorsqu'ils seront disponibles. D'ici là, vous pouvez consulter le rapport au http://cpa.ca/praticiens/surveillanceandsurveys/.

_Note

1 Rappelons qu'il s'agit de données pancanadiennes et que certaines particularités régionales peuvent ne pas avoir été mises en lumière. De fait, les données de l'Ordre indiquent que les psychologues cliniciens québécois offrent des services d'intervention dans la même proportion, qu'ils soient détenteurs d'une maîtrise ou d'un doctorat.

Assemblée générale annuelle

Tenue le 24 novembre dernier à l'Institut de tourisme et d'hôtellerie à Montréal, l'assemblée générale annuelle de l'Ordre des psychologues a réuni 75 membres. Ce fut l'occasion pour l'Ordre de partager ses dernières réalisations. Les psychologues absents peuvent consulter le rapport annuel ainsi que les états financiers 2010-11 sur le site Web, dans la section *Documentation et médias*. Sur la photo nous reconnaissons M[me] Suzanne Malette, directrice des services administratifs, D[re] Marie-Claude Guay, vice-présidente de l'Ordre, M[me] Rose-Marie Charest, présidente, D[re] Simone Landry, présidente de l'assemblée et le secrétaire général, M. Stéphane Beaulieu.

_Affaires juridiques

La formation continue obligatoire en psychothérapie

Me Édith Lorquet
Conseillère juridique et secrétaire
du conseil de discipline
elorquet@ordrepsy.qc.ca

Si la tendance se maintient, les dispositions relatives à la psychothérapie contenues au projet de loi 21 et la règlementation afférente entreront en vigueur au printemps prochain. C'est donc à partir de ce moment que le psychologue et le médecin exerçant la psychothérapie ainsi que le titulaire du permis de psychothérapeute devront commencer à accumuler au moins 90 heures de formation continue en psychothérapie par période de 5 ans.

Le projet de loi 21 prévoit que les modalités relatives à la formation continue sont fixées par résolution du Collège des médecins, pour ses membres, et par l'Ordre des psychologues du Québec pour ses membres et pour les titulaires du permis de psychothérapeute. Dans cette chronique, j'aborde les grandes lignes de la résolution adoptée par le conseil d'administration de l'Ordre des psychologues, que vous pouvez consulter dans le site de l'Ordre à l'adresse : www.ordrepsy.qc.ca/resolutionformation.

_L'ACCRÉDITATION : LE PRINCIPE

Aux fins de computation des 90 heures de formation continue obligatoire, le psychologue et le titulaire du permis devront choisir les activités de formation continue parmi celles prévues au programme adopté par l'Ordre des psychologues. Le programme sera constitué de la liste des activités offertes par l'Ordre, mais également de celles dispensées par d'autres organismes, personnes, établissements d'enseignement ou institutions spécialisées. Pour être inscrites au programme, les activités devront d'abord avoir été accréditées par l'Ordre avant leur tenue. Le conseiller à la formation de l'Ordre pourra reconnaître une activité de formation qui rencontre les critères énoncés ci-dessous mais il ne pourra, seul, refuser une telle reconnaissance. Ainsi, pour les cas jugés problématiques il devra référer, pour décision, au comité de la formation continue qui sera mis en place au sein de l'Ordre. Ce comité sera constitué de trois personnes : deux psychologues et un titulaire du permis de psychothérapeute.

Les activités de formation qui pourront être reconnues sont les suivantes :

1. Participer à des cours, séminaires, colloques, conférences ou congrès organisés ou offerts par l'Ordre, par des personnes, par des organismes ou par des établissements d'enseignement ou institutions spécialisées;
2. Agir à titre de formateur ou de conférencier (maximum de 30 heures reconnues par période de 5 ans) pour les activités mentionnées au paragraphe 1. Il est à noter que le temps de préparation attribué au formateur ou au conférencier sera de trois heures par heure de formation admissible et elles ne seront reconnues qu'une fois.

Le contenu d'une activité de formation continue devra être fondé sur les modèles théoriques d'intervention reconnus dans le domaine de la psychothérapie, soit les modèles cognitivo-comportementaux, psychodynamiques, systémiques et les théories de la communication ainsi qu'humanistes.

Elles devront également porter sur un des sujets suivants :

1. Processus et méthodes d'évaluation;
2. Processus et méthodes d'intervention;
3. Les facteurs communs (la suggestion, les attitudes du psychothérapeute, le cadre et les attentes du client, la qualité relationnelle et les habiletés de communication);
4. Les outils critiques (les méthodes scientifiques telles la recherche quantitative, les statistiques ainsi que la recherche qualitative dont les modèles épistémologiques, entre autres, l'herméneutique et la phénoménologie);
5. Le développement humain et ses problématiques, la classification des troubles mentaux et la psychopathologie;
6. Le lien entre la biologie et la psychothérapie, incluant la psychopharmacologie;
7. Les aspects légaux et organisationnels de la pratique de la psychothérapie;
8. L'éthique et la déontologie.

De plus, pour qu'une activité de formation soit accréditée et inscrite au programme, les facteurs suivants seront examinés :

1. La présence d'objectifs de formation;
2. La compétence et les qualifications du formateur, lesquelles doivent être en lien avec le sujet traité;
3. Le cadre pédagogique;
4. La qualité du matériel fourni;

5. L'existence d'une attestation de participation ou de réussite;
6. Le cas échéant, la réponse à un besoin identifié par l'ordre.

La demande de reconnaissance d'une activité de formation, pour son inscription au programme, devrait être présentée dans un délai d'au moins 60 jours précédant sa tenue, étant entendu toutefois que l'Ordre sera flexible au cours de la première année de la mise en mise de cette nouvelle procédure. Rappelons que ce sont ceux qui dispensent la formation qui devront adresser leur demande de reconnaissance au conseiller à la formation continue de l'Ordre et répondre à certaines exigences administratives prévues à la résolution, exigences que je n'aborde pas dans cette chronique, alors que le psychologue ou le titulaire d'un permis de psychothérapeute choisira une activité de formation parmi celles déjà inscrites au programme.

Cela dit, un psychologue ou un titulaire du permis pourra exceptionnellement faire une demande individuelle de reconnaissance pour une activité de formation donnée à l'extérieur du Québec (APA, SCP, congrès internationaux, etc.) ou par un établissement d'enseignement, étant entendu que cette reconnaissance ne vaudra alors que pour ce demandeur.

_LA SUPERVISION

En ce qui concerne les activités de supervision, la résolution prévoit que le psychologue et le titulaire devront en recevoir pour une durée minimale de cinq heures par période de cinq ans. Il va de soi que ces 5 heures font partie des 90 heures exigées. Il est également prévu que celui qui agit à titre de superviseur pourra se faire reconnaître, comme activité de formation continue, un maximum de 30 heures de supervision par période de 5 ans.

Les heures de supervision seront reconnues de facto. Ainsi, le psychologue ou le titulaire du permis n'aura pas à présenter une demande de reconnaissance pour une activité de supervision, que ce soit à titre de supervisé ou de superviseur.

Les conditions suivantes devront cependant être respectées :

1. Traiter des sujets énoncés précédemment;
2. Elle devra être effectuée par un superviseur habilité à l'exercice de la psychothérapie qui possède une expérience professionnelle dans le secteur d'activités visé par la supervision;
3. Un document signé entre le superviseur et le supervisé devra être conservé par chacune des parties et contenir les éléments suivants : les objectifs de la supervision, la nature et le format de celle-ci ainsi que le nombre d'heures consacrées et imputables directement au supervisé.

_MODES DE CONTRÔLE

Chaque année, le psychologue ou le titulaire du permis devra fournir à l'Ordre, au même moment que sa déclaration annuelle, une déclaration de formation. La déclaration devra indiquer les activités de formation suivies au cours de la période précédente de 12 mois, le numéro d'accréditation, la date des formations suivies, le nombre d'heures complétées ou, le cas échéant, que le membre a obtenu une dispense. Habituellement, est dispensé, en tout ou en partie, de l'obligation de suivre des activités de formation, un professionnel qui démontre au conseil d'administration de l'Ordre qu'il est dans une situation d'impossibilité de les suivre pour l'une ou l'autre des causes suivantes : maladie, accident, grossesse, circonstance exceptionnelle ou force majeure.

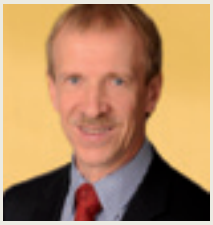
Il est important de noter que la résolution prévoit que l'Ordre pourra exiger tout document ou renseignement permettant de vérifier que le psychologue ou le titulaire du permis satisfait aux exigences des présentes modalités (les pièces justificatives doivent être conservées jusqu'à l'expiration des trois ans suivant la fin de la période de cinq ans).

Au terme du délai de cinq ans, si un professionnel fait défaut de se conformer à l'obligation de formation continue obligatoire, le conseil d'administration de l'Ordre, au terme d'une procédure décrite à la résolution, pourra limiter le droit du psychologue à exercer l'activité professionnelle de la psychothérapie et suspendre le permis de psychothérapeute du titulaire.

Au cours des prochaines semaines, le site de l'Ordre des psychologues affichera les informations et la documentation relatives au dépôt d'une demande d'accréditation d'une activité de formation continue en psychothérapie. D'ici là, je vous invite à consulter la résolution de l'Ordre pour connaître l'ensemble des modalités administratives prévues.

_Déontologie

Fiche déontologique sur le consentement mise à jour



Denys Dupuis / Psychologue
Syndic
ddupuis@ordrepsy.qc.ca

La première fiche déontologique écrite sur le sujet du consentement à l'intervention avait été diffusée aux membres au début de l'année 2000. Ensuite, de nouvelles orientations ont été présentées à travers diverses chroniques pour informer les membres des changements découlant des décisions de divers tribunaux. L'entrée en vigueur du nouveau code de déontologie, en août 2008, a permis de faire le point et, pour bien le faire connaître, le *Guide explicatif concernant le code de déontologie des psychologues du Québec* (Guide explicatif) a été remis à tous les membres et est toujours disponible sur le site Web. Des renseignements sur les articles 10 à 13 du code de déontologie des psychologues (Code) sur la question du consentement s'y trouvent. Ils visent à aider les membres à bien comprendre les principes lorsque le psychologue obtient, comme il se doit, un consentement du client avant d'amorcer son intervention.

Pour éviter que ne circulent des informations désormais erronées, la fiche intitulée « La formule de consentement » avait été retirée de la section *Documentation* où elle se trouvait dans le site de l'Ordre. D'une part, comme nous le verrons, l'obtention du consentement se veut davantage qu'une formule à compléter. En établissant comme valeur la reconnaissance de droits fondamentaux, dont l'intégrité de l'être humain[1], la société québécoise a défini le caractère inviolable de la personne, selon l'expression utilisée dans le Code civil (art. 10). Dès lors, le consentement libre et éclairé doit être obtenu sauf lorsque la loi le prévoit autrement. L'Ordre n'a jamais prescrit une forme précise, cherchant plutôt à outiller les membres sur les renseignements[2] importants à transmettre au client, pour répondre à l'exigence d'obtention du consentement.

D'autre part, il y a lieu de revenir sur les notions générales qui caractérisent le consentement, et à cette fin, il est approprié de s'arrêter sur les différents milieux dans lesquels des problématiques apparaissent principalement. La nouvelle fiche déontologique qui se trouve sur le site de l'Ordre[3] depuis la parution de cette revue examine le consentement à l'intervention en association avec le consentement à la transmission d'informations, le cas échéant.

_NOTIONS FONDAMENTALES À CONSIDÉRER

Le Code traite du consentement dans le chapitre III portant sur les devoirs et obligations envers le client (art. 10 à 13). Il faut retenir de ces articles que le psychologue doit convenir avec le client de la prestation de services à lui rendre, en tenant compte des « demandes et attentes » formulées, tout comme « des limites de ses compétences et des moyens dont il dispose ». En outre, « sauf urgence », il faut faire en sorte que ce consentement soit libre et éclairé. Ces articles précisent également la nature des renseignements à communiquer, les implications si l'intervention porte sur un enfant âgé de moins de 14 ans et la nécessité qu'il y ait une bonne compréhension de ces renseignements, incluant lorsque l'urgence a pris fin. Finalement, il importe de voir le consentement libre et éclairé comme étant un processus en évolution, le consentement pouvant être révoqué. En effet, l'intervention du psychologue peut nécessiter « pendant la durée de la relation professionnelle » que le client ait la possibilité de donner une nouvelle fois son accord ou qu'il puisse avoir la possibilité de demander que cesse l'intervention, étant donné les nouveaux renseignements dont lui fait part le psychologue pour la suite de la démarche déjà entreprise. Si la possibilité de consentir est offerte, il y a donc un choix à faire pour le client. Dès lors, le refus doit être pris en compte tout autant que l'acceptation. Des pressions ne peuvent évidemment pas être exercées pour influencer la décision dans le sens souhaité par le psychologue. Toutefois, les échanges du psychologue avec son client peuvent permettre de mieux l'éclairer et l'amener à reconsidérer sa position quant au bien-fondé de l'intervention.

Il y a deux notions importantes relatives au consentement et à l'intégrité de la personne, selon l'ouvrage de Kouri et Philips-Nootens (2005) auquel nous nous référons. Nous jugeons qu'il est utile de rendre cette information accessible, comme cela a été fait dans la fiche dont nous avons fait mention. Il s'agit d'un fondement en ce qui a trait au sujet abordé ici. De plus, une compréhension exacte peut guider le jugement professionnel si une situation problématique le nécessite. Au bénéfice des lecteurs nous résumons les grandes lignes de ce qui a été écrit.

_L'INVIOLABILITÉ

Le droit en tant qu'être humain à l'« inviolabilité » a toujours préséance sauf en situation d'urgence comme il est connu en déontologie ou si un accord est donné avant qu'une intervention soit réalisée, et ce, soit par la personne elle-même qui va bénéficier de cette intervention, soit par un tiers. Il s'agit ici de la première exception.

Le cas de l'enfant mineur de moins de 14 ans fait l'objet d'une attention particulière parce qu'il est normalement représenté par ses parents, également clients étant donné l'âge de l'enfant. Le *Guide explicatif* précise qu'à moins de raisons permettant de conclure après vérification qu'un conflit existe entre les parents ou qu'un contexte particulier prévaut (exemple : autre parent n'est pas au courant, autre parent ne consentirait pas à la prestation des services), le consentement d'un des parents suffit. S'il y a un doute ou une justification clinique, « le psychologue prend tous les moyens raisonnables afin d'obtenir le consentement des deux parents » (p. 8). S'il y a un désaccord et à la demande d'un des deux parents, c'est le tribunal qui tranche, selon ce qu'édicte le Code civil (art. 604). Cependant, l'absence d'un des parents de la vie de l'enfant, parfois depuis un certain temps, sans que celui-là ait laissé de coordonnées pour le contacter, ne devrait pas susciter chez le psychologue d'inquiétude quant au bien-fondé de commencer l'intervention. Toutefois, il est entendu que le parent absent n'est pas privé de son autorité parentale. Il suffit de comprendre que sa décision de ne pas l'exercer peut raisonnablement entraîner que des services soient rendus à son enfant en son absence, le psychologue étant mandaté par l'autre parent (Code civil, art. 603). Si le parent absent se manifestait ultérieurement, la possibilité devrait lui être donnée de consentir ou non et il aurait accès aux renseignements contenus au dossier de son enfant. Dans le cas où il refuserait la poursuite de l'intervention, l'autre parent pourrait demander au tribunal d'intervenir, comme il a été mentionné plus haut, si l'état de l'enfant le nécessitait.

L'autre exception se rattache au cas où « la loi le prévoit ». Un exemple est apporté. Il concerne les renseignements au dossier psychologique alors qu'il s'agit de donner des informations spécifiquement sur la classification d'un élève ou sur un code de difficulté. Diverses lois[4] permettent au psychologue de remettre l'information demandée, sans avoir à obtenir préalablement un consentement. Le psychologue est dispensé de cette obligation parce que la loi le permet et que l'information est nécessaire à l'exercice de ses fonctions.

_LE CARACTÈRE LIBRE ET ÉCLAIRÉ DU CONSENTEMENT

La seconde notion importante concerne la qualification du consentement lui-même. Il se doit d'être « libre et éclairé ». Il peut être trompeur de penser que l'obtention de la signature du client sur un formulaire préparé par le psychologue constitue une garantie de satisfaction de cette exigence. Écrire sur un formulaire la nature de l'intervention qui sera réalisée, dans quel but, par quel moyen avec toutes les précisions susceptibles d'assurer le respect du devoir d'information rappelé à l'article 11 du Code se révèle effectivement approprié et d'ailleurs, les mandats d'expertise ou ceux impliquant l'échange d'informations entre plusieurs personnes à la suite de l'évaluation le nécessitent.

Par contre, au-delà du fait de détenir un document écrit et signé, il importe de préserver le sens de la déontologie. D'une part, s'assurer qu'il y a un consentement libre, autrement dit, vérifier l'inexistence d'obstacle ou de contrainte empêchant le bénéficiaire du service de décider librement d'accepter ou de refuser. D'autre part, renseigner suffisamment la personne pour qu'elle puisse bien comprendre la portée de ce qui lui est proposé, qu'il existe d'autres possibilités et qu'il y a des conséquences possibles et des limites à ce qui est envisagé pour l'aider.

_APPLICATION À DIVERS CONTEXTES

La fiche déontologique fait le point sur diverses facettes relatives au consentement, à l'intention des psychologues qui travaillent en cabinet de consultation ou qui sont engagés dans des commissions scolaires, ou encore qui font de l'expertise. Ce ne sont que quelques exemples de domaines où les psychologues exercent leur profession, mais ils ont été retenus parce qu'ils concernent un grand nombre de membres et que des problématiques particulières touchent souvent le consentement : par exemple, les interventions auprès d'enfants de moins de 14 ans, la collaboration avec le médecin traitant dans le but de créer une concertation pour une intervention réciproque plus appropriée, l'accès au dossier des mineurs de 14 ans et plus en milieu scolaire selon l'origine de la demande d'intervention. Le cas des psychologues du milieu de la santé et des services sociaux est aussi abordé, étant donné les exigences de la loi qui s'appliquent au consentement à la transmission des renseignements nécessaires à l'organisation des services appropriés, entre établissements d'un même CSSS. Pour ce qui est des mandats d'expertise, en matière de garde d'enfants et en neuropsychologie, il importe de veiller à ce que le client saisisse bien le rôle de l'expert, le processus qui sera utilisé et la portée de sa décision, compte tenu du mandat à propos duquel il accepte de se faire évaluer.

_LA DOCUMENTATION DU CONSENTEMENT

Le Règlement sur la tenue des dossiers et des cabinets de consultation des psychologues exige d'inscrire au dossier les renseignements décrivant toute entente particulière sur la nature et les modalités d'une intervention (art. 3, par. 9). Le psychologue devrait ainsi joindre tout document signé par le client qui fait foi de son consentement à celle-ci. Sinon, c'est dans une note inscrite au dossier que devraient se trouver les renseignements qui ont été donnés pour s'assurer que le client soit informé, comme il doit l'être, avant que le consentement soit obtenu.

Si le psychologue conclut au terme de sa communication avec un seul parent qu'il peut commencer l'intervention, puisque rien ne l'amène à penser que l'autre parent s'objecterait, il lui revient aussi de résumer brièvement au dossier le constat qui lui permet de tirer cette conclusion.

Comme il est permis de le voir, cette mise à jour de la fiche déontologique qui peut être consultée facilement vise à répondre à des questionnements fréquents quant aux modalités qui s'appliquent lors d'interventions psychologiques.

_Bibliographie

Charte des droits et libertés de la personne, L.R.Q., c. C-12.

Code civil du Québec (1991, chapitre 64)

Code de déontologie des psychologues, C-26, r.148.1.001

Kouri, R.P., Philips-Nootens, S. (2005). *L'intégrité de la personne et le consentement aux soins*. 2e édition. Cowansville : Les Éditions Yvon Blais Inc.

Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels, L.R.Q., chapitre A-2.1

Loi sur les services de santé et les services sociaux, L.R.Q., c. S-4.2

Gouvernement du Québec. Ministère de l'Éducation. Direction de l'adaptation scolaire et des services complémentaires. (1993). *La protection des renseignements personnels à l'école*.

Ordre des psychologues du Québec (2008). *Guide explicatif concernant la tenue de dossier.*

Ordre des psychologues du Québec. (2008). *Guide explicatif concernant le code de déontologie des psychologues du Québec*.

Règlement sur la tenue des dossiers et des cabinets de consultation des psychologues, C-26, r.154.1

_Notes

1 *Charte des droits et libertés de la personne du Québec*, art. 1.

2 Voir le document préparé par l'Ordre des psychologues, *Guide explicatif concernant la tenue de dossier*, p. 17.

3 Voir à l'adresse URL : http://www.ordrepsy.qc.ca/fichesdeontologiques

4 La Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels énonce : « Un organisme public peut, sans le consentement de la personne concernée, communiquer un renseignement personnel à toute personne ou organisme si cette communication est nécessaire à l'application d'une loi au Québec […] » (art. 67) et la Loi sur l'instruction publique dit de son côté : « La commission scolaire peut exiger de ses établissements d'enseignement tout renseignement ou document qu'elle estime nécessaire pour l'exercice de ses fonction et pouvoirs […] » (art. 218.1).

Le syndic adjoint M. Serge Tremblay prend sa retraite!

Le 23 novembre dernier, la présidente de l'Ordre, Mme Rose-Marie Charest, a souligné en compagnie de tous les employés, le départ à la retraite de M. Serge Tremblay, syndic adjoint. Nommé à ce poste en 2001, M. Tremblay a été particulièrement impliqué au cours des dernières années dans le service de consultation offert aux membres et au public. Dans ce rôle, il a eu l'occasion plus d'une fois d'aider les membres dans leur pratique et cette contribution a souvent fait l'objet de commentaires positifs par les personnes qui ont bénéficié elles-mêmes de ce service. Une liseuse électronique a été offerte au nom de l'Ordre, qui permettra à M. Tremblay d'agrémenter ses heures de lecture.

NOCI CLINIQUE Inc.

Ateliers de Formation 2012

Par: Manon Houle, Ph.D.
Maria Dritsa, Ph.D.

Renseignements + inscription: nociclinique.ca
514.731.4146

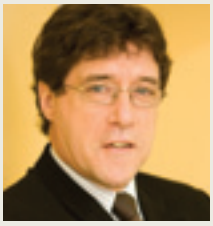
Traitement de la **Douleur Chronique**

Utilisation du **MMPI-2** et **MMPI-2 RF**

L'évaluation de la personnalité selon **Millon**

_Pratique professionnelle

Tenue de dossiers et évaluation psychologique



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

_TENIR UN DOSSIER, UN COMPLÉMENT ESSENTIEL AUX INTERVENTIONS

Certains psychologues nous font part de leur difficulté à produire leurs notes d'évolution ou leurs rapports d'évaluation dans des délais raisonnables, ce qui s'expliquerait par une charge de travail trop importante. Tout leur temps serait ainsi consacré à rencontrer des clients, de sorte qu'ils ne seraient plus en mesure de répondre comme ils le souhaiteraient à leurs obligations en matière de tenue de dossiers. En pareil cas, il est possible qu'ils aient la conviction que le fait de consacrer du temps à la tenue de dossiers porte préjudice aux clients en réduisant d'autant leur disponibilité pour intervenir auprès d'un plus grand nombre. C'est un peu comme si la tenue de dossiers se situait en périphérie de leur pratique professionnelle. Or le psychologue, comme tout professionnel d'ailleurs, a l'obligation réglementaire de tenir un dossier pour chacun de ses clients. Et cette obligation n'est de surcroît ni arbitraire ni inutile. Elle découle tout naturellement des lois qui visent à protéger le public qui, en se confiant à des professionnels, se place en position de vulnérabilité.

Le psychologue qui offre des services à son client doit témoigner de ce qu'il fait afin que celui-ci puisse s'y référer et, ultimement, que soit démontrée la valeur scientifique et professionnelle de ses interventions. Tenir un dossier, c'est implicitement reconnaître la nécessité de rendre des comptes non seulement à son client, mais aussi à des tiers qui pourraient juger de la qualité du travail effectué. Vu sous cet angle, ne pas s'acquitter de ses obligations de tenue de dossiers avec rigueur et diligence porte atteinte aux droits fondamentaux des clients, et en ce sens, il serait faux de prétendre que la tenue de dossiers ne renvoie pas à l'essence même du travail du psychologue. Qui plus est, au-delà des obligations réglementaires, il est fondamental que le psychologue dispose de temps pour réfléchir, pour prendre le recul nécessaire, pour objectiver sa position. Prendre 10 à 15 minutes après un entretien pour se dégager de la relation, tenter de voir autrement ce qui s'est déroulé et situer tout cela sur un continuum évolutif n'est certainement pas une perte de temps. Bien sûr, tout ne tient pas dans une simple note d'évolution et tout ne prend pas que 10 à 15 minutes. La rédaction des rapports d'évaluation, notamment, demande davantage de temps de préparation et de réflexion.

À l'inverse, il y a des psychologues qui, prenant très au sérieux leurs obligations de tenue de dossiers, y consacrent une part importante de leur pratique professionnelle. Ceci pourrait même contribuer dans certains cas à réduire l'accès aux services pour ceux qui sont sur les listes d'attente. Il ne faudrait pas perdre de vue que le but à atteindre n'est pas de produire un rapport ou de réussir un exercice littéraire, mais bien d'aider son client et à tout le moins de ne pas lui causer de préjudice. Le psychologue doit rendre compte de sa compréhension du client et du travail accompli de façon diligente, en présentant un contenu organisé, dans lequel les informations rapportées sont exactes, pertinentes, concises et interprétées.

_L'ENCADREMENT DE LA TENUE DE DOSSIERS

La tenue de dossiers est relativement bien encadrée. Il y a, d'une part, les exigences réglementaires (Règlement sur la tenue des dossiers et des cabinets de consultation des psychologues, Code de déontologie) et, d'autre part, les meilleures pratiques. Les lois et règlements renvoient à ce qui est incontournable, alors que les guides de bonne pratique suggèrent ou recommandent des façons de faire permettant de donner suite à cet incontournable. Le *Guide explicatif concernant la tenue de dossier* fait état de quelques types de rapports que le bon usage a consacrés. Est-il possible qu'à la lecture de ce guide, un psychologue ait l'impression que ce qui est exigé est trop lourd et crée un débordement dans l'organisation de son travail? Ça ne devrait pas être le cas. L'important demeure de réfléchir non pas tant à la lettre qu'à l'esprit qui doit prévaloir et d'exercer son jugement lorsque vient le temps de rédiger les notes d'évolution ou les rapports.

_LES RAPPORTS D'ÉVALUATION

Toutes les interventions que peut faire un psychologue nécessitent au préalable une évaluation. Mais ce n'est pas parce que le psychologue procède à une évaluation qu'il doit pour autant produire un rapport d'évaluation psychologique. Dans un contexte de suivi, le psychologue aura certainement évalué son client au début, par exemple pour vérifier la pertinence d'un engagement en psychothérapie, et ensuite, il évaluera en continu la progression de son client. Toutefois, le mandat formel qui lui aura été confié consiste non pas à procéder à l'évaluation psychologique du client, mais bien à lui offrir un suivi sous une forme ou une autre. En pareil cas, le psychologue peut décider de rédiger un rapport d'évaluation, à proprement parler, comme il peut choisir de rendre compte de son évaluation dans la ou les premières notes d'évolution. L'important tient non pas au format de ce qui est rapporté (note d'évolution ou rapport d'évaluation), mais bien au fait de consigner les informations qui permettent de bien saisir la démarche d'évaluation et de comprendre la suite que le psychologue compte donner aux premiers entretiens et au plan d'intervention.

S'il s'agit de rédiger un rapport d'évaluation, le *Guide explicatif* propose un modèle de présentation et d'organisation des informations qui permet aux psychologues de soutenir et d'étayer leur démarche et leurs conclusions[1]. Ce modèle préconise de regrouper les informations à consigner dans 11 sections distinctes, ce qui peut de prime abord paraître exigeant en termes d'exhaustivité. Il est important de souligner que le guide propose plus qu'il n'impose une façon de faire, le but étant d'assurer que les rapports d'évaluation répondent aux exigences réglementaires et professionnelles. D'ailleurs, il existe certainement d'autres façons de faire, et il revient aux psychologues de décider comment ils s'acquitteront de leurs obligations en matière de tenue de dossiers dans la rédaction des rapports d'évaluation, le choix des sections en découlant.

Bien sûr, certaines de ces sections sont directement liées à ce qu'exige de consigner l'article 3 du Règlement sur la tenue de dossiers et des cabinets de consultation des psychologues, ce qui ne laisse aucun choix quant à leur présence dans le rapport. Il s'agit des *données nominatives*[2], des *dates d'ouverture de dossier et des dates d'interventions*, du *motif de consultation*, des *conclusions* et des *recommandations*. Pour ce qui est des autres sections, si leur présence en tant que sections n'est pas obligatoire, au sens réglementaire du terme, il n'en demeure pas moins que, en vertu de ce même article 3, les informations qui y seraient consignées doivent tout de même se trouver dans le rapport. En effet, les sections *contexte situationnel du problème, observations ou impressions* et *synthèse de la compréhension* se rattachent à l'examen qui permet au psychologue de soutenir ses conclusions et recommandations[3]. La présence de ces sections vise ainsi à assurer que soient rapportées et résumées de manière organisée des informations importantes et de nature différente. Les sections *cadre de l'intervention, méthodologie utilisée* et *épreuves d'évaluation* renvoient à la description sommaire[4] des services professionnels rendus. Le terme sommaire prend ici de l'importance notamment en ce qui concerne le rapport à faire de l'évaluation psychométrique.

_POUR PLUS D'EFFICACITÉ

On considère que le dossier du client est un outil important de communication, notamment quand une équipe interdisciplinaire ou multidisciplinaire ou encore plusieurs intervenants sont impliqués auprès d'un même client. Par contre, pour faire image, le psychologue n'est pas un « courtier en informations » pour le compte de ses collègues. La tenue de dossiers ne peut pas non plus se substituer aux discussions de cas ou aux réunions d'équipe, sans quoi le psychologue court d'importants risques de débordement préjudiciable tant dans le contenu de ses rapports écrits et dans les délais à les produire que dans l'exercice de son mandat.

Il faut aussi faire le constat que le travail des psychologues mandatés à l'évaluation est parfois long et complexe. C'est le cas, par exemple, des évaluations neuropsychologiques, celles-ci reposant entre autres sur l'utilisation de nombreux outils psychométriques spécialisés. Toutefois, cela ne signifie pas pour autant que les rapports qui témoignent de ce travail doivent eux-mêmes être longs et complexes.

_LE CONTEXTE SITUATIONNEL DU PROBLÈME

Le contexte situationnel du problème renvoie de façon assez large aux antécédents ou aux consultations antérieures, le cas échéant, de même qu'à l'anamnèse. Le travail du psychologue n'est pas celui d'un biographe. Il doit plutôt filtrer, parmi toutes les informations qu'il lui aura été possible de colliger, celles qui ont un lien avec la démarche de consultation. Il ne doit pas non plus faire un « copier-coller » de ce qui se trouve autre part consigné dans le dossier du client, ni en faire un résumé, mais plutôt d'y référer, en dégageant les quelques éléments essentiels et en tirant des conclusions partielles qui viendront soutenir ses conclusions finales et ses recommandations.

_LES OUTILS PSYCHOMÉTRIQUES

Le recours aux outils psychométriques n'est pas obligatoire pour donner suite à un mandat d'évaluation psychologique, bien qu'il soit parfois incontournable, comme c'est le cas pour l'évaluation de certains troubles mentaux (ex. : retard mental, dyslexie) ou encore pour l'évaluation des troubles neuropsychologiques (fonctions mentales supérieures). Les tests dûment validés sont des outils standardisés qui, dans la mesure où leur sélection est judicieuse, permettent d'accélérer le processus d'évaluation et d'en améliorer l'efficacité. Dans son rapport d'évaluation, le psychologue n'a pas à justifier le recours aux outils qu'il choisit, mais il peut toutefois présenter brièvement ces outils pour qu'on saisisse l'usage qu'il compte en faire. Il n'a pas non plus, par ailleurs, à citer son client pour rapporter des réponses ou à présenter de façon exhaustive les résultats obtenus, que ce soit sous forme graphique ou autre[5]. Ces résultats sont en somme des données brutes qui de toute façon ne pourraient être présentées sans leur interprétation. Leur interprétation seule devrait donc suffire et servir à l'élaboration des conclusions et recommandations.

_DES RAPPORTS D'ÉVALUATION « AUTOPORTANTS »

Le psychologue doit permettre à celui qui consulte son rapport d'évaluation de saisir que son travail a été fait avec rigueur et que les affirmations qui s'y trouvent ne sont pas gratuites. Tout ce qui est essentiel à la compréhension du processus et des conclusions et recommandations doit s'y trouver. Toutefois, cela ne signifie pas que le psychologue doit dans son rapport se justifier de tout ce qu'il soutient, un peu comme le ferait un stagiaire ou un interne

Institut VICTORIA

psychologie de la personnalité

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

Documentation disponible en ligne ou sur demande

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

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

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

PSYCHOLOGIE DE LA PERSONNALITÉ

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

► NOUVELLES FORMATIONS

■ Troubles alimentaires et troubles de la personnalité : traitement intégré

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

Montréal 280 $ (taxes incluses)
les 22 et 23 mars 2012

■ 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 280 $ (taxes incluses)
les 15 et 16 mars 2012

►PERFECTIONNEMENT DE 3 JOURS

LES TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ : INTRODUCTION À L'INTERVENTION

Montréal 405 $ (taxes incluses)
Groupe A les 1, 8 et 22 février 2012
Groupe B les 24, 25 et 26 mai 2012

►CONTRE-TRANSFERT ET TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ

Montréal 280 $ (taxes incluses)
les 28 mars et 4 avril 2012

Québec 300 $ (taxes incluses)
les 16 et 17 février 2012

►FORMATION DE 3 ANS À LA PSYCHOTHÉRAPIE

Voyez le programme détaillé sur notre site web.

►ATELIERS D'APPROFONDISSEMENT D'UNE JOURNÉE

Consultez notre site web pour connaître les différents ateliers disponibles.

Montréal 155 $ (taxes incluses) pour chacun des ateliers

- Structure borderline, le 25 avril 2012
- Structure narcissique, le 16 mai 2012
- Structure schizoïde, le 7 juin 2012

en psychologie qui, dans un contexte de supervision, soumet son rapport au psychologue responsable de sa formation. Le fait qu'il soit psychologue signifie d'emblée qu'on lui reconnait des compétences pour exercer et ses rapports, plutôt que d'en faire la démonstration, doivent faire état des résultats de l'exercice de ces compétences.

En guise de conclusion, soulignons qu'on ne devrait jamais s'acquitter de façon mécanique de ses obligations en matière de tenue de dossiers. À cet effet, avant d'écrire dans le dossier, il y aurait lieu de se poser au moins les quelques questions qui suivent :

- Qu'est-ce que je dois rapporter?
- Qu'est-ce qui m'est demandé ou qui peut être utile?
- Pour qui est-ce que je fais ce travail? Pourquoi?
- Quelle est la meilleure façon de m'y prendre?

Soignons tous nos rapports : ceux avec les clients, les collègues, les tiers… et ceux qui sont consignés dans les dossiers. Il faudrait garder en tête, par ailleurs, que le client peut prendre connaissance de ce que vous pensez et dites de lui, puisqu'il a accès à son dossier.

Pour terminer, sachez qu'en 2012, à compter du mois de mars, l'Ordre offrira à nouveau en tournée la journée de formation continue sur la tenue de dossier. Si vous êtes intéressés, nous vous invitons à consulter l'annonce qui parait dans ce numéro du magazine *Psychologie Québec* et à vous y inscrire.

_Notes

1 Voir le *Guide explicatif concernant la tenue de dossier*, p. 11-12. Ce document se trouve dans le site Internet de l'Ordre à l'adresse URL suivante : http://www.ordrepsy.qc.ca/sn_uploads/2008_09_Guide_explicatif_La_tenue_de_dossier.pdf

2 Il est entendu que le psychologue n'a pas à reporter dans son rapport d'évaluation les données nominatives qui se trouvent consignées autre part dans le dossier. Toutefois, il doit s'assurer que le rapport est bien identifié au nom du client.

3 Article 3, paragraphe 6 du Règlement sur la tenue des dossiers et des cabinets de consultation des psychologues.

4 Voir l'article 3, paragraphe 5 du Règlement sur la tenue des dossiers et des cabinets de consultation des psychologues.

5 Il est possible toutefois que le contexte et le mandat confié au psychologue nécessitent que des informations de cette nature soient consignées dans le rapport, mais ce n'est généralement pas le cas.

Service d'intervention d'urgence pour les psychologues

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

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

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

_LE CENTRE DE RÉADAPTATION ESTRIE REÇOIT LE PRIX D'EXCELLENCE DU RÉSEAU DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

À l'occasion de la remise des prix d'excellence du réseau de la santé et des services sociaux 2010-2011 tenue le 11 octobre dernier, le Centre de réadaptation Estrie a reçu la mention d'excellence dans le domaine de la valorisation et de la mobilisation des ressources humaines. Ce prix n'est pas sans rappeler le modèle de gestion axé sur l'humain du Centre, sa performance et le transfert de connaissance dont il fait preuve dans le réseau de la santé et des services sociaux. Rappelons qu'en 2008, le Centre recevait le Prix de la santé et du bien-être psychologique de l'Ordre des psychologues du Québec. Toutes nos félicitations!

_L'HÔPITAL LOUIS-H. LAFONTAINE MAINTENANT DEVENU INSTITUT UNIVERSITAIRE EN SANTÉ MENTALE

Le 14 octobre dernier, le ministre de la Santé et des Services sociaux, le Dr Yves Bolduc, a annoncé que l'Hôpital Louis-H. Lafontaine serait dorénavant reconnu comme institut universitaire en santé mentale joignant le réseau de l'Université de Montréal. Ce nouveau statut permettra à l'hôpital d'améliorer les soins et les services aux personnes atteintes de troubles mentaux, de consolider ses partenariats et de développer la recherche et l'enseignement.

_PSYCHOLOGUES RECHERCHÉS POUR DEVENIR CYBERMENTOR

L'organisme sans but lucratif Academos invite les psychologues à partager leur expérience professionnelle à des jeunes du secondaire et des cégeps souhaitant également devenir psychologues. Les échanges s'effectuent en toute confidentialité sur le site www.academos.qc.ca. En devenant cybermentors, vous contribuerez à la persévérance scolaire et faciliterez le choix de carrière des jeunes.

Société Québécoise d'Hypnose inc.

FORMATION CONTINUE EN HYPNOSE

Formation en hypnose clinique

FORMATION DE BASE - 11, 12, 25 ET 26 FÉVRIER 2012

À MONTRÉAL

Cet atelier initie les participants(es) à la pratique de l'hypnose en tant que mode de communication et outil thérapeutique.

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

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

Intégration de l'hypnose en psychothérapie

Avec Michel Landry, psychologue

FORMATION INTERMÉDIAIRE - 13 ET 14 AVRIL 2012

À MONTRÉAL

Cette formation propose un modèle d'intervention ciblant différentes options d'intégration et d'utilisation de l'hypnose clinique en psychothérapie.

Pauline Bernier et Michel Landry, psychologues, responsables du programme de formation de la Société d'Hypnose du Québec.

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

Une première collaboration avec l'Association québécoise de prévention du suicide

L'Ordre des psychologues du Québec devient partenaire pour la toute première fois de l'Association québécoise de prévention du suicide (AQPS) à l'occasion de la semaine nationale de prévention du suicide qui aura lieu du 5 au 12 février 2012. Les psychologues savent bien qu'une mauvaise santé mentale peut entraîner la dépression et que celle-ci se termine malheureusement trop souvent par le suicide. Cette cause est supportée par les membres, qui oeuvrent sans cesse pour prévenir le pire, et c'est pourquoi l'Ordre a décidé de tisser un partenariat qui s'avérait naturel avec l'Association.

Ayant comme thème « Le suicide n'est pas une option », différentes activités de sensibilisation sont prévues dans le cadre de la semaine nationale de prévention du suicide, dont la promotion de la ligne d'écoute 1 866 APPELLE et de la déclaration Ajoutermavoix.com. L'Ordre collabore plus particulièrement à la production de vidéos percutantes qui seront diffusées par les médias sociaux. Le concept choisi est de faire témoigner les proches d'une personne suicidée et ceux ayant déjà fait une tentative. Seule devant la caméra, la personne racontera les événements marquants que son proche suicidé a manqués depuis sa mort, ou encore ce qu'elle-même aurait pu manquer si elle s'était suicidée. Il s'agira de réels témoignages et non de jeux d'acteurs. La diffusion des vidéos, qui seront assurément frappant d'émotion et de vérité, s'insère dans une grande stratégie de Web 2.0 qui visera des publics variés. Le but poursuivi est de créer un mouvement viral qui puisse à la fois sensibiliser directement le public et obtenir l'attention médiatique.

Si vous désirez organiser un événement en lien avec la semaine, visitez le site Web de l'Association au www.aqps.info. Un calendrier des événements est disponible en ligne et du matériel de sensibilisation, dont l'affiche promotionnelle sur lequel le logo de l'Ordre apparaît, peut être commandé. Nous vous tiendrons informés du développement de ce partenariat et des vidéos promises!

_Portrait

Le fonceur timide
Portrait du Dr Gilbert Desmarais, neuropsychologue

Sur un fauteuil, des dizaines d'ouvrages sont empilés en vrac. Gilbert Desmarais s'excuse et nous explique qu'il vient de vider son bureau à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine. Il y travaillait depuis 1976, d'abord comme psychologue, puis comme neuropsychologue et, depuis 2006, comme chef professionnel. Ses documents, à l'instar de ses projets, semblent en attente de classement. Car ce pionnier de la neuropsychologie clinique au Québec n'a pas encore dit son dernier mot. Il nous a reçus chez lui et nous a parlé de l'évolution de son domaine. Et de ce qu'il reste à faire.

Par Éveline Marcil-Denault, psychologue et journaliste pigiste

_LA FIN D'UN CYCLE

Bien qu'il ait écrit « retraité » sur son cv, Gilbert Desmarais ne chôme pas. Actuellement, le neuropsychologue réalise des évaluations et des expertises pour une clinique en médecine du travail et pour certains avocats. Toujours professeur associé au Département de psychologie de l'Université de Montréal (UDM), il rêve parfois de développer un livre évolutif dans lequel les spécialistes de la neuropsychologie pourraient classer les connaissances liées à ce domaine dans un système semblable à une arborescence d'idées.

Lui qui, pendant 25 ans, fut chargé d'enseignement clinique au Département de psychiatrie de la Faculté de médecine de l'UDM pense aussi au système d'éducation effondré en Haïti. Il se demande s'il n'y aurait pas moyen de leur rediffuser des cours enseignés ici. Mais tout cela n'est encore qu'au stade de projet, tient-il à souligner.

À voir Gilbert Desmarais, on a un peu l'impression qu'il arrive de voyage et débarque tout juste dans son salon; un salon animé par la présence réelle ou virtuelle de Hugo et Magali, 17 et 18 ans, les deux enfants que lui et sa femme ont adoptés en Chine. Pendant l'entrevue, le père répond au téléphone, accueille le *chum* de sa fille, écrit des *textos*, essaie de garder le fil…

_À CONTRE-COURANT

Gilbert Desmarais a fait ses études à Montréal, dont son cours classique à Brébeuf. Il a obtenu son doctorat en psychologie à l'UDM en 1976. Il rappelle qu'à cette époque, l'évaluation avec des épreuves traditionnelles – le WAIS, par exemple – était remise en question : « On ne jurait que par la psychothérapie. » Or pour ce clinicien, considérer l'usage des tests comme une solution de facilité est une des grandes hérésies de la psychologie. « Le test doit être perçu comme un outil raffiné et supplémentaire à l'unique conversation », soutient-il.

Car selon lui, la psychologie est avant tout la science de l'observation du comportement et certaines fonctions – mémoire, attention, capacité de s'adapter – ne peuvent être évaluées de façon rigoureuse lors d'une discussion. « On observe avec des outils, tout comme la personne en laboratoire observe avec son microscope », illustre le spécialiste féru de sciences fondamentales.

Pendant ses études, Gilbert Desmarais a longtemps cherché sa place. Contrairement à d'autres, il n'était pas pressé de s'initier à la psychothérapie : « J'aimais les statistiques, les cours de comportement animal. » Au début de sa pratique auprès de patients psychotiques, il se souvient de s'être senti impuissant. Et même dépressif. « On était loin de la tour d'ivoire de l'université », dit-il en se remémorant les salles exiguës dans lesquelles les patients étaient parfois isolés.

_APRÈS LE DOUTE, LA PIQÛRE

Après des études postdoctorales auprès d'Ernest Poser et John Davis du Behavior Therapy Unit au Douglas, Gilbert Desmarais a songé à se tourner vers le droit. Mais au même moment, de petits hasards lui ont redonné espoir : « J'ai croisé deux anciens patients qui m'ont demandé si j'avais d'autres tests à leur faire passer; j'ai réalisé que j'étais un des seuls à m'être occupé d'eux ». Peu après, Gilbert Desmarais a assisté à une présentation de la psychologue Francine Fontaine du Centre de recherche de l'Hôpital Louis H. Lafontaine (HLHL). Dans cette conférence, il était question d'une nouvelle spécialité de la psychologie, celle-ci plus proche de la neurologie.

« Quand j'ai découvert la neuropsychologie, il s'est passé un déclic important », explique Gilbert Desmarais qui y a vu une façon de pousser l'évaluation encore plus loin. Avec le soutien de Lucien Auger, l'étudiant a amorcé une réflexion qui l'a mené à partir loin de sa famille – un milieu trouble, selon ses dires. Pour lui, cette séparation s'est révélée aussi difficile que salutaire. En juillet 1980, Gilbert Desmarais est arrivé à Boston, Massachusetts, son lieu de naissance comme neuropsychologue.

Dr Gilbert Desmarais

L'INFLUENCE D'EDITH K.

C'est au sein de l'Aphasia Unit du Boston V. A. Medical Center que Gilbert Desmarais s'est initié pendant près de deux ans aux rudiments de la neuropsychologie clinique. Malgré son caractère imprévisible et déroutant – elle supervisait parfois ses étudiants la nuit, ne se présentait pas toujours à ses rendez-vous et conduisait sa voiture de manière téméraire –, Edith Kaplan, la directrice de l'unité, a profondément influencé l'approche du Dr Desmarais.

Effort dans le travail, rigueur dans l'évaluation, attention au patient, simplicité et liberté d'esprit : voilà ce que Gilbert Desmarais retient d'Edith Kaplan. Figure marquante de la neuropsychologie et de l'orthophonie, sa mentore est décédée en 2009. « *I'm your little Jewish Mother* », disait-elle à son étudiant québécois qui, à son arrivée aux États-Unis, parlait à peine l'anglais. « J'ai bûché », concède Gilbert Desmarais en repensant à cette époque.

_LA NEUROPSYCHOLOGIE AU QUÉBEC

Dès son retour de Boston, Gilbert Desmarais a été nommé responsable de la neuropsychologie à l'HLHL et ses services ont été requis dans diverses unités, dont les soins intensifs et le programme de géronto-psychiatrie. « Une flambée! », résume Gilbert Desmarais en décrivant l'intérêt suscité par sa discipline. Peu à peu, il a formé plusieurs neuropsychologues jusqu'à devenir, en 2006, chef professionnel en psychologie, psycho-éducation et orientation-réadaptation professionnelle. Par ailleurs, le Dr Desmarais a œuvré pendant 20 ans dans le programme de neurotraumatologie du Centre de réadaptation Marie-Enfant (CRME) du CHU Sainte-Justine et, pendant un an, il a travaillé comme neuropsychologue au Département de neurologie de l'Hôpital Maisonneuve-Rosemont.

En 1999, le professionnel a reçu le prix Noël-Mailloux en tant que « psychologue-clinicien qui s'impose comme un acteur important de l'essor de la neuropsychologie au Québec »[1]. Si, douze ans plus tard, le titre de neuropsychologue est connu au Québec, on est tenté de croire que Gilbert Desmarais y est pour beaucoup. En carrière, il a reçu sept titres honorifiques, prix ou distinctions.

_DES PROBLÈMES QUI EN CACHENT D'AUTRES…

Lorsqu'on émet l'idée que les évaluations neuropsychologiques sont encore peu fréquentes et que certains problèmes cognitifs sont peut-être sous-estimés, Gilbert Desmarais relate cette fois où lui et sa collègue Élizabeth Roussy du CMRE ont voulu étudier l'impact des traumas crâniens sur le déficit d'attention chez les enfants. « On s'est aperçu, explique-t-il, que la plupart de ceux qui avaient des traumas crâniens présentaient déjà des déficits d'attention avec ou sans hyperactivité avant l'accident. » Pendant 4 ans, parmi les 40 à 70 enfants hospitalisés chaque année, les chercheurs n'ont pu trouver que 10 enfants sans antécédents.

L'échantillon n'était pas assez important pour conclure. Néanmoins, quand nous sommes portés à voir de la témérité et un fort besoin d'adrénaline chez des jeunes qui descendent la rue en *skate* dans le noir, Gilbert Desmarais, lui, a plutôt tendance à soupçonner des déficits cognitifs rendant ces personnes *accident prone*.

Si sa discipline s'est surtout intéressée à la population adulte, le Dr Desmarais croit que la neuropsychologie pédiatrique est un domaine où il y a beaucoup à faire. Il se souvient du cas d'une fillette souffrant d'un handicap moteur. Ayant eu très peu de contacts physiques dans sa vie, celle-ci présentait une spatialité sous-développée. Josée Lepage et Carole Lortie, deux des premières doctorantes supervisées par le Dr Desmarais, ont découvert qu'il était possible de stimuler le développement de cette fonction à l'aide de programmes informatiques permettant de manipuler des objets fictifs. « J'ai toujours adoré avoir des étudiants », souligne celui qui a accompagné une cinquantaine de stagiaires au doctorat.

_DIFFUSER LES CONNAISSANCES

En 1984 et en 1986, Gilbert Desmarais a pris plusieurs milliers de dollars de sa poche pour organiser les premiers colloques de neuropsychologie au Québec. « Je voulais annoncer la bonne nouvelle », explique-t-il avant de préciser qu'il a chaque fois récupéré sa mise. En plus d'Edith Kaplan, on lui doit d'avoir fait venir à Montréal différentes sommités de la neuropsychologie, dont Vicki Anderson, Deborah Fein et Elizabeth Warrington.

Fondateur du Centre de formation en neuropsychologie clinique, Gilbert Desmarais s'est beaucoup investi dans la publication et la diffusion des connaissances liées à son domaine. À elle seule, la section « enseignement para-universitaire et conférences » de son cv renferme pas moins de 101 activités de diffusion! Encore tout récemment, le neuropsychologue animait à l'HLHL des colloques aux titres accrocheurs, dont *Vieillir en santé mentale, Percevez-vous bien ce que vous voyez?*, ou encore *Vos émotions vous font-elles freaker?*

_SE BATTRE POUR LA RECONNAISSANCE PROFESSIONNELLE

Lorsqu'on lui fait remarquer son engagement dans diverses causes, Gilbert Desmarais reconnaît être « combatif par projet ». Avec sa collègue Andrée Faucher, il s'est battu pour obtenir un Ph. D. au lieu du diplôme de D. Ps. qui avait été accordé aux doctorants de sa cohorte. Il estime qu'il lui aura fallu sept ans pour obtenir gain de cause. Cet habitué du monde médical a compris que la reconnaissance professionnelle passe non seulement par la compétence, mais aussi par le titre. Dont celui de docteur. Il rappelle à cet effet que l'Office des professions permet aux psychologues détenteurs d'un doctorat de s'en prévaloir.

Quant au projet de loi 21 établissant l'acte réservé d'évaluation des troubles neuropsychologiques, Gilbert Desmarais est d'accord avec le fait que soit réservée aux neuropsychologues l'évaluation des troubles neuropsychologiques étant donné leurs compétences reconnues à évaluer les fonctions mentales supérieures

Au printemps 2011, Gilbert Desmarais a été porte-parole de la Coalition pour l'accessibilité aux services de psychologues dans le réseau public québécois, qui dénonce notamment les faibles salaires des psychologues. La menace de suspendre

IMO
Intégration par les mouvements oculaires
Le monde évolue;
nos outils d'intervention également.

IMO: Une solution globale et efficace aux souffrances des personnes traumatisées.
Un traitement dont la rapidité honore le plein potentiel d'autoguérison de l'être humain.

disponible au
www.academieimpact.com

Contenu

Niveau 1
Origine de l'IMO. Différences entre traumas et souvenirs intégrés. Types de problématiques pouvant être aidés par l'IMO. Évaluation du client spécifique à l'IMO. Sur quelle mémoire débuter. Comment procéder à l'IMO. Suivi des rencontres. IMO avec les enfants. IMO pour des douleurs ou maladies psychosomatiques. IMO pour prévenir l'inscription de traumatismes.

Niveau 2
Révision des notions importantes du volet 1. Approfondissement du fonctionnement de la mémoire. IMO pour développer des ressources chez le client. IMO avec les clientèles psychiatriques. Protocole avancé pour accélérer l'IMO. Questions-réponses.

Vos formateurs:
Danie Beaulieu, Ph. D.
Stéphane Migneault, psychologue, superviseur IMO accrédité

IMO-1 Mtl: 2-3 avril 2012 • 6-7 sept. 2012
QC: 19-20 avril 2012
IMO-2 Mtl: 27-28 sept. 2012

8h30 à 17h30, les deux jours
Régulier: 650$ / pers.
Réservation*: 600$ / pers. * Paiement deux semaines avant la tenue de la formation
Communautaire: 400$ / pers.
N.B.: 10 heures de formation continue sont nécessaires pour obtenir la certification praticien IMO niveau 1.

Académie IMPACT
PSYCHOLOGIE & PÉDAGOGIE
C.P. 1051, Lac-Beauport, Québec, G3B 2J8
T.: 418 841-3790 • 1 888 848-3747
F.: 418 841-4491
www.academieimpact.com
info@academieimpact.com

la supervision des stages a été levée mais selon lui le dossier sera très important à suivre lors de la prochaine négociation de la convention collective. « Qu'on cesse d'être nés pour un petit pain! », lance-t-il avec conviction.

_FAIBLESSES… OU STRATÉGIES DE COMPENSATION?

« On va devenir de plus en plus rigoureux dans nos évaluations et développer des mesures cognitives de plus en plus raffinées », prévoit Gilbert Desmarais. Il reconnaît, en ce sens, que la loi 21 aura du bon : « On va pouvoir s'assurer d'une compétence minimale. Éviter le charlatanisme. » En effet, la loi 21 vient établir que l'évaluation des troubles neuropsychologiques ne pourra désormais être réalisée que par les personnes détenant une attestation de formation délivrée par l'Ordre des psychologues.

Gilbert Desmarais est exigeant. Il ne cherche pas les raccourcis. « Ce qui se quantifie se qualifie », lui répétait Edith Kaplan. Par exemple, dans une épreuve visant à reproduire une image à l'aide de blocs, il explique que si un patient ne donne pas la réponse attendue, il aura zéro, et ce, même si sa solution contient certains bons éléments. « Il faut voir comment la personne résout un problème. Si on ne se fie qu'aux scores, met-il en garde, on fait fausse route! »

Selon Gilbert Desmarais, il y a encore trop peu de recherches en réadaptation. Il préfère d'ailleurs le terme « remédiation », car dans bien des cas la réadaptation n'est pas possible et il faut plutôt chercher comment on peu remédier aux difficultés. Un peu comme le fait naturellement le cerveau; cette résilience que le neuropsychologue appelle « l'effort de la partie saine » qui développe des voies alternatives pour compenser la partie blessée. « On peut avoir un problème d'attention et compenser par diverses méthodes pour réussir à fonctionner », illustre-t-il. Et que penser des jeux d'ordinateur censés améliorer les fonctions cognitives? « On a pas de preuves que ça fonctionne », conclut-il sans détour.

_À LA RECHERCHE DU TRÉSOR

Gilbert Desmarais se souvient d'avoir été un jeune étudiant plutôt rêveur. « Je n'ai pas une excellente mémoire », admettra-t-il. Tout comme il évoquera son tempérament anxieux. Et sa timidité : « Je suis un gars gêné au possible! » Pourtant, la voix du professionnel est assurée. Précise. Ce clinicien aguerri met, à l'évidence, toute sa connaissance au profit de l'évaluation et de la compréhension. « Il y a un trésor à découvrir dans chaque patient », lui disait Edith Kaplan. Cette phrase, Gilbert Desmarais en a fait son leitmotiv.

Un jour où il visitait sa mère à l'hôpital, le neuropsychologue a noté que les photos de la voisine de chambre de même que la télé avaient été placées à la gauche de la patiente alitée. Or il savait qu'en raison d'un problème cérébral, cette femme ne pouvait être attentive au champ visuel gauche. Quand la dame a terminé son repas, il s'est permis de tourner son cabaret de côté… et celle-ci, ravie, a découvert qu'elle avait du dessert! L'envie d'aider. Tout simplement. Voilà ce qui a amené Gilbert Desmarais à choisir la voie de la psychologie.

Celui-ci a désormais plus de temps à consacrer à ses enfants et à Michèle, avec qui il est marié depuis 1985, et dont il admire la patience. « J'ai un petit côté délinquant », concède-t-il en évoquant ses heures de travail souvent décousues. Plus tard, il nous avouera avoir travaillé une partie de la nuit… Mais une phrase, qu'il glissera en douce à la fin de notre entretien, laisse croire que les choses pourraient changer pour le nouveau retraité : « Le bonheur n'est pas dans nos réalisations, il est en dedans de soi. »

_Note

1 S. Turner. Gilbert Desmarais : Prix Noël-Mailloux 1999. *Psychologie Québec*, novembre 1999, p.8.

indexsanté.ca
Le répertoire santé du Québec
ANNONCEZ VOS SERVICES SUR LE WEB GRÂCE AU RÉPERTOIRE INDEX SANTÉ
www.indexsante.ca/Psychologues

Index Santé, c'est plus de **4,9 millions** de pages vues annuellement!
Téléphone : 514-31-SANTÉ (514-317-2683) Sans frais : 1-888-99-SANTÉ (1-888-997-2683) Web : www.indexsante.ca Courriel : info@indexsante.ca

> Relation thérapeutique et particularités culturelles : COMMENT Y ARRIVER?

Le comité de rédaction du magazine Psychologie Québec est composé des membres permanents M^me^ Rose-Marie Charest, présidente de l'Ordre, D^r^ Nicolas Chevrier, membre responsable des communications au conseil d'administration et de M^me^ Diane Côté, rédactrice en chef. Un psychologue reconnu pour ses compétences sur le sujet du dossier est invité au comité.

D'ici 2030, au moins un Canadien sur quatre sera né à l'étranger et environ trois Canadiens sur dix seront issus d'une minorité visible (Statistique Canada, 2010). Avec la croissance de ce pluralisme culturel, le travail des professionnels en santé mentale devient de plus en plus multiethnique, multiculturel et multilingue.

Il existe des preuves solides que non seulement les différences culturelles contribuent aux inégalités d'accès aux soins, mais que la connaissance culturelle et l'identité sont des déterminants importants de l'issue du traitement. Pour répondre à cette réalité, la Commission de la santé mentale du Canada et le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec avec son plan d'action en santé mentale ont souligné la nécessité de répondre aux besoins d'une population ethniquement diversifiée. L'Ordre des psychologues du Québec a sensibilisé les responsables de programmes de formations universitaires à la nécessité d'une exposition théorique et pratique à la diversité culturelle dans la formation des futurs psychologues. D'ailleurs, depuis quelques décennies, Montréal est connue comme le centre mondial pour l'étude de l'impact de la culture sur la santé mentale.

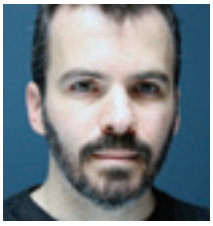
Il y a certes des universalités en psychologie, mais une grande partie du fonctionnement mental serait structuré par la culture, et donc hétérogène d'une culture à l'autre. Selon cette approche, les variations se situent du point de vue émotif, cognitif, comportemental et développemental. Les normes, valeurs et croyances, qu'elles soient familiales, religieuses, spirituelles, sociales, interpersonnelles, politiques ou légales, régissent le contexte culturel dans lequel se développe la personne en une sorte de niche culturelle. Les psychologues sensibles aux réalités culturelles expliquent que pour comprendre l'autre, il faut un exercice de décentration, une position de pluralisme, une adoption de nouvelles approches et une intégration de toutes les approches dans le travail d'évaluation et d'intervention.

Dans ce dossier réservé à la psychologie en contexte multiculturel, les auteurs partagent quelques principes qui guident ce domaine riche et complexe de notre profession. Dans le premier article, le D^r^ Ryder aborde la notion de la compétence culturelle et des limites des connaissances stéréotypées; dans le deuxième article, la D^re^ Hassan et ses collègues traitent des pièges de la pratique clinique dans un contexte interculturel et des approches à adopter pour savoir aller à la rencontre de l'autre; dans le troisième article, la D^re^ Papazian-Zohrabian et ses collègues parlent de la complexité de la question linguistique dans l'intervention clinique auprès de personnes d'une autre culture; et dans le quatrième, la D^re^ O'Byrne discute de la contribution de la psychologie communautaire à la psychologie interculturelle.

Je remercie les auteurs pour leur enrichissante contribution ainsi que le comité de rédaction de l'Ordre pour l'invitation de me joindre à eux dans ce dossier. Et enfin, je vous souhaite à toutes et tous, chers collègues, une réflexive et agréable lecture.

Invitée au comité de rédaction, la D^re^ Nathalie Dinh est chef du Service de psychologie et conseillère en gestion du Centre hospitalier de St. Mary; elle est également consultante culturelle au Service de consultation culturelle de l'Hôpital général juif.

_Au-delà des différences de groupes : la compétence interculturelle chez les psychologues du Québec



Dr Andrew G. Ryder / Psychologue

Le Dr Ryder est professeur au département de psychologie de l'Université Concordia et travaille à l'Hôpital général juif – Sir Mortimer B. Davis.

Le texte original du Dr Ryder a été rédigé en anglais. Nous vous en présentons une version traduite.

Monsieur Jamshidi a 60 ans. Il est originaire de l'Iran et habite Montréal depuis trente ans. Il est arrivé au pays comme réfugié et il a suivi un traitement pour le trouble de stress posttraumatique (TSPT) pendant les premières années suivant son arrivée au Québec. Selon toute vraisemblance, M. Jamshidi s'est bien rétabli du TSPT et a mené une vie productive – il a appris le français et l'anglais, a travaillé comme technicien de laboratoire, est marié et père de trois enfants, et a de bons liens avec sa famille élargie, sans toutefois avoir beaucoup d'amis. Peu après sa récente retraite, il a commencé à se plaindre de troubles du sommeil et de l'appétit, de manque d'énergie, de difficultés de concentration, d'humeur maussade, le tout s'accompagnant de méfiance, surtout à l'égard des autres Iraniens. Sur l'insistance de sa famille et non sans réticence de sa part, il décide de consulter.

La psychologue affectée au dossier de M. Jamshidi a suivi des patients iraniens dans le passé et possède également certaines connaissances concernant le contexte historico-culturel de l'Iran. Plus particulièrement, lors de consultations antérieures avec des patients iraniens, la psychologue a appris qu'une humeur maussade est souvent perçue comme la conséquence normale d'un effort de vie morale dans un monde imparfait. La psychologue sait qu'on observe parfois des attitudes de méfiance dans les communautés de réfugiés issus de situations où les victimes et les auteurs d'actes criminels font partie du même groupe. Les connaissances de la psychologue au sujet des problèmes fréquents auxquels font face les émigrés l'ont amenée à se renseigner sur le niveau de scolarité de M. Jamshidi en Iran. Elle a appris que M. Jamshidi était un médecin autorisé et qu'il n'a jamais pu obtenir le droit d'exercer la médecine au Québec. La connaissance de ce fait, en plus des connaissances générales sur la révolution islamique de 1979, a donné une certaine ouverture à la discussion et a permis de cultiver de bons rapports professionnels.

Néanmoins, même si le français de M. Jamshidi est très bon, il aimerait parfois pouvoir employer des expressions persanes, c'est-à-dire en farsi, pour mieux décrire son état émotif. De plus, la psychologue se préoccupe de l'absence d'un cercle social plus élargi chez son client. Elle suggère la possibilité de transférer le dossier de M. Jamshidi à un collègue qui parle le farsi et qui dispose de plus de ressources dans la communauté. La réponse de M. Jamshidi n'est pas positive – il devient très méfiant, refuse ces suggestions et commence à manquer des séances. L'un des collègues de la psychologue fait cette observation : puisqu'elle ne connaît pas l'appartenance religieuse du client, le fait de lui avoir parlé de ressources lui a peut-être donné l'impression qu'un aspect potentiellement important de son identité avait été négligé. La psychologue discute avec son collègue la façon dont leur propre identité, insérée dans une société laïque, les a détournés de ces questions.

Vous œuvrez au bien-être humain

votre association vous soutient

Public | Psychologues | Étudiants | Associations

Association des psychologues du Québec

Assurance frais disciplinaires

Une plainte, ça n'arrive pas qu'aux autres!

Dormez sur vos deux oreilles!

- Nous travaillons dans un contexte clinique complexe où les demandes d'enquête sont plus fréquentes que dans bien d'autres secteurs d'activités professionnelles;
- Même si une demande d'enquête ne se termine pas par une plainte devant le Conseil de discipline, certains frais de représentation pourraient être requis en cours d'enquête;
- Votre assurance disciplinaire vous protégera, que ce soit pour l'étape de l'enquête ou celle du Conseil de discipline.

Profitez de services professionnels variés :

- promotion de **vos intérêts** (Rehaussement salarial, CSST, SAAQ, PAE, rôle distinctif et autres);
- **conseils** et **assistance** (incluant avis légaux);
- **assurances** « frais disciplinaires »;
- **soutien** durant les procédures disciplinaires; (incluant informations via notre site Internet);
- inscription gratuite au **service de référence**;
- site **Internet**;
- **soutien** aux psychologues en début de pratique;
- **bulletin** couvrant différents sujets de la vie professionnelle des psychologues;
- **formations** à tarif préférentiel pour les membres;
- **services** aux associations et regroupements (assurances, support logistique, appui politique, ...).

Contribution spéciale demandée

Pour contester les résultats de l'équité salariale

Rehaussement salarial

www.apqc.ca

ASSOCIATION DES PSYCHOLOGUES DU QUÉBEC

Écrivez à l'adresse courriel :
apq@spg.qc.ca

Communiquez avec notre secrétariat au
514.353.7555 ou 1.877.353.7555

7400, boul. Les Galeries d'Anjou, bureau 410
Anjou (Québec) H1M 3M2

Nouveaux tarifs CSST et IVAC de 86,60 $

En vigueur depuis le 21 juillet 2011 !

La psychologue s'informe auprès de son client sur les liens qu'il pourrait avoir avec la mosquée iranienne de sa localité et apprend que non seulement son client n'est pas forcément religieux, mais qu'il n'est même pas musulman; il est zoroastrien. Autrement dit, il fait partie d'une minorité persécutée en Iran et, de ce fait, ne s'identifie pas à la communauté iranienne en général. Les connaissances de la psychologue au sujet de la Révolution islamique de 1979 s'avèrent utiles à ce point-ci, alors qu'elle commence à explorer comment la situation minoritaire et le niveau de scolarité de son client ont pu motiver son départ de l'Iran. Au fur et à mesure que la psychologue revoit sa compréhension du client et rétablit la communication avec lui, elle apprend également qu'il sait comment les Iraniens perçoivent la dépression en général, mais qu'il ne s'y associe pas – il se perçoit essentiellement comme un homme instruit, orienté vers le monde occidental et membre de la société québécoise.

En quoi consiste la compétence interculturelle et quelles en sont les limites? La psychologue illustrée ici possède, à certains égards, des connaissances admirables concernant les origines de son client, quelques notions générales sur son pays d'origine alliées à une expérience clinique antérieure – et cette connaissance, dans une certaine mesure, a contribué au bon déroulement du traitement. Il semblerait, cependant, que la psychologue ait trop généralisé ses connaissances des « Iraniens », ce qui a provoqué des malentendus. Peut-on acquérir une compétence interculturelle avec un groupe en particulier? Dans le monde, il existe de nombreux groupes ethnoculturels dont plusieurs sont représentés dans la population québécoise. De plus, comme on l'a constaté dans le cas de M. Jamshidi, des variantes considérables existent à l'intérieur même de ces groupes. D'un autre côté, si la compétence interculturelle constitue une orientation générale permettant la compréhension d'un patient dans son contexte local particulier, en quoi cela diffère-t-il d'une pratique clinique normale de bonne qualité?

Dans la psychologie clinique, ainsi que dans d'autres disciplines relatives à la santé mentale, il est largement admis maintenant que la « culture » joue un rôle important. Dans la structure de la Commission de la santé mentale du Canada, l'aspect ethnoculturel est énuméré explicitement comme l'un des huit problèmes de base inhérents à l'élaboration d'une politique de santé mentale intégrale. La nécessité d'une compétence interculturelle est soulignée de diverses façons par les organismes chargés d'agréer les programmes de formation générale, de stages et d'internats en Amérique du Nord. Malheureusement, une lacune importante existe entre les énoncés généraux qui préconisent la compétence interculturelle et les attentes précises relatives à cette compétence, sans mentionner sa mise en application et l'enseignement de ses principes.

Nous n'avons pas assez d'espace ici pour répondre à ces questions. Mon but est plutôt d'alimenter la discussion sur la compétence interculturelle chez les psychologues du Québec. Je défendrai le point de vue selon lequel, même si nous pouvons nous inspirer des efforts faits à différents endroits dans le monde, ces approches à la compétence interculturelle doivent être valables dans le contexte local. En un sens, ces approches doivent être elles-mêmes adaptées à la culture. Plus précisément, je soutiendrai qu'il serait fautif d'aborder la compétence interculturelle en se basant de manière absolue sur des approches spécifiques à des groupes culturels donnés, étant donné le défi de l'hyperdiversité, notamment dans les milieux urbains. La perspective de la psychologie clinique-culturelle que j'élaborerai ici provient en partie de ces réalités. Je conclurai par quelques réflexions sur la manière dont cette vue de la culture pourrait encourager les psychologues du Québec à réfléchir sur la compétence interculturelle.

Le multiculturalisme et la diversité culturelle s'incarnent de différentes façons dans différents pays à partir de l'histoire, de la composition démographique et de l'idéologie du pays (Kirmayer *et al*., 2007). Bien qu'il nous soit possible de bénéficier de l'œuvre immense réalisée par les psychologues américains à cet égard, nous devons nous rappeler que l'approche américaine découle, parfois de façon très pertinente, de l'histoire des États-Unis et de sa composition démographique. La division de la société américaine en blocs ethnoraciaux, à savoir les Américains d'origine européenne, africaine, latino-américaine et asiatique et les autochtones, caractérise le discours américain sur la diversité culturelle. Dans la mesure où la « culture » est assimilée à ces blocs, la compétence interculturelle constitue l'acquisition de connaissances relatives à ces blocs ethnoraciaux et de compétences cliniques afférentes.

Au Canada, la cohabitation des populations autochtones et des deux peuples colonisateurs, à savoir français et britannique, alliée à un siècle d'immigration importante et à la réinstallation de nombreux réfugiés, a suscité l'émergence d'une société hautement hétérogène (Mackey, 1999). La mixité ethnoculturelle des villes canadiennes, y compris Montréal, se caractérise par le terme « hyperdiversité » (Arehart-Treichel, 2004). Montréal est devenu un centre international pour l'étude de la psychiatrie culturelle, et ce, en partie à cause de cette réalité de diversité. De plus, le statut du Québec comme seule région majoritairement francophone en Amérique du Nord signifie que les psychologues du Québec doivent s'assurer qu'ils participent, à l'échelle nord-américaine, canadienne et québécoise, aux discussions portant sur la compétence interculturelle et sa mise en application.

L'histoire spécifique des groupes ethnoculturels du Québec, outre l'hyperdiversité apparente des zones urbaines, ne favorise pas plus l'adoption d'une classification axée sur les blocs ethnoraciaux qu'une tentative de mettre au point un modèle équivalent « fait au Québec ». Nous devons nous éloigner d'une conception de compétence interculturelle selon laquelle : a) on associe le client à un groupe culturel spécifique et facilement identifiable, b) on présume que le client manifestera certaines caractéristiques fixes qui, en retour, c) se prêteront à des interventions cliniques prédéfinies (Ryder & Dere, 2010). Dans cette optique, la compétence interculturelle risque d'être perçue soit comme banale, car il suffit de reconnaître les origines du client, soit comme impossible, car il faut avoir recours à des connaissances dignes d'un expert spécialisé dans la culture de chacun des groupes représentés dans un contexte clinique.

Comme il est extrêmement difficile de connaître à fond la perception du monde que peut avoir une culture donnée, l'appariement ethnique est souvent proposé comme le meilleur moyen d'assurer une compétence interculturelle adaptée à un groupe spécifique. Parfois utile dans des cas particuliers, cette approche ne peut pas représenter une solution générale. Premièrement, il faut identifier le groupe correspondant. Deuxièmement, il pourrait en résulter la tendance de classer les cliniciens en catégories selon leur appartenance ethnoculturelle et de les percevoir comme étant spécialisés seulement dans les problèmes de « leur » propre groupe minoritaire. Troisièmement, le nombre requis de cliniciens minoritaires n'est pas nécessairement disponible, surtout dans les petits centres. Quatrièmement, les clients qui sont issus des groupes ethnoculturels de taille modeste sur le plan démographique pourraient avoir de la difficulté à se trouver des cliniciens suffisamment compétents pour travailler avec eux. Finalement, les clients ne souhaitent pas toujours traiter avec des personnes venant du même groupe ethnoculturel.

La réalité locale offre une motivation pour considérer la compétence interculturelle comme allant au-delà de la simple acquisition de nouvelles connaissances propre à l'intervention auprès de groupes définis. À cela s'ajoute le fait que les chercheurs qui envisagent la culture et les variations culturelles comme une préoccupation centrale ont rejeté cette approche, et ce, tant sur le plan empirique que conceptuel. Les psychologues cliniciens sont depuis longtemps mal à l'aise avec le modèle de classification d'un trouble mental, tel qu'il est présenté dans les troisième et quatrième éditions du DSM. Si nous sommes sceptiques à savoir si un « trouble dépressif majeur » représente une catégorie distincte et intrinsèque, nous avons encore plus de raisons de nous méfier de toute tentative qui vise carrément à simplifier la complexité culturelle par des étiquettes générales à caractère national, telles que « Sénégalais » ou pire encore, « Africain » ou « Noir ».

Récemment, mes collègues et moi-même avons soutenu qu'un nouveau domaine de spécialisation émerge au carrefour de la psychologie culturelle et de la psychologie clinique, et nous avons décrit la portée de cette tendance dans un autre ouvrage (Ryder, Ban & Chentsova-Dutton, à l'impression). L'intégration d'une perspective de psychologie culturelle dans la recherche clinique nous permet de nous détacher des différences de groupe pour pouvoir comprendre comment la culture façonne les variations psychologiques (Heine & Norenzayan, 2006). Le fait d'établir une différence entre culture et groupe culturel met en valeur comment les variations individuelles font partie intégrante de la culture. Au lieu d'être envisagée comme un ensemble de caractéristiques fixes, la culture se comprend plutôt comme des valeurs et des pratiques et particulièrement comme des pratiques significatives (Bruner, 1990). Les individus qui partagent le même contexte culturel ne pensent ni ne se comportent tous de la même façon, mais

FORMATION À LA
THÉRAPIE EMDR
EN FRANÇAIS
Volet 1 : 17 au 20 mai 2012
Volet 2 : 27 au 29 septembre 2012
À QUÉBEC
Hôtel Must - JARO, 1345, route de l'Aéroport
Ancienne-Lorette (Québec) G2G 1G5

AVEC DR PHILIPPE GAUVREAU, PSYCHOLOGUE
Instructeur accrédité par EMDRIA
Frais d'inscription pour les deux volets : (payable en deux versements)
Avant le 17 avril 2012 : 2 242,02 $ (1 950,00 $ + 97,50 $ TPS + 194,51 $ TVQ)
Après le 17 avril 2012 : 2 356,98 $ (2 050,00 $ + 102,50 $ TPS + 204,48 $ TVQ)
Ces frais incluent :
Volet 1 + Volet 2 + 10 heures de supervision exigées par EMDRIA
+ livre de F. Shapiro en français + 2 manuels de cours en français.
Renseignements :
www.pgauvreaupsy.com
pgauvreaupsy@gmail.com
819 962-4605

ils sont plutôt enracinés dans leur monde social local et ont en commun une certaine compréhension de ce qui est normatif, escompté, permis, toléré ou proscrit (Chiu, Gelfand, Yamagishi, Shteynberg & Wan, 2010).

Si les individus sont enracinés dans leur monde social local, il n'est pas très logique d'utiliser une approche adaptée à un groupe particulier, sous forme de recettes préétablies, pour acquérir la compétence interculturelle ou pour administrer des traitements particuliers. Au contraire, nous devons envisager les patients à la lumière de leur contexte local et apprendre d'eux et avec eux comment ils s'insèrent dans ces contextes. Ceci exige une attention particulière aux croyances des patients, à leur façon de percevoir les croyances des autres et comment ils se comportent en société et comment les autres y répondent (Ryder & Chentsova-Dutton, à l'impression). En quoi cela diffère-t-il de la compétence clinique? Bien entendu, l'attention à ces détails constitue le profil d'un bon clinicien. Soit! Mais bien que ces deux types de compétences soient nécessaires, il est utile d'en faire la distinction. L'attention exclusive à la compétence clinique vise une approche sensible et nous permet de croire que notre approche est efficace, mais en même temps nous empêche de nous rendre compte jusqu'à quel point nous sommes les produits de nos propres contextes culturels (Ryder & Dere, 2010).

Si le clinicien doit acquérir une connaissance profonde d'un contexte culturel particulier, il doit d'abord acquérir une connaissance de son contexte individuel, de sa vie en tant que manière d'être dans le monde façonnée par la culture. Nous avons besoin de comprendre nos propres contextes non seulement pour rester ancrés de ces contextes, mais aussi pour nous défamiliariser de nous-mêmes afin de pouvoir envisager notre manière de vivre comme une manière parmi tant d'autres. Les différences culturelles auxquelles nous devons faire face, soit par l'expérience personnelle, soit par le travail clinique ou la recherche, nous permettent de comprendre plusieurs expériences de vie bien différentes. La compétence interculturelle ne fournit pas de réponses expéditives, mais permet d'élargir le spectre de possibilités imaginables et de questions qu'il nous est possible de poser (Ryder & Chentsova-Dutton, à l'impression).

La thérapie de M. Jamshidi a été rectifiée en dépit des faux pas initiaux et a été enrichie par l'ouverture de la psychologue aux variations culturelles et par sa prise de conscience croissante des variations individuelles au sein d'un contexte particulier.

L'ouverture de la psychologue à réexaminer ses hypothèses et à réadapter les modèles appliqués à ce client constituait un point positif important – et représente un bon exemple de la compétence interculturelle en exécution. Bien entendu, une trop grande dépendance des caractéristiques de groupe a contribué aux problèmes initiaux : les stéréotypes fondés demeurent tout de même des stéréotypes. Par ailleurs, les expériences échouées peuvent être le précurseur de réussites ultérieures. Même si la suggestion concernant la religion avait donné des résultats inattendus, la psychologue s'est souvenue d'aborder ces questions avec ses clients subséquents provenant de contextes culturels variés.

La préparation de cet article a été financée grâce à une bourse de nouveau chercheur offerte par les Instituts de recherche en santé au Canada. Pour plus de renseignements sur la psychologie clinique culturelle : http://culturalclinicalpsych.org. Pour plus de renseignements sur la psychiatrie culturelle à Montréal : http://www.mcgill.ca/tcpsych

_Bibliographie

Arehart-Treichel, J. (2004). Canadian psychiatrists confront cultural-competency challenges. *Psychiatric News, 39*, 1.

Chiu, C.-Y., Gelfand, M. J., Yamagishi, T., Shteynberg, G., & Wan, C. (2010). Intersubjective culture: The role of intersubjective perceptions in cross-cultural research. *Perspectives on Psychological Science, 5*, 482-493.

Heine, S. J., & Norenzayan, A. (2006). Towards a psychological science for a cultural species. *Perspectives on Psychological Science, 1*, 251-269.

Kirmayer, L. J. (2007). Psychotherapy and the cultural concept of the person. *Transcultural Psychiatry, 44*, 232-257.

Mackey, E. (1999). The house of difference: Cultural politics and national identity in Canada. London: Routledge. Ryder, A. G., Ban, L. M., & Chentsova-Dutton, Y. E. (in press). Towards a cultural-clinical psychology. For *Social and Personality Psychology Compass*.

Ryder, A. G., Ban, L. M., & Chentsova-Dutton, Y. E. (in press). Towards a cultural-clinical psychology. For *Social and Personality Psychology Compass*.

Ryder, A. G., & Chentsova-Dutton, Y. E. (in press). Depression in cultural context: 'Chinese somatization', revisited. For *Psychiatric Clinics of North America*.

Ryder, A. G. & Dere, J. (2010). Canadian diversity and clinical psychology: Defining and transcending 'cultural competence'. *CAP Monitor*, 35, 1 & 6-13.

.

_La psychologie clinique culturelle : une question de savoir-être

Dre Ghayda Hassan / Psychologue
Ghayda Hassan est psychologue clinicienne et professeure au Département de psychologie de l'Université du Québec à Montréal.

Dre Garine Papazian-Zohrabian / Psychologue
Garine Papazian-Zohrabian est psychologue clinicienne,professeure adjointe au Département de psychopédagogie et d'andragogie de la Faculté des sciences de l'éducation de l'Université de Montréal et chercheure associée pour l'ERIT (Équipe de recherche et intervention transculturelle).

Dre Sarah Fraser / Psychologue
Sarah Fraser est psychologue clinicienne et professeure associée au Département de psychologie de l'UQAM, spécialisée en évaluation et intervention auprès des enfants, adolescents et familles.

Dre Cécile Rousseau / Psychiatre
Cécile Rousseau, psychiatre, est professeure titulaire à l'Université McGill et clinicienne auprès des enfants immigrants et réfugiés et travaille en soins partagés dans des quartiers pluriethniques de Montréal.

Dans le contexte du pluralisme ethnique, religieux et culturel, la diversité des clientèles et des communautés vient ébranler les présupposés universalistes qui sous-tendent la plupart des approches en santé mentale. La psychologie clinique culturelle a bâti au fil des ans une pratique permettant de se questionner sur les multiples espaces/temps intra et interculturels. Un des premiers apprentissages issus de cette approche est que même si la culture a pour chacun un aspect d'évidence, étant par le fait même largement inconsciente – particulièrement dans ses aspects les plus ancrés et émotifs – il n'en demeure pas moins qu'elle définit et façonne toutes les dimensions de la psyché ainsi que du fonctionnement humain (Jahoda, 1992; Shweder, 2003). La culture n'est donc pas une « variable en plus à considérer », mais elle est le contenant du psychisme, qui dans un processus dialectique transforme et est transformée par ce même psychisme. La culture n'est pas uniquement celle de l'autre, du patient, elle est aussi celle du thérapeute. Ainsi, dans l'espace/temps thérapeutique interagissent des univers culturels multiples (qui comprennent, entre autres, la culture religieuse, ethnique, nationale, politique du patient et du psychologue, en plus de la culture professionnelle de ce dernier et des courants qui la traversent). Dans le contexte de cette rencontre des altérités, plusieurs pièges peuvent faire obstacle à l'alliance ou au travail clinique ou thérapeutique. Cet article abordera ces pièges et proposera que la pratique clinique culturelle est avant tout une question de savoir-être.

_LES APPORTS ET LES PIÈGES DE LA NOTION DE COMPÉTENCE CULTURELLE

La compétence culturelle est un concept qui est loin de faire consensus. Celui-ci est généralement défini comme la capacité d'un système ou d'un individu d'offrir des services qui prennent en considération les valeurs, les croyances et les comportements d'une population diversifiée. Ce concept inclut également la capacité de modifier des services existants afin de mieux répondre aux besoins de populations spécifiques (Bétancourt, Green & Carrillo, 2002). Même si elles intègrent toutes trois composantes (valeurs, connaissances et habiletés) (Dufour, Hassan & Lavergne, sous presse), la plupart des formations en compétence culturelle mettent surtout l'accent sur l'acquisition de connaissances cognitives au détriment d'un questionnement de l'expérience du thérapeute et des dimensions plus émotionnelles de la rencontre clinique (Kleinman & Benson, 2006). Certes, l'acquisition de connaissances spécifiques au sujet de divers groupes culturels peut s'avérer aidante, mais elle peut aussi constituer un piège à divers égards. D'abord, cette approche d'acquisition de connaissances peut rapidement glisser vers une approche qui propose des recettes, où l'on représente de manière souvent folklorique et stéréotypée les caractéristiques d'une communauté. Ceci laisse donc croire que la culture de « l'autre » est relativement facile à appréhender et que le patient pourra énoncer ses besoins de façon claire, ou encore que le thérapeute pourra les identifier s'il y est attentif. De plus, cette approche fige dans l'espace et le temps les caractéristiques des individus, niant ainsi l'aspect fondamentalement dialectique de la transmission/transformation qui caractérise toute culture. Cette approche « recette » tend donc à essentialiser la culture

en attribuant une culture monolithique à un individu plutôt que de la saisir de façon dynamique, en tension entre plusieurs contextes culturels, environnementaux et expérientiels. Ce faisant, cette approche culturalise les problèmes rencontrés, et risque de pathologiser les traits culturels, au lieu d'enrichir l'analyse clinique à la lumière des rapports de pouvoir minorités/majorités et des inégalités (sociales, religieuses, économiques, politiques) qui traversent la société. Ajoutons enfin que l'approche centrée sur l'acquisition de connaissances transmet surtout des images issues des cultures dans le pays d'origine des individus, minimisant ainsi l'impact transformateur des expériences migratoires et du contact avec la culture d'accueil.

_LES APPORTS ET LES LIMITES DE LA MÉTHODE DE PAIRAGE ETHNOCULTUREL

Une autre pratique communément rencontrée repose sur le pairage culturel du patient avec le thérapeute. Cette approche a des avantages certains. Ainsi, le pairage linguistique permet au patient de s'exprimer dans sa langue maternelle, langue de l'inconscient, des émotions, de la compréhension du monde. Le pairage permet aussi, parfois, de réduire les peurs, appréhensions ou barrières défensives chez des patients qui ont vécu des expériences de discrimination ou d'adversité dans la société d'accueil. Il facilite le processus identificatoire et la construction d'un lien de confiance. Toutefois, le pairage culturel comprend également des risques. Le pairage sur la base de l'appartenance culturelle, souvent d'ailleurs confondue avec l'appartenance nationale ou encore ethnique, peut mettre significativement en danger l'alliance thérapeutique. Prenons à titre d'exemple une paire clinicien et patient turcs, mais dont l'un est d'origine ethnique kurde, ou encore une paire clinicien et patient rwandais, mais avec des appartenances ethniques hutu pour l'un et tutsi pour l'autre. Dans les situations d'évaluations psychométriques et d'expertises psycholégales, le pairage peut être associé à la perception du clinicien comme étant un « traître » qui sert la société hôte et ses institutions. Bref, le pairage peut s'avérer utile dans certains contextes particuliers, mais il ne garantit pas une meilleure alliance thérapeutique. Celle-ci ne dépend en ce sens pas du degré de proximité culturelle entre le patient et son psychologue, mais plutôt du savoir-être de ce dernier dans la rencontre des altérités.

_LA PRATIQUE CLINIQUE EN CONTEXTE DE DIVERSITÉ CULTURELLE : UNE QUESTION DE SAVOIR-ÊTRE

La pratique clinique en contexte de diversité culturelle demande d'aller à la rencontre de l'autre en soi et de s'ouvrir à l'altérité de l'autre. C'est une question de savoir-être; savoir être curieux, savoir ne pas savoir, se savoir un être fondamentalement culturel. Mais comment s'y prendre? Une première prise de conscience par le psychologue est nécessaire, celle de se savoir être culturel, porteur de plusieurs cultures. On peut parler ici de cultures nord-américaines ou autres, de cultures institutionnelles ou de cultures théoriques. Cette prise de conscience implique donc un processus de rencontre avec soi et de confrontation à ses propres différences. La diversité chez l'autre agit comme révélateur de l'étrangeté chez soi-même (Rousseau, 1998). La rencontre de l'autre n'est ainsi possible qu'au travers d'une première rencontre avec notre propre diversité et complexité, qui nous met face à nos paradoxes et souligne le fossé entre nos valeurs et nos pratiques (Rousseau, 1998). Une confrontation aux dimensions intériorisées de sa culture peut toutefois causer un choc culturel et devenir une menace identitaire pour le clinicien (Cohen-Emerique, 1995; Hohl & Cohen-Emerique, 1999). Celle-ci peut être difficile à appréhender et à comprendre compte tenu de l'enchevêtrement des aspects invisibles et inconscients qui sont ainsi révélés.

La recentration sur soi permet d'accéder à une meilleure décentration face à nos présupposés et par le fait même à une plus grande flexibilité et curiosité vis-à-vis du patient. Il ne s'agit plus d'une position d'expertise à partir de laquelle le psychologue doit identifier le problème du patient et le résoudre en utilisant des approches qu'il maitrise. Mais il s'agit plutôt d'une rencontre avec un sujet, qui suppose la construction de ponts entre les multiples mondes qui se croisent de part et d'autre. La découverte du patient exige de situer sa souffrance dans son contexte historique, migratoire et culturel qui, seul, lui confère un sens. Il s'agit d'explorer avec le patient l'histoire prémigratoire et les vécus à caractère potentiellement traumatiques (p. ex. persécution, guerre, viols, assassinats, colonisation, etc.) ainsi que les deuils (associés à la perte d'êtres chers, mais aussi de lieu, de climat, de musique, d'espaces spécifiques, etc.). Il faut aussi explorer les raisons sous-tendant l'immigration et tout particulièrement le statut migratoire actuel. Arriver en tant qu'immigrant, seul ou avec les membres de sa famille, ne confère pas la même fragilité et vulnérabilité qu'être réfugié. Ce dernier statut est particulièrement précaire, puisqu'il s'accompagne souvent d'histoires de trauma, de séparations familiales, de déracinement sociétal, en plus de paralyser la possibilité d'appartenir et de reconstruire sa vie dans la société d'accueil, dans la mesure où une déportation est toujours possible. Découvrir son patient, c'est aussi découvrir les liens qu'il entretient avec sa culture d'origine ici comme dans son pays natal ou celui de son enfance. Le clinicien doit donc prendre conscience, et parfois faire prendre conscience à son patient des liens visibles ou invisibles avec ses origines.

Les conditions de vie dans le pays d'accueil ont aussi un rôle clé. Toute souffrance risque d'être dangereusement sursimplifiée si elle est extirpée de son contexte. Les conditions d'accueil et d'intégration négatives comme la déqualification professionnelle,

le chômage ou le non-accès à un logement de qualité peuvent avoir un effet vulnérabilisant pour la santé mentale d'une personne immigrante. Les expériences de discrimination et d'exclusion ainsi que l'isolement social font également partie de l'expérience quotidienne du patient immigrant. Ce dernier aspect est fondamental parce qu'il renvoie à la nécessité de prendre conscience du jeu des projections identitaires dans l'espace thérapeutique. Ainsi, la littérature suggère que les clients de minorités visibles en relation thérapeutique ont souvent peur d'être perçus en fonction de stéréotypes sociaux et d'un système hiérarchique social défini qui leur attribue d'emblée une position de subordonné. Ces représentations influencent grandement ce que le patient choisit de dévoiler de lui-même en thérapie et peuvent mener à des interprétations psychologiques erronées. Par exemple, un médecin congolais en situation de déqualification professionnelle peut insister sur ses réalisations personnelles et le thérapeute peut y percevoir des traits narcissiques problématiques alors que ce patient tente de s'adresser aux stéréotypes internalisés que le clinicien pourrait avoir ou qu'il croit que son clinicien aurait. Ce jeu de perceptions et de projections identitaires de part et d'autre est intimement lié aux dynamiques collectives d'exclusion et au reflet négatif des représentations sociales des groupes minoritaires dans l'espace public (Suarez-Orozco, 2000). Les enjeux collectifs prennent ainsi parfois le pas sur la rencontre thérapeutique et peuvent faire obstacle à la possibilité de penser une situation singulière. Certains de ces enjeux, par exemple l'excision, les rapports homme-femme ou les pratiques religieuses suscitent de telles résistances qui paralysent la pensée du clinicien. D'autres paralysent la capacité de mobilisation du patient et de sa famille (p. ex. le placement des personnes âgées ou les pratiques sexuelles des jeunes de la société hôte). Si ces enjeux sociétaux ou culturels sont niés ou minimisés dans l'espace thérapeutique, ils risquent non seulement de devenir un obstacle majeur à la réussite de l'intervention, mais aussi de perpétuer des inégalités sociales associées à ces rapports de pouvoir.

En guise de conclusion, la psychologie clinique culturelle exige une reconnaissance des limites du psychologue. Le psychologue doit se sentir suffisamment solide et entouré pour accepter la vulnérabilité qui provient d'une position d'ignorance relative et d'un deuil de la position d'expert (Tervalon & Murray-Garcia, 1998). Le travail en psychologie clinique culturelle est une invitation à appréhender la complexité du sens dans un contexte où les composantes à intégrer sont en partie visibles et en grande partie invisibles. La psychologie clinique culturelle n'est donc pas une discipline uniquement théorique, comprenant un savoir-faire spécifique. Elle relève surtout d'un savoir-être qui fait place aux dimensions culturelles du sujet, qu'elles soient religieuse, ethnique, économique ou géopolitique, et qui permet ainsi une réelle coconstruction du sens.

_Bibliographie

Bétancourt, J.R., Green, A.R., & Carrillo, J.E. (2002). Cultural competence in health care: emerging frameworks and practical approaches: Field Report.

Cohen-Émerique, M. (1995). Le Choc Culturel: méthode de formation et outil de recherche. *Antipodes*, ITECO, 30, 8-36.

Dufour, S., Hassan, G., Lavergne, C. (sous presse). Mauvais traitements et diversité culturelle : bilan des connaissances et implications pour la pratique. Dans Marie-Hélène Gagné, Sylvie Drapeau et Marie-Christine Saint-Jacques (eds). « Les enfants maltraités : de l'affliction à l'espoir. Pistes de compréhension et d'action ». Presses de l'Université Laval : Québec, Canada.

Hohl, J., & Cohen-Emerique, M. (1999). La menace identitaire chez les professionnels en situation interculturelle: Le desequilibre entre scenario attend et scenario reçu. *Canadian Ethnic Studies Journal*, xxi (1), 106-123.

Jahoda, G. (1992). Foreword. In J.W. Berry, Y.H. Poortinga, M.H. Segall, & P.R. Dasen, *Cross-cultural psychology: Research and applications* (pp. x–xii). Cambridge: Cambridge University Press.

Kleinman, A., Benson, P (2006). Anthropology in the Clinic: The problem of Cultural Competency and How to Fix it. *PLoS Medicine*, 3 (10) 1673-1676.

Rousseau, C. (1998). Se décentrer pour cerner l'univers du possible, penser l'intervention en psychiatrie transculturelle. *PRISME*, 8 (3), 20-36.

Shweder, R. A. (2003). *Why do Men Barbecue : Recipes for cultural Psychology*. Harvard University Press : Boston.

Suárez-Orozco C. Identities under siege: Immigration stress and social mirroring among the children of immigrants. In: Robben ACGM, Suárez-Orozco MM, Editors. *Cultures under siege: Collective violence and trauma*. Publications of the society for psychological anthropology. New York : Cambridge University Press; 2000. pp. 194-226.

Talbot, M (2004). Monkey see, monkey do: a critique of the competency model in graduate medical education. *Medical Education*, 38, (6), 587-592.

Tervalon, M., & Murray-Garcia, J. (1998). Cultural Humility versus cultural competence: A critical distinction in defining physician training outcomes in multicultural education. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 9 (2), 117-125.

_Le multilinguisme en clinique

Dre Garine Papazian-Zohrabian / Psychologue
Garine Papazian-Zohrabian est psychologue clinicienne, professeure adjointe au Département de psychopédagogie et d'andragogie de la Faculté des sciences de l'éducation de l'Université de Montréal et chercheure associée pour l'ERIT (Équipe de recherche et intervention transculturelle).

Dre Sarah Fraser / Psychologue
Sarah Fraser est psychologue clinicienne et professeure associée au Département de psychologie de l'UQAM, spécialisée en évaluation et intervention auprès des enfants, adolescents et familles.

Dre Ghayda Hassan / Psychologue
Ghayda Hassan est psychologue clinicienne et professeure au Département de psychologie de l'Université du Québec à Montréal.

Dre Cécile Rousseau / Psychiatre
Cécile Rousseau, psychiatre, est professeure titulaire à l'Université McGill et clinicienne auprès des enfants immigrants et réfugiés et travaille en soins partagés dans des quartiers pluriethniques de Montréal.

Les langues, comme les cultures, ont la particularité d'être simultanément individuelles et collectives. Au-delà de leur rôle de communication, elles structurent la pensée et la représentation du monde. Elles portent et véhiculent aussi des mémoires. Langue maternelle, langue paternelle, langue d'enseignement, langue du pays d'accueil, langue du colonialisme, langue de l'identité : elles peuvent être mêmes et différentes. Cette complexité transparaît en clinique lors des évaluations psychologiques, qui nécessitent de la part du client une certaine connaissance ou parfois une maîtrise de la langue dans laquelle on fait passer le test, mais aussi et surtout lors des thérapies. Le rapport à une langue est complexe, riche, multiple, et l'évolution de ce lien n'est jamais linéaire. Ainsi, notre expérience clinique nous montre que le rapport qu'entretient un client, et ce, autant avec la langue de la thérapie que sa langue maternelle peut grandement influencer la relation thérapeutique et l'évolution de la thérapie.

Même s'il est impossible de figer les rapports qu'entretient un individu avec les diverses langues qui le structurent et l'entourent, nous tenterons dans ce texte de relever certains des facteurs individuels et collectifs qui influencent ces rapports et de souligner des implications pour la clinique.

_LA RELATION À LA MÈRE ET LA LANGUE MATERNELLE

Les théories du développement de l'enfant mettent en évidence le rôle de la relation à la mère dans l'acquisition du langage chez l'enfant. Le passage de l'enfant au monde des représentations mentales et du symbolique dépend aussi bien des stimulations cognitives et linguistiques qu'une *séparation-individuation de l'enfant* (Mahler, 1968). La présence *d'une mère suffisamment bonne* (Winnicott, 1967), qui sait contenir son enfant, le porter, mais aussi le frustrer assez afin de le rendre psychiquement indépendant d'elle, l'autoriser à être un être autonome à part entière soutient ce processus.

La langue maternelle est *l'enveloppe sonore* (Anzieu, 1974) qui porte une part importante de la dualité de la relation à la mère : elle a d'une part une fonction contenante et protectrice qui permet la gestion des affects, d'autre part, elle a une fonction d'interface avec le monde, libératrice et créatrice. Dans ce sens, elle peut être considérée comme un objet transitionnel. Une langue maternelle contient donc toutes les expériences relationnelles de la petite enfance, les constructives aussi bien que les traumatisantes. Elle porte la mémoire individuelle et participe à la construction de son identité.

_L'HISTOIRE COLLECTIVE ET LES LANGUES

L'histoire collective des peuples est imprégnée de violences : occupations, colonialisme, guerres, massacres, déportations ou génocides. Les relations entre les peuples sont fonction des rapports de force (agresseurs/bourreaux et victimes, vainqueurs et vaincus, forts et faibles), qui façonnent le rapport aux langues. L'histoire tumultueuse des peuples a entraîné de nouvelles « catégories » de langues : langues interdites, langues menacées, langues appauvries, langues perdues, langues de l'immigration, langues du passé et langues de l'avenir. Parallèlement à l'histoire individuelle, la langue maternelle d'un individu porte aussi l'histoire de son peuple : histoire de conquêtes ou de traumas, ou les deux à la fois. Les langues véhiculent donc la mémoire collective et toutes les ruptures qui la marquent. La transmission de l'identité, de la culture d'origine est donc nécessairement accompagnée par la transmission des traumatismes, qui sont indissociables de l'histoire et de l'humanité des peuples.

_TRAUMAS ET LANGUES : LE CAS DES ARMÉNIENS

Pour avoir un effet potentiellement traumatique, un événement doit représenter une menace pour l'intégrité de la personne, dépassant ses possibilités de réaction, survenant de manière soudaine et non anticipée, et s'accompagnant d'un sentiment de terreur, de détresse, d'effroi, d'abandon. La brusque transformation de la mort en donnée immédiate, « la soudaine intimité » de la mort ont un effet traumatisant (Barrois, 1998). Ce qui ébranle le plus l'équilibre intérieur d'un individu ou d'une collectivité, c'est le caractère mortifère d'un événement vécu, l'aspect déshumanisant de la violence perpétrée par un être humain sur un autre. Or si on part de l'idée émise par Freud (1915) que la mort n'est pas représentée dans l'inconscient, la rencontre avec la mort serait donc de l'ordre de l'irreprésentable, de l'innommable.

La langue se trouve alors rompue, atrophiée de l'affect, vidée de son contenu signifiant. Nous notons justement chez nos clients traumatisés une incapacité à nommer « la chose », un discours haché, une suite de « avant » et « après ». Chez certains, un silence s'installe là où le trauma est, chez d'autres, un discours répétitif s'inscrivant dans un manque d'élaboration psychique.

Cette dualité de rapport avec la langue maternelle est notée chez les Arméniens rescapés du génocide arménien de 1915 et les générations suivantes, qui constituent la diaspora actuelle. Nombreux sont les Arméniens qui essayent de rompre le fil de la transmission traumatique en rompant le fil de la transmission

Dès février, inscrivez-vous

Découvrez les 3 étapes faciles pour renouveler votre inscription et payer votre cotisation à l'Ordre

1. Rendez-vous au www.ordrepsy.qc.ca/inscription2012
2. Entrez votre numéro de permis et votre mot de passe
3. Remplissez le formulaire et payez en ligne!

ORDRE DES PSYCHOLOGUES DU QUÉBEC

identitaire. Aussi nombreux sont ceux pour qui la langue occupe une place indispensable dans le processus de leur survivance, devenant ainsi la seule tombe de leurs aïeux. L'origine des Arméniens de la diaspora se situe là où est la mort de leurs ancêtres. Pour survivre en tant que communauté ils doivent assumer, inconsciemment bien sûr, le fait d'être des morts-vivants. Ne pas parler du génocide est l'équivalent de ne pas exister. La langue arménienne porte ainsi sa propre rupture, par le clivage silence/parole. Cette particularité s'exprime dans le cadre thérapeutique.

Les Arméniens ont souvent besoin de la langue de l'Autre pour pouvoir penser le trauma : « chassé naguère de sa langue maternelle, comme ses parents le furent de leur espace de vie, le "bilingue", par la mixité nécessaire de son discours, ne peut que déloger son destinataire, puisque ce que sa propre expérience lui a appris, c'est que comprendre l'autre, c'est s'expatrier » (Altounian, 1986, p.150). L'arménité est un sujet récurrent en clinique, il recoupe « l'importance » de rester Arménien, la pression sociale, mais aussi et surtout les conflits intra-psychiques entre l'humain et l'Arménien.

Le rapport à la langue de l'Autre va varier en fonction de l'histoire. Le colonialisme, par exemple, a développé aussi une relation duelle, cette fois-ci avec la langue de l'Autre colonisateur.

_CONFLITS IDENTITAIRES ET LANGUES : LE CAS DES LIBANAIS

Notre expérience au Liban, avec une population multilingue, multiconfessionnelle nous a souvent mis face au rapport à la langue de nos clients.

En effet, le français a toujours été considéré comme une langue seconde au Liban, surtout par une certaine classe sociale favorisée sur le plan socioculturel. Langue du développement, langue de la modernisation, le français est convoité, investi cognitivement et socialement. Par ailleurs, étant la langue de l'occupant, du plus fort, il a aussi été investi négativement par certaines communautés libanaises ayant moins « profité » de la présence française dans le pays. Ainsi, la communauté chrétienne du Liban, qui détenait le pouvoir après la fin de l'occupation française, a toujours entretenu des rapports particuliers, plus positifs avec la langue française. Cette communauté s'est toujours revendiquée des racines « phéniciennes », alors que les communautés musulmanes, qui, à la même époque, avaient moins de pouvoir, investissaient le français avec plus d'ambivalence et portaient et affichaient une identité plus « arabe ». La guerre civile fratricide de 1975 à 1990 a modifié la réalité sociopolitique du pays. Tueries, massacres, kidnappings sont venus exacerber les haines

en ligne au tableau des membres

Profitez de votre inscription au tableau des membres pour vous abonner aux services à la carte!

> Le service de référence et la page personnelle

Le service de référence vous permet de faire connaître votre bureau privé aux clients de deux manières : 1) par la ligne téléphonique de l'Ordre réservé à cet effet; 2) par le moteur de recherche accessible au **www.servicedereference.com**. Cet outil de référencement, offert à 83,00 $ annuellement pour un bureau, est grandement efficace pour se trouver de nouveaux clients. Ajoutez à votre abonnement du service de référence la page personnelle, une page Web reliée au service de référence en ligne comprenant un complément d'information pertinent sur votre parcours professionnel et vos champs d'expertise. Une adresse Web, qui comprend votre prénom et votre nom (comme ceci : **www.ordrepsy.qc.ca/voir/PrénomNom**), vous est créée automatiquement; vous pourrez ainsi l'utiliser sur votre carte d'affaires. Un minisite Web éditable en tout temps pour 42,00 $!

> Les bases de données EBSCO

Comme vous avez pu le constater à la lecture de la chronique *La recherche le dit*, toujours publiée en dernière page du magazine, les bases de données EBSCO vous offrent la possibilité de rechercher de l'information pertinente à vos problématiques cliniques. Ce moteur de recherche recense plus de 2000 périodiques en texte intégral. Peu importe votre secteur de pratique, vous trouverez des articles scientifiques qui bonifieront votre pratique pour seulement 45,00 $ par année!

et intensifier les ruptures. Les idéologies religieuses et sociales, la politique internationale et régionale ont entraîné parfois de la haine envers le monde occidental et ses langues, parfois de la sympathie. Conséquemment, les rapports qu'entretiennent les Libanais avec l'arabe, le français, puis l'anglais se sont complexifiés. Le philosophe historien franco-libanais Amin Maalouf (1998, p. 85) écrit :

> … la modernisation a constamment impliqué l'abandon d'une partie de soi-même. Même quand elle suscitait parfois l'enthousiasme, elle ne se déroulait jamais sans une certaine amertume […] sans une profonde crise d'identité [...] Quand la modernité porte la marque de « l'Autre », il n'est pas surprenant de voir certaines personnes brandir les symboles de l'archaïsme pour affirmer leur différence.

Le lien dialectique que de nombreux Libanais entretiennent avec les langues est la résultante d'une crise identitaire. Leurs identités religieuses, culturelles, sociales et linguistiques variées, aussi bien enrichissantes que meurtrières, s'expriment vivement dans le cadre thérapeutique, par et à travers la langue choisie. Le passage d'une langue à une autre pour tel mot, telle idée ou telle émotion marque un contenu thérapeutique important. Cependant, ce contenu n'est jamais le même, puisque le rapport à une langue ne peut pas être généralisable à toute une population. Chaque individu reste particulier dans son rapport à soi et aux autres. Les mémoires individuelles et collectives se recoupent et tissent avec la langue et la culture la matrice contenante de l'être humain.

Dans le cadre thérapeutique, le client aussi bien que le psychologue sont aux prises avec leurs cultures et leurs langues. Bien que la connaissance des langues du client s'avère enrichissante pour le travail thérapeutique, elle n'est pas nécessaire. Ce qui est nécessaire, c'est la conscience de ce que porte la langue autant dans le quotidien du client que dans l'espace thérapeutique. Les langues sont des objets politiques et sociaux qui incluent et excluent l'autre et qui contiennent les expériences et la mémoire personnelles et collectives (Morin, 2001; Nathan, 1994).

_COMMENT PEUT-ON DONC DONNER UNE PLACE À LA LANGUE MATERNELLE DU CLIENT EN THÉRAPIE LORSQU'ON NE SAIT PAS LA PARLER?

Certains cliniciens optent pour l'intégration d'un interprète dans le système thérapeutique. Cette option comporte plusieurs avantages à la thérapie, notamment celle de valider l'identité socioculturelle du client, d'approfondir certaines thématiques auxquelles nous n'aurions pas accès dans une langue étrangère au client, d'offrir un espace de confort aux clients immigrants et réfugiés qui vivent déjà plusieurs stresseurs dus à leur statut migratoire et de diminuer l'écart de *pouvoir* entre le client et le thérapeute qui provient généralement d'un statut social et ethnique majoritaire et favorisé. Mais le travail avec interprète n'est pas sans pièges. En effet, la thérapie à trois comprend plusieurs difficultés qui doivent être reconnues, entre autres, l'inclusion d'un tiers multiplie les transferts et contre-transferts qui doivent être compris par le thérapeute (Piret, 1991). De plus, le client peut utiliser, soit consciemment ou inconsciemment, le flou linguistique causé par la traduction comme défense (Piret, 1991). La traduction peut également donner l'impression au clinicien qu'il comprend bien le client alors que celle-ci non seulement modifie souvent le message, mais aussi ne le resitue pas dans son cadre symbolique collectif. L'utilisation d'un interprète en psychothérapie comporte des avantages et des inconvénients complexes peu compris à l'heure actuelle.

Par ailleurs, l'utilisation d'un interprète n'est pas toujours possible ou souhaitée par le client. Dans ces cas, et lorsque le client maîtrise assez la langue étrangère pour permettre une communication, on peut favoriser l'utilisation de la langue maternelle du thérapeute ou la langue du pays hôte, tout en jouant avec la langue afin de profiter de cet « objet thérapeutique ». En ethnopsychiatrie, la métaphore, le conte, les dictons et proverbes provenant de la langue du client, ainsi que d'autres langues, sont couramment utilisés (Nathan, 1994). Cette multiplicité de langues/cultures permet ce que Tobie Nathan (1994) décrit comme étant l'essentiel du travail thérapeutique, soit l'induction analogique. Une traduction au sens littéral ou métaphorique accompagnée d'une restructuration offre ainsi un espace de création (Koestler, 1967; Morin, 2001). Cette coconstruction permet de créer un nouveau discours propre au système thérapeutique, développant ainsi une alliance, un cadre, une culture entre-deux et possiblement un espace tampon vers une nouvelle façon d'être.

En conclusion, la langue est à la fois un outil et un obstacle dans le processus thérapeutique et elle doit donc être pensée dans ses dimensions historiques, culturelles, familiales et personnelles. Au-delà de la dimension linguistique, elle peut devenir un espace de rencontre partielle des mondes symboliques du patient et du clinicien et un outil de restructuration psychique.

_Bibliographie

Altounian J. (1986). «Faute de parler ma langue» dans *Ouvrez-moi seulement les chemins d'Arménie*, Paris, Les belles lettres, 1990.

Anzieu D. (1995), *Le Moi-Peau*, Paris, Dunod.

Barrois C. (1998), *Les névroses traumatiques*, Paris, Dunod

Freud S. (1915), « *Actuelles sur la guerre et sur la mort* », Paris, PUF, 1988 Oeuvres Complètes, Tome 13.

Koestler' A. (1967), *The Ghost in the Machine*. Macmillian

Maalouf A. (1998), *Les identités meurtrières*, Paris, Grasset

Mahler M. (1977), *Psychose infantile : symbiose humaine et individuation*, Paris, Petite Bibliothèque Payot.

Morin, E. (2001). *La méthode*. Vol 5 : L'Humanité de l'humanité T.1 : L'identité humain. Ed Seuil. 300 p..

Nathan, N. (1994). *L'influence qui guérit*. Paris, Odile Jacob

Winnicott D. W. (1974). *Processus de maturation chez l'enfant : développement affectif et environnement*, Paris, Payot

_Sens et pratique : vers une psychologie communautaire culturelle

Dre Margaret O'Byrne / Psychologue

Dre Margaret O'Byrne est chef professionnelle en psychologie à l'Institut universitaire en santé mentale Douglas; elle exerce également en pratique privée. Elle est membre de la Société canadienne de psychanalyse. Elle a été directrice générale d'un organisme communautaire en santé mentale. Dans sa pratique clinique, elle s'est concentrée sur les jeunes, l'incapacité mentale légère et les troubles du spectre de l'autisme.

Le texte original de la Dre O'Byrne a été rédigé en anglais. Nous vous en présentons une traduction.

Le présent article explore comment la pratique communautaire interculturelle et les problèmes de santé mentale s'entremêlent dans les domaines de la psychologie. Je signe cet article non pas à titre « d'experte culturelle », mais plutôt de psychologue praticienne convaincue qu'il n'est pas nécessaire d'être un expert culturel pour développer une approche de compréhension « interculturelle » favorisant une véritable rencontre thérapeutique (humaine). Paradoxalement, accepter de ne pas connaître l'autre peut créer un espace interculturel caractérisé par l'ouverture et l'appréciation de l'autre. Dans cet espace intersubjectif, si la bonne attitude est adoptée, la véritable expertise émergera de l'autre personne (ou la communauté) qu'il faut aider. Dans cet espace intersubjectif, communautaire et imparfait, où l'humilité occupe le premier plan et l'expertise est à l'arrière-plan, nous pouvons nous présenter comme des écoutants animés de respect, curiosité, désir de comprendre et engagés dans un échange réciproque, ouverts à l'altérité ou à l'expérience vécue de l'autre. Ces idées, auxquelles adhèrent de grandes écoles de pensées, sont ancrées dans la philosophie phénoménologique et herméneutique aussi bien que dans des approches psychologiques centrées sur la personne, des textes anthropologiques et culturels et des approches de psychologie communautaire de diverses formes. (Bruner, 1990; Gadamer, 1990; Mischler, 1976; Vygotsky, 1987).

Ce projet exige que nous réfléchissions sur la façon dont nous pouvons, collectivement, contribuer par nos pensées et nos actions à faire progresser la psychologie afin qu'elle occupe les places appropriées dans le contexte des problèmes pressants du point de vue culturel, social, géopolitique, environnemental, économique et de la justice sociale. Dans cette optique, la psychologie doit se pencher sur la façon d'investir davantage dans les enjeux de l'enseignement et du leadership visant à implanter une culture de psychologues (culturels) qui évoluent dans l'arène du changement social et qui vont au-delà du stade prédominant de la thérapeutique (essentiellement ceux qui peuvent le faire), et dans le domaine de la pratique communautaire et sociale (Fernando, 2005). Il est proposé de rapprocher les programmes de la psychologie interculturelle et transculturelle et les autres paradigmes pour faire sortir la psychologie des modèles de conception essentiellement occidentaux tels que : quelles sont les unités de l'étude? Qu'est-ce que la maladie mentale ou la santé mentale? Quels sont les domaines d'intervention de la psychologie? Et quelles valeurs ou modalités thérapeutiques doivent être considérées comme « l'étalon or »? En psychologie culturelle communautaire, l'accent porte sur le vaste potentiel et la grande résilience des individus et des communautés comme sources d'expertise et de connaissance. Plusieurs cadres conceptuels dynamiques ont émergé des traditions de la psychologie constructiviste, herméneutique et communautaire (entre autres) et placent les *personnes-en-contexte* (dans une communauté de semblables) au centre de la culture, de la recherche et de la pratique clinique (McGuire, 1986; Shweder, 1992). Un consensus a émergé sur le fait que la connaissance est liée par l'histoire et qu'elle se situe dans des cadres culturels en perpétuel changement. Dans ce contexte, il est proposé que la psychologie culturelle puisse s'intégrer plus facilement à une autre tradition établie ayant des bases historiques solides relativement au processus de changement et axée sur la diversité et la justice sociale, soit la psychologie communautaire (Jackson *et al*., 2009; O'Donnel, 2006; O'Donnel & Tharpe, 2011). De même, dans les considérations conceptuelles touchant la culture, le flambeau conceptuel et philosophique est transmis principalement par la psychologie culturelle, qui tend à rester à l'extérieur des luttes de la vie quotidienne. Pour cette raison, un mouvement à contre-courant pourrait émerger de cette discipline, en faveur de la psychologie communautaire. Étonnamment, aucune de ces traditions ne croise nécessairement une troisième source importante de connaissance et d'action : les communautés installées et leurs organismes subséquents. Ce sont les innombrables organismes communautaires qui se développent, comme des fleurs qui fleurissent envers et contre tout, à proximité des individus qu'ils desservent, forts de précieuses et profondes connaissances contextuelles locales. Ils sont rarement consultés pour leur sagesse, même s'ils sont souvent sollicités d'une façon que l'on pourrait qualifier de collaboration quelconque, avec une approche paternaliste, et si les chercheurs dans leur tour d'ivoire et le milieu universitaire clinique s'approprient leurs connaissances. Ces observations dont se plaignent souvent les organismes communautaires semblent vraies. La suite de cet article porte sur l'interface entre la psychologie communautaire

et la psychologie interculturelle. Nous nous pencherons principalement sur la communauté et ses organismes de base, considérés comme des leaders « de la pensée » dans le domaine de la santé mentale.

_VERS UNE PSYCHOLOGIE COMMUNAUTAIRE CULTURELLE

La culture est perçue comme un système symbolique et narratif interne et complexe (réseau) qui transpose l'identité d'une personne dans une matrice de sens partagés, en évolution. La culture ne se définit pas par des « groupes de personnes » formant une entité statique, mais plutôt par des sens partagés et des pratiques en contextes. La culture est fluide, elle évolue (Geertz, 1977). Comprendre la culture exige une compréhension unique et personnalisée de l'expérience vécue et des contextes imbriqués de cette expression culturelle. La psychologie culturelle a évolué, passant de la « sensibilité culturelle » et de la compréhension des « différences culturelles » à une pratique qui reconnaît de plus en plus le rôle du contexte. Elle se situe elle-même dans un cadre de justice sociale et elle préconise l'autonomisation. Elle a donné lieu à un déploiement d'activités, centrées principalement sur les normes de pratique régissant les compétences culturelles, contribuant à l'élaboration de formulations culturelles des difficultés de nature psychologique traitées ailleurs dans ce dossier.

Les concepts de justice sociale et l'autonomisation sont partagés par la psychologie communautaire qui favorise le bien-être des individus, des familles et des communautés à travers la diversité, la sensibilisation, l'autonomisation et la participation sociale à l'égard du changement social. La psychologie communautaire propose plusieurs principes de base qui résonnent avec et qui peuvent approfondir la réflexion et la pratique de la psychologie interculturelle. Par exemple, la notion du sens psychologique de communauté, introduite par Seymour Sarason (1974) est considérée comme essentielle au bien-être; elle souligne que l'appartenance à une communauté bienveillante des autres, où les besoins humains sont satisfaits, où il existe un sentiment collectif de l'engagement, promeut le bien-être des individus de cette communauté. Inversement, l'oppression, l'aliénation, le rejet, la discrimination ont des effets dévastateurs. D'autre part, il y a la notion d'une perspective écologique (compréhension des comportements en contexte) ou « l'écologie des vies » introduite en psychologie communautaire, amenée plus loin en psychologie interculturelle par Trickett (2002, 2009) qui a avancé l'idée des « contextes de la culture et de la culture en contexte ». Cette perspective écologique demande une analyse qualitative, riche en texture, des contextes dans lesquels les gens vivent, soulignant l'interdépendance des personnes et leurs environnements. Enfin, la notion d'autonomisation introduite par Julian Rappaport (1977) amène une perspective axée sur les forces qui met en évidence la « tension dialectique inhérente aux problèmes sociaux et la contradiction sous-jacente à leurs solutions » (Tucker & Herman, 2007, p.735). En santé mentale, ces notions, entre autres, font ressortir l'importance d'un programme pour la psychologie communautaire axé sur la prévention et la promotion de la santé mentale par le biais de la recherche-action et l'engagement du participant (Voir Rappaport, 2004; Saïs, 2008).

Pour être efficace, une psychologie communautaire culturelle s'assurerait de combiner et d'intégrer les idées et les pratiques les plus évoluées et spécifiques à chaque discipline et les pratiques, tout en laissant derrière certaines des notions plus démodées sur les modalités et méthodes appropriées d'intervention ou de recherche en psychologie (culturelle). Ces deux écoles de psychologie se sont éloignées des « stéréotypes empreints de compassion » ou des communautés « aidantes » de leur début; elles sont en évolution perpétuelle, en route pour devenir des « courants dominants ». À propos de la psychologie communautaire, Edison Trickett (2009) souligne qu'il existe une longue lutte dans l'intégration de la culture et du contexte dans la pratique et dans la recherche. Il rappelle que « nous travaillons encore sur la notion de "communauté" de la psychologie communautaire, qui suppose l'entrecroisement de la culture et du contexte ». La même chose pourrait être dite à propos de la psychologie interculturelle.

_CONTEXTES COMMUNAUTAIRES, CULTURELLEMENT SITUÉS

Les organismes communautaires traitent les êtres humains comme des personnes. Même si cela semble évident, il n'est pas possible pour les institutions de le faire dans toutes les situations. La communauté est un milieu riche en idées et en actions que les institutions empruntent, modifient et régularisent. C'est le cas de la multitude d'organismes en santé mentale en milieu communautaire au Québec, qui se retrouvent entre les fondations et le premier niveau de la santé mentale et de la culture. Avec enthousiasme, ils jonglent entre la culture, la spiritualité, la politique, le traumatique et les contextes écologiques quotidiens et les besoins qui ne correspondent pas aux formules précises des limites manualisées ou aux ratios établis pour les soins. Les experts en milieu communautaire ont attiré l'attention à maintes reprises sur ce qui distingue les organismes communautaires culturellement situés et les modèles traditionnels de soins en santé mentale. Premièrement, un organisme communautaire préconise les démonstrations d'attention et d'engagement émotionnel. Les frontières sont préservées grâce aux habiletés et au jugement; elles ne sont pas érigées de façon rigide pour tenir les gens à distance. La proximité est plutôt un moyen permettant de rencontrer une personne à « mi-chemin ». Deuxièmement, un organisme communautaire encourage la flexibilité, c'est-à-dire rencontrer une personne sur son terrain et créer des structures souples et adaptables, en fonction de la personne et du contexte. Troisièmement, un organisme

communautaire valorise le rôle des non-professionnels et favorise la transdisciplinarité et se perçoit comme un soignant plutôt que comme un « intervenant ». Quatrièmement, dans une approche communautaire, les membres de la famille ne sont pas considérés comme des objets d'analyse, mais comme des sources organiques de résilience et des *amis*. Cinquièmement, les organismes communautaires disposent de leurs propres bases de connaissance dont les sources et le cadre sont différents de ceux des institutions universitaires et des institutions traditionnelles. Sixièmement, les organismes communautaires assument le rôle de défenseurs dans les arènes de la politique et de la justice sociale. Même s'ils sont composés de professionnels, ils prennent position contre les lois discriminatoires et expriment leur désaccord auprès des compétences concernées. Septièmement, les organismes communautaires apprécient les collaborations véritables; ils se méfient des vœux pieux et sont à l'affût des occasions de collaboration réciproque (Smith & Chambers, 2009). Enfin, les organismes communautaires se voient comme des développeurs de leaders au sein de leur clientèle et ils s'efforcent de promouvoir les occasions qui aideront les personnes marginalisées à augmenter leur estime de soi et leur confiance en soi et à se développer comme leaders.

_CONCLUSION

La psychologie a créé des programmes socialement judicieux et progressistes qui débordent des approches insulaires, lesquelles sont coupées des pratiques communautaires et des contextes culturels. Il y a beaucoup de choses que nous pouvons faire pour changer la philosophie actuelle qui consiste à simplement « remettre en état » les individus ou les groupes en nous appuyant sur des normes monolithiques de santé fonctionnelle et en surfocalisant sur la réhabilitation, l'adaptation, l'intégration ou autres formes de cajolerie psychique axées sur la normalité. Une nouvelle psychologie culturelle doit englober la valeur intégrale du sens psychologique de la communauté comme mesure de bien-être et doit viser à comprendre les contextes qui sont favorables, ou au contraire, défavorables, à l'émergence d'une action basée sur la notion fondamentale que les humains ont besoin d'autres humains dans un climat de validation, de respect et d'échange mutuel. Pour y arriver, la psychologie doit élargir ses horizons en créant des forums de discussion et d'activités à l'intérieur et à l'extérieur des universités, laboratoires, cliniques et bureaux particuliers. Utiliser l'approche humaniste, centrée sur la personne et centrée sur la communauté est essentiel à la compréhension des contextes culturels. L'objectif du professionnel n'est pas tant d'être un « expert culturel », mais plutôt un « facilitateur culturel » qui encourage l'expertise dans son milieu. En outre, il faut envisager un code de déontologie plus vaste qui tienne compte des contextes communautaires et culturels, qui permette d'étudier la tendance de la proximité dans les situations locales. Enfin, les psychologues du Québec en tant que groupe aux vues similaires doivent participer aux projets d'action de justice sociale qui les amènent à l'extérieur de leur bureau, dans la vie telle qu'elle est vécue. Un leadership étendu se doit d'émerger de nos rangs pour que nous mettions à profit nos connaissances, nos outils et notre sens professionnel pour le mieux-être de notre communauté et de notre société. Je formule le souhait qu'il en soit ainsi à l'avenir.

Je tiens à remercier particulièrement Kalpana Das, directrice générale de l'Institut interculturel de Montréal, Stéphane Hernandez, thérapeute au Réseau d'intervention auprès des personnes ayant subi la violence organisée (RIVO), et le Dr Suman Fernando pour leur temps et leurs idées.

_Bibliographie

Bond, L. (2007). Community-Based Collaboration:An overarching Best Practice in Prevention. *The Counselling Psychologist 35*(4), 567-575.

Bruner, J. A. o. m. C., Mass: Harvard University Press.. (1990). *Acts of meaning*. Mass: Harvard Universty Press.

Everett, A. H. C. (2009). Ethics in Contemporary Community Psychology. *Psychiatry Clinics of North America, 32* 329-341.

Fernando, S. (2005). Multicultural Mental Health Services : Projects for Minority Ethnic Communities in England. *Transcultural Psychiatry, 42*(3), 420-436.

Gadamer, H. G. T. a. m., New York: Crossroad Publishing, 2nd revised edition. (1990). *Truth and method*. New York: Crossroad

Jackson. (2009). Jackson, D.; Kim, R. A case for more culture in community psychology : the federated states of Micronesia. *The Australian Community Psychologist,21*,108-122

McGuire. (1986). A perspectivist looks at contextualism and the future of behavioral science. In M. G. R. Rosnow (Ed.), *Contextualism adn Understanding in Behavioral Science* (pp. 271-303). New York.

McMillan, D. (1996). Sense of Community. *Journal of Community Psychology, 4*, 315-325.

Mishler, E. M. i. c. I. t. a. o. k. (1976). Meaning in context:Is there any other kind? *Harvard Educational Review, 53*, 125-145.

O'Donnel, C. T., R. (2011). Integrating Cultural Community Psychology: Activity Settings and teh Shared Meanings of Intersubjectivity. [published on line]. *American Journal of Community Psychology*.

O'Neil, P. (1989). Responsible to Whom ? Responsible for What? Some Ethical Issues in Community Intervention. *American Journal of Community Psychology, 17*(3), 323-341.

Pettifor, J. (1986). Ethical Standards for a Community Psychology. *Canadian Journal of Community Mental Health, 51*(1), 39-48.

Rappaport, J. (1977). *Community Psychology : Values, research and action*. New York: Rhinehart and Winston.

Saias, T. (2009). Cadre et concepts-cles de la psychologie communautaire. *Pratiques psychologiques, 15*, 7-16.

Sanders, P. (2009). Person-Centered Challenges to Traditional Psychological Healthcare Systems. *Perso-Centered and Experiential Psychotherapies, 8*(1), 1-17.

Sarason, S. B. (1974). *The pscyhological Sense of community*. SanFrancisco: Jossey-Bass.

Shweder, R. (1991). *Thinking through culture: Cultural expeditions*. Cambridge Mass: Harvard University Press.

Smith l; Chambers, D. A. B., L. (2009). When Oppression is the pathogen: The Participatory Development of Socially Just Mental Health Practice. *American Hournal of Orthpsychiatry, 79*(2), 159-168.

Starnes, D. (2004). Community Psychologists-Get in the Arena!! *American Journal of Community Psychology, 33*(March), 3-6.

Sue, S. (2006). Cultural competency: From philosophy to research and practice *Journal of Community Psychology, 34*, 237-245.

Taylor, C. (1991). The dialogical self. In J. B. R. S. D.Hlley (Ed.), *The Interpretive Turn*. Ithica:: Cornell University.

L'Institut de formation
en thérapie comportementale
& cognitive

L'**IFTCC** diffuse des formations de pointe sur diverses approches, clientèles et problématiques dans le domaine de la thérapie cognitivo-comportementale (TCC).

FORMATIONS OFFERTES HIVER ET PRINTEMPS 2012

ENFANCE ET ADOLESCENCE

Les interventions psychologiques basées sur la pleine conscience (*mindfulness*) pour l'enfant et l'adolescent

INVITÉE INTERNATIONALE

Sandrine Deplus, psychologue (Belgique), instructrice de Thérapie Cognitive Basée sur la Pleine Conscience (MBCT, Segal et al., 2006) spécialisée auprès des enfants, adolescents et familles.

QUÉBEC : 26-27 janvier 2012
MONTRÉAL : 30-31 janvier 2012

TROUBLES ANXIEUX ET TROISIÈME VAGUE

Optimiser les interventions cognitivo-comportementales dans le traitement des troubles anxieux

Frédérick Dionne, Ph.D., psychologue (Centre universitaire de Québec et pratique privée), formateur et directeur de l'IFTCC.

RIMOUSKI : 16-17 février 2012
SHERBROOKE : 7-8 juin 2012

RELATION THÉRAPEUTIQUE EN TCC

Psychothérapie basée sur l'analyse fonctionnelle

Benjamin Schoendorff, M.A., M.Sc., psychologue (France, Québec), formateur et auteur.

Marie-France Bolduc, M.Ps., psychologue, doctorante à l'UQÀM, formatrice et co-auteure.

MONTRÉAL : 8-9 mars 2012
QUÉBEC : 29-30 mars 2012

THÉRAPIE COGNITIVE FONDÉE SUR LA PLEINE CONSCIENCE

Intervention fondée sur la pleine conscience (*mindfulness*) pour rencontrer le stress

GROUPE DE 8 SEMAINES

Dr Claude Fournier, MD, médecin omnipraticien exerçant maintenant en santé publique dans la région Chaudière-Appalaches.

QUÉBEC: 16 mars au 11 mai (excluant le 6 avril)
de 13h30 à 16h00

THÉRAPIE DE COUPLE

INVITÉS DE RENOM

Jean-Marie Boisvert, Ph.D., psychologue clinicien, Professeur titulaire à la retraite (Université Laval) et auteur.

Madeleine Beaudry, Ph.D., travailleuse sociale, Professeure titulaire à la retraite (Université Laval) et auteure.

MONTRÉAL : 26-27 avril 2012
QUÉBEC : 17-18 mai 2012

LES BASES THÉORIQUES ET PRATIQUES

Introduction à la thérapie cognitivo-comportementale

Dr Jean Goulet, MD, est psychiatre, membre du service de consultation liaison du département de psychiatrie de la Cité de la Santé de Laval, professeur adjoint de clinique à l'Université de Montréal.

QUÉBEC: 3-4 mai 2012

Inscrivez-vous au: IFTCC.COM

_L'un de vos collègues recevra-t-il le prix Noël-Mailloux?

Vous avez probablement un collègue dans votre entourage qui vous impressionne par son grand professionnalisme, son désir de toujours aller plus loin, ses initiatives inspirantes, son savoir-faire exceptionnel et son savoir-être déconcertant. Une personne que vous connaissez bien, qui fait sa marque, et qui mériterait bien un événement marquant pour souligner sa contribution à la psychologie québécoise. En cette période de mise en candidatures, il est maintenant temps de vous retrousser les manches et de trouver d'autres complices pour proposer votre collègue psychologue à l'un des prix de l'Ordre!

_LE PRIX NOËL-MAILLOUX

Le prix Noël-Mailloux est remis à un psychologue qui a participé, par ses initiatives et ses réalisations, au développement de la psychologie au plan professionnel ou scientifique. Cette personne doit posséder une compétence professionnelle reconnue par ses pairs en plus de présenter une carrière marquée par l'excellence et la continuité de ses efforts. Avez-vous pensé à poser la candidature d'un psychologue qui inspire particulièrement votre pratique?

_LE PRIX DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE PSYCHOLOGIQUE

Le Prix de la santé et du bien-être psychologique est remis à une personne, à une entreprise ou à un organisme pour reconnaître son engagement et sa contribution significative à l'amélioration de la santé et du bien-être psychologique de la collectivité québécoise. Avez-vous pensé à l'un de vos collègues non-psychologues ou à une organisation de la société civile qui vous a épaté pendant la dernière année?

_LE PRIX PROFESSIONNEL

Le Prix professionnel est remis à un psychologue pour une ou des réalisations remarquables. Avez-vous pensé à un collègue qui a fait avancer considérablement votre secteur d'activités?

_POUR SOUMETTRE UNE CANDIDATURE

Soumettre une candidature est plus facile que vous ne le croyez! Vous devez trouver trois autres complices ainsi que le curriculum vitae du candidat, et remplir un formulaire de deux pages disponible au www.ordrepsy.qc.ca/candidatureprix.

Teintée par les activités festives du 50e anniversaire de la création de l'Ordre, la cérémonie de remise des prix aura lieu dans le cadre du congrès 2012 (25 au 27 octobre), à Montréal. Des détails sur cet événement vous seront communiqués dès ce printemps.

_Une très forte participation au sondage sur la formation présentée au congrès 2012

Le comité scientifique du congrès, responsable d'établir la programmation des ateliers de formation continue, a décidé cette année de procéder à une évaluation des besoins des psychologues. En identifiant ceux-ci, le comité pourra mieux cibler son appel de propositions d'ateliers, ce qui facilitera grandement le processus décisionnel et assurera une diversité dans la gamme de formations offertes. C'est pourquoi une invitation à répondre à un sondage maison vous a été envoyée par courrier électronique le 30 novembre dernier. La première partie du sondage, appelée « État des connaissances », cherchait à savoir si les membres étaient intéressés à assister à des ateliers d'information sur les plus récentes recherches dans des domaines précis. La seconde partie, « Formation continue », visait à connaître l'intérêt des membres à participer à des ateliers de formation plus cliniques. Enfin, la troisième partie, « Réflexion et débat sur la pratique professionnelle », présentait des idées d'ateliers orientés davantage vers la pratique professionnelle et la déontologie. Dans chacune de ces parties, des zones de texte vous permettaient de proposer des thèmes d'ateliers et des formateurs. Au moment de mettre sous presse, 859 membres avaient répondu au sondage, ce qui représente un peu plus de 10 % de l'ensemble des psychologues et 90 % du nombre total de congressistes présents à Québec en 2010.

Le comité scientifique vous remercie de votre grande participation. Il étudiera attentivement vos évaluations et vos propositions au courant du mois de janvier. Une inscription gratuite au congrès sera tirée parmi les participants. Le nom du gagnant vous sera communiqué dans la prochaine édition de *Psychologie Québec*.

ORDRE DES PSYCHOLOGUES DU QUÉBEC

TOURNÉE QUÉBÉCOISE DE FORMATION

La tenue de dossiers

NOUVELLES DATES
TENUE DE DOSSIERS
Hiver et printemps 2012

Désireux de soutenir les psychologues dans leur obligation de tenir un dossier, l'Ordre organise une tournée de formation continue dans plusieurs villes du Québec sur la tenue de dossiers. Cette formation s'adresse aux psychologues de tous les secteurs et les différentes pratiques y seront illustrées. Nous vous invitons à prendre connaissance dès maintenant des dates et des lieux où se donnera cette journée de formation continue et à vous y inscrire rapidement. Le calendrier 2012 vous sera communiqué sous peu et il sera disponible sur le site de l'Ordre.

Objectifs de la journée de formation

- s'approprier le guide explicatif concernant la tenue de dossiers;
- mettre à jour les connaissances sur le plan déontologique et réglementaire concernant les exigences en matière de tenue de dossier;
- saisir concrètement l'impact de ces exigences sur la pratique courante;
- développer le jugement professionnel quant au contenu, au fond et à la forme, des rapports psychologiques et autres notes à consigner au dossier.

INSCRIVEZ-VOUS EN LIGNE DÈS MAINTENANT
www.ordrepsy.qc.ca/tenuededossiers

Méthode pédagogique

- présentation didactique du contenu à travers des exposés magistraux;
- périodes de travail en ateliers;
- périodes d'échanges et de réflexion avec la formatrice.

Formatrice

Cette journée sera animée par Mme Élyse Michon, psychologue. Mme Michon a, depuis plusieurs années, la responsabilité de l'enseignement du cours de déontologie qui est offert sur une base régulière. Elle a également assumé cette même responsabilité pour la journée de mise à jour sur le nouveau Code de déontologie. Elle est bien au fait de l'évolution de la déontologie et de la règlementation associée à la tenue de dossiers.

Tenue de dossiers

Les frais d'inscription sont de 170,89 $ (taxes et repas du midi inclus).
Si vous payez par chèque, il doit être daté d'au moins deux (2) semaines avant la date de la formation.

Identification *(en lettres moulées S.V.P)*

Nom : _____

Prénom : _____

Numéro de permis : _____

Adresse : _____

Ville : _____

Code postal : _____

Tél. bureau : ( ) _____

Tél. rés. : ( ) _____

Annulation : Toute annulation d'une inscription entraînera des frais d'administration de 15%. Si l'annulation est faite à moins de deux (2) semaines de la date prévue de la formation, aucun remboursement ne sera accordé.

Choix de session

Veuillez cocher la session de formation à laquelle vous souhaitez assister (ne cocher qu'un seul choix)

❑ 9 mars 2012	**Longueuil**	❑ 4 mai 2012	**Québec**
❑ 23 mars 2012	**Saint-Jérôme**	❑ 18 mai 2012	**Laval**
❑ 20 avril 2012	**Abitibi**	❑ 15 juin 2012	**Côte-Nord**
❑ 27 avril 2012	**Sherbrooke**	❑ 29 juin 2012	**Joliette**

Mode de paiement

Paiement par : __ chèque (montant de 170,89 $) ___ carte de crédit

Titulaire de la carte : _____

Numéro de carte de crédit (Visa ou Mastercard)

__/___/___/___/ __/___/___/___/ __/___/___/___/ __/___/___/___/

Expiration (mois/année) : __/__/

Retournez le formulaire rempli (et votre chèque, s'il y a lieu) à l'adresse suivante :
Ordre des psychologues du Québec
1100, avenue Beaumont, bureau 510, Mont-Royal (Québec) H3P 3H5

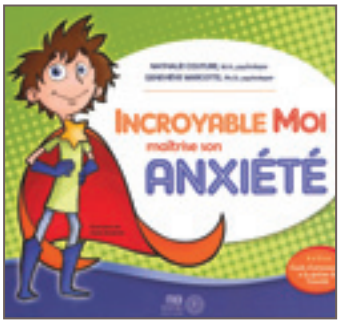
Retour par télécopieur (carte de crédit seulement) : 514 738-8838

_Vient de paraître

1

2

3



4

5

6

1_SEXUALITÉ, COUPLE ET TCC. LES DIFFICULTÉS SEXUELLES – VOLUME 1

De la collection *Pratiques en psychothérapie*, ce livre est consacré aux dysfonctions, obsessions et compulsions sexuelles. La première partie s'intéresse aux principes de l'analyse fonctionnelle en sexothérapie comportementale selon différentes approches, la deuxième partie décrit les dysfonctions sexuelles et la troisième, l'hypersexualité, les paraphilies, la pédophilie et la pédosexualité.

Sous la direction de François-Xavier Poudat
Avec la collaboration, entre autres, de Sylvie Aubin et Gilles Trudel, psychologues
Elsevier Masson

2_SEXUALITÉ, COUPLE ET TCC. LES DIFFICULTÉS CONJUGALES – VOLUME 2

Ce volume s'intéresse à la relation de couple et aux difficultés qui s'y rattachent. Hypothèses explicatives sur les difficultés de couple, évaluation et thérapies conjugales sont abordées en première partie. Puis, trois contextes de vie sont analysés (sexualité des aînés, retentissement sexuel et affectif après le cancer et conséquences sexo-conjugales après un trauma sexuel) et finalement, le concept de dépendances affectives est développé.

Sous la direction de François-Xavier Poudat
Avec la collaboration, entre autres, de Jean-Marie Boisvert et Gilles Trudel, psychologues
Elsevier Masson

3_ENFANT HYPERACTIF, ENFANT TRAHI

L'auteur tente de démontrer que le déficit d'attention, avec ou sans hyperactivité, ne tient pas de facteurs génétiques, mais plutôt d'un ensemble de causes appelé « tresse causale » où la parentalité joue un rôle important.

Dr Gilbert Levet, psychologue
Érès

4_L'INCROYABLE MOI MAÎTRISE SON ANXIÉTÉ

Ce guide d'intervention offre conseils et exercices pour aider les enfants anxieux à comprendre et à agir sur les manifestations physiques, cognitives et émotionnelles de leur anxiété. Parents et intervenants trouveront de l'information théorique utile pour accompagner les enfants dans leur état.

Dre Geneviève Marcotte et Nathalie Couture, psychologues
Midi Trente

5_L'ABSENCE DE LA MÈRE

L'auteure démontre l'impact douloureux que peut engendrer l'absence d'une mère à travers une démarche théorique et une réflexion s'appuyant entre autres sur des récits cliniques, témoignages d'écrivains et biographies de psychanalystes. Des réponses sont apportées sur comment vivre et comment se construire malgré cette absence.

Louise Grenier, psychologue
Quebecor

6_LE MOUVEMENT DE L'ÊTRE

Des réflexions de fond sur ce qu'est un traitement en santé mentale émergent de cette rencontre entre chercheurs, intervenants, clients et responsables de milieux. Des ressources alternatives de traitement en santé mentale sont pensées et un autre regard est posé sur le traitement, dans un contexte où les paramètres et les référents de l'intervention sont en changement.

Dre Ellen Corin, psychologue,
Marie-Laurence Poirel et Lourdes Rodriguez
Presses de l'Université du Québec

_Activités régionales et des regroupements

_ACTIVITÉ DE FORMATION CONTINUE DU REGROUPEMENT DES PSYCHOLOGUES EN PAE

Le Regroupement des psychologues en programme d'aide aux employés (RPPAE) propose, le vendredi 3 février 2012, une formation intitulée *Aider un employé aux prises avec des difficultés dans son travail : stimuler le développement de l'intelligence émotionnelle*. Présentée par la Dre Estelle Morin, psychologue et professeure titulaire au Service de l'enseignement du management des HEC, la formation aura lieu au Centre Antique, au 6086, rue Sherbrooke, à Montréal.

Consultez le site Web du RPPAE au http://rppae.ca pour plus de détails.

_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, à Québec, deux conférences sont organisées. La première, ayant pour titre *La motivation au travail : mythes et réalités*, aura lieu le 27 janvier 2012, alors que la deuxième, ayant pour titre *Les tests de jugement situationnel (TJS) : élaboration et application pratique*, aura lieu le 24 février 2012. Ces deux activités se dérouleront de 13 h à 16 h, à l'Hôtel Québec, au 3115, avenue des Hôtels, à Québec.

Puis, dans la région de l'Estrie, deux soupers-conférences sont organisés : le premier, ayant pour thème *De l'idée à l'action : réaliser le changement autrement grâce à la Communauté stratégique*, aura lieu le 8 février 2012. Le deuxième, ayant pour thème *La gestion des talents : développer ou recruter?*, aura lieu le 7 mars 2012. Ces deux activités se tiendront de 17 h 30 à 20 h 30, à la Bibliothèque municipale Éva-Senécal, au 450, rue Marquette, à Sherbrooke.

Ensuite, en Outaouais, une conférence ayant pour thème *La domination au travail* aura lieu le 10 février prochain, de 13 h 30 à 16 h 30, au Pavillon Alexandre-Taché de l'Université du Québec en Outaouais, au 283, boul. Alexandre-Taché, à Gatineau.

Enfin, à Montréal, deux évènements sont organisés. Le premier, un souper-conférence ayant pour thème *La transformation organisationnelle dans un contexte de mondialisation : l'impact sur les exécutifs et les équipes*, aura lieu le 22 février 2012, de 17 h 30 à 20 h 30. Le second évènement, une table ronde avec des experts autour du thème *Le développement organisationnel : tendances et enjeux*, se tiendra le 22 mars 2012 de 8 h à 13 h. Ces deux évènements auront lieu 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.

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

Le Regroupement des psychologues cliniciens et cliniciennes de Québec (RPCCQ) invite tous les psychologues, membres et non-membres, à participer à deux activités.

La première de ces activités, qui aura lieu le 24 février 2012, de 8 h 30 à 16 h 15, est une formation ayant comme thème *Métapsychologie et clinique de l'angoisse*. Elle sera donnée par André Renaud, psychologue et psychanalyste.

La deuxième activité, qui aura lieu le 23 mars 2012, de 8 h 30 à 16 h 15, est une formation ayant comme *thème Troubles d'attachement chez l'enfant : Interventions parentales*. Elle sera donnée par le Dr Michel Lemay, Ph. D., pédopsychiatre.

Toutes ces activités auront lieu à l'Hôtel Classique, au 2815, boulevard Laurier, à Québec.

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

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

Le comité de formation continue de la région Saguenay/Lac-Saint-Jean invite les psychologues de la région à quatre activités.

La première est une formation qui sera donnée par M. André Renaud, psychologue et psychanalyste, et qui aura pour thème *Le processus de supervision.* Cette formation aura lieu le vendredi 27 janvier 2012, de 8 h 30 à 16 h 30, à l'Hôtel Le Montagnais, à Saguenay.

La deuxième activité est une conférence publique donnée Mme Jacynthe Dion, psychologue et professeur à l'UQAC, et qui aura pour thème. *L'impact de la violence et de la négligence sur les enfants.* Cette conférence aura lieu le jeudi 22 mars 2012, à compter de 19 h, à l'Hôtel Le Montagnais, à Saguenay. Cette conférence est offerte gratuitement à toute la population.

Le lendemain, 23 mars 2012, Madame Dion offre également aux psychologues de la région une formation ayant pour thème *Les interventions auprès des enfants abusés, violentés et négligés.* Cette formation aura lieu de 8 h 30 à 16 h 30, toujours à l'Hôtel Le Montagnais, à Saguenay.

La quatrième activité est une journée de formation offerte aux psychologues par M. Sébastien Bouchard, psychologue, et qui aura pour thème. *Le traitement des personnes présentant des troubles de la personnalité :* l'impact des premières entrevues sur la suite de la psychothérapie. Cette formation aura lieu le jeudi 26 avril 2012, de 8 h 30 à 16 h 30, à l'Hôtel Universel à Alma.

Pour de plus amples renseignements sur les activités régionales au Saguenay/Lac-Saint-Jean, consultez la page Web suivante : www.ordrepsy.qc.ca/region02.

_DEUX NOUVEAUX REGROUPEMENTS DE PSYCHOLOGUES

Les membres du conseil d'administration ont adopté, lors de leur réunion du 25 novembre dernier, la création de deux regroupements de psychologues.

Regroupement en psychologie interculturelle et transculturelle

Ce regroupement réunira des psychologues qui interviennent dans des contextes où la dimension culturelle doit être prise en compte dans l'intervention psychologique. Le regroupement veut contribuer au perfectionnement des psychologues et faire la promotion de la compétence en psychologie culturelle et interculturelle. La responsable actuelle du nouveau regroupement est la Dre Nathalie Dinh du centre hospitalier de St-Mary. Elle est aussi la psychologue représentante de ce secteur d'activité qui a accepté de collaborer au comité de rédaction du dossier du présent magazine *Psychologie Québec*. Vous pouvez la rejoindre à l'adresse courriel : nathalie.dinh@ssss.gouv.qc.ca.

Regroupement en neuropsychologie pédiatrique

Ce regroupement est né du désir de plusieurs neuropsychologues qui interviennent auprès d'enfants et d'adolescents et d'échanger et de réfléchir à des questions propres à ce secteur d'activités. Ces neuropsychologues veulent organiser des activités de formation continue et prendre position sur des sujets qui touchent leur pratique. Les neuropsychologues pédiatriques sont déjà actifs sur des dossiers importants comme les normes québécoises du WISC-IV ou encore les demandes d'allocation au ministère de l'Éducation pour l'ordinateur en moyen de compensation pour les dyslexiques.

Les prochaines activités de ces regroupements seront annoncées sur le site Web de l'Ordre et dans les éditions ultérieures de *Psychologie Québec*.

_Tableau des membres

_NOUVEAUX MEMBRES

Agbemadon, Koffi Agbeti
Alfonsi, Giuseppe
Béchard-Plourde, Johanie
Belhumeur, Vincent
Bessette, Prudence
Binamé, Magali
Blackburn, Michelle
Bouchard, Valérie
Bourgeault, Anthony
Briones Garcia, José Luis
Bujold, Michaël
Cerna Saenz, Mariela Ivette
Chevalier, Marie-Karèle
Chiniara, Myriam
Cyr, Émilie
Desjardins, Sabrina
Desrochers, Mireille
Dufour, Sylvain
Dugas-Fortin, Catherine
Dumont, Caroline
Fillion-Bilodeau, Sarah
Fournier, Isabelle
Gagnon, Geneviève
Gavrancic, Ana
Gélinas-Beaulieu, Jessyca
Hélie, Maude
Lachance-Grzela, Mylène
Lafontaine, Jacynthe
Lafortune, David
Larocque, Roxane
Léger, Louis
Léger, Marc
Léveillée, Audrey
Macintosh, Heather Beth
Maurer, Marie
Meneguzzi, Suzanna
Moreno, Jhon Alexander
Paquette, Éric
Poundja, Joaquin
Quintin, Eve-Marie
Racicot, Karine
Royant, Coline
Saucier, Amélie
Schapiro, Michelle
Seri, Maria Fernanda
Trotier Sylvain, Karine
Trudel, Fanny
Van Veeren, Alexandra
Villemure, René
Zuk, Stéphanie

_DÉCÈS

Gauthier, Richard

COURS DE DÉONTOLOGIE ET PROFESSIONNALISME

ORDRE DES PSYCHOLOGUES DU QUÉBEC

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

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

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

À MONTRÉAL
- **17 février et 16 mars 2012**
- **13 avril et 11 mai 2012**

COMBIEN? 282,19 $ (taxes incluses)
LA FORMATRICE : Élyse Michon, psychologue

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

_Petites annonces

_À LOUER/À PARTAGER

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

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

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

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

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

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

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

À louer/partager – Avenue du Parc et Sherbrooke, près du métro Place-des-Arts et lignes d'autobus. Espace lumineux et bien aménagé. Plafond haut et plancher de bois franc. Salle d'attente, espace de rangement. Isabelle Tétreault : 514 525-2032

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

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

Bureaux à louer à la Clinique de psychologie Chambly, meublés ou non, climatisés. Modalités flexibles, prix compétitifs. Salle de conférence, vaste stationnement. Marika Jauron : 514 699-5081.

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

Grand bureau à sous-louer. Situé sur boul. Saint-Joseph Est, coin de la Roche. Grand espace de 250 pieds carrés, bien éclairé. Idéal pour travail avec famille, couple, travail corporel. Pour renseignements, communiquez au 514 529-1049.

Métro Sherbrooke – Cherrier. Bureau rénové à partager. Rez-de-chaussée, maison victorienne. Lumineux, spacieux, meublé, salle d'attente, cuisinette, cours arrière. Renseignements : 514 581-2405.

Bureau individuel à louer ou partager dans centre santé et psychologie, boul. Saint-Joseph Est, Montréal, près métro Laurier. Prix raisonnable. 514 233-2060.

Bureau à louer à Vimont. 10' par 12', temps plein ou partiel, insonorisé, chauffé, climatisé, salle d'attente et toilettes attenantes. Annick Monastesse : 514 996-7633.

Métro Berri-UQAM – Bureau ensoleillé et accueillant. Bien éclairé, climatisé, tranquille, salle d'attente. Plusieurs options possibles, au bloc ou à la journée. Françoise Ross : 514 844-8932.

Bureaux à louer, à l'heure, idéal pour psychologues. 1497, boul. Saint-Joseph Est, Montréal, métro Laurier. Calme. Grandeurs variées. Meublés et décorés. Pour plus de renseignements, communiquez avec Nicole De Lorimier au 514 522-4535 ou par courriel à delorimier.nicole@ccpeweb.ca.

Bureaux à louer à Longueuil – Secteur Pierre-Boucher, dans un centre professionnel, idéal pour une pratique autonome à temps partiel. Plusieurs formules de location adaptées aux besoins des professionnels (psychologue, travailleur social, médiateur), insonorisés, stationnement gratuit, disponibilité immédiate. 450 442-3680.

Métro Laurier – Bureau éclairé et insonorisé à partager. Diverses modalités de location. Salle d'attente, cuisinette. Possibilité de références. Renseignements : 514 286-2349.

Bureau à louer au Centre de psychologie Newman à LaSalle, sur le boul. Newman, près rue Dollard. Bien situé, édifice récent, climatisé, insonorisé, ensoleillé, spacieux, 244 pieds carrés, lavabo, panneau réclame, salle d'attente, cuisinette, stationnement, déjà psychologues, prix avantageux, temps plein ou partiel. Site Web : www.centredepsychologienewman.ca. Yvette Larose : 514 595-7799.

Bureau à sous-louer situé à deux pas du métro Sherbrooke. Grande fenestration, insonorisé, climatisé, salle d'attente, plusieurs disponibilités. 514 217-9222, 514 570-7070.

Location bureau Terrebonne – Pour professionnels. Inclus : salle d'attente, messagerie vocale, fax/imprimante, Internet. Disponibilités jour et soir. Location 18 $/heure ou par bloc de 3 ou 7 heures (15 $ ou 12 $). Situé sur un boulevard, près autoroute 640 (coin Gascon). Renseignements : Espace Famille Lapinière (450 477-1112) ou Nathalie Sauvé (sauve.n@videotron.ca).

Sous-location – Vieux Saint-Lambert. Bureau propice à l'intervention auprès des enfants. Clinique multidisciplinaire rénovée. Vaste bureau avec grande fenêtre, insonorisé, climatisé, salle d'attente, cuisinette. Disponible le mardi et le vendredi (idéalement sous-location pour les 2 jours). Geneviève Marcotte, psychologue : 450 761-0777, genevieve.marcotte@cliniqueargyle.com.

À sous-louer. Situé au centre-ville de Trois-Rivières, meublé, taxes comprises. 350 $ par mois. Chantal : 819 609-8757.

Métro Laurier – Bureaux tranquilles, chaleureux, à partager avec psychologues et sexologues. Salle d'attente, cuisinette. Tout inclus. Modalités : journées ou blocs. 514 490-0003 ou 514 231-8479.

Rosemère – Bureau à louer. Insonorisé, meublé, climatisé, salle d'attente, stationnement. Temps plein ou journées. Renseignements : 450 621-3305.

Cherrier – Métro Sherbrooke. Bureaux insonorisés, climatisés et meublés. Internet, cuisinette, salle d'attente. Plusieurs modalités de location. Prix avantageux. Venez visiter! 514 502-4381, 514 699-5081, 514 476-8984, info@masergerie.com.

Bureaux à louer – Ahuntsic. Temps plein ou partiel, meublés ou non, insonorisés, climatisés, près du métro, service téléphonique, stationnement privé et entretien ménager inclus. François Baillargeon : 514 387-5005.

Bureaux pour professionnels. Offre deux espaces commerciaux au rez-de-chaussée. 150 pieds carrés et 1200 pieds carrés. Déjà sur place : psychologues, avocats, chiropraticien, dentiste et soins d'esthétiques. Situé à 5 minutes du métro Jean-Talon. Renseignements : 450 635-7929, projets@gecyco.com.

Bureau coquet à sous-louer. Belle fenestration. Secteur Plateau/Outremont. Échanges cliniques stimulants : 11 intervenants. Disponibilité le lundi. 155 $ par mois. Dre Geneviève Bouthillier : 514 271-9991.

Bureau de luxe à louer à Westmount. Récemment rénové, incluant insonorisation des murs, planchers de bois, et une belle vue de la montagne. Comprend salle d'attente privée avec un téléviseur, Internet sans fil, télécopieur/imprimante, minifrigo et micro-ondes. Prix abordable. Composez le 514 515-9350./Luxurious office space for rent in Westmount. Newly renovated offices with sound proofed walls, wood floors, and a beautiful view of the mountain. Includes private waiting area with TV monitor, wireless internet, fax/printer, mini fridge & microwave. Affordable pricing. Call: 514-515-9350.

Sous-location – Bureau à Westmount. Plages horaires disponibles en après-midi et soirée dans beau bureau insonorisé avec salle d'attente privée. 514 932-6106.

Rive-Sud de Montréal et Magog. Beaux bureaux de psychologues à sous-loyer avec possibilités de références. Heure, bloc, journée. Christine Lafontaine : 514 407-1473 ou 819 560-3134.

Laval – Bureaux meublés et climatisés. Secteur recherché, près des autoroutes, différentes modalités de location, prix compétitifs. Renseignements : info@cliniquelaval.com ou www.cliniquelaval.com (consultez l'onglet « Bureaux »).

Bureau chaleureux à partager dans centre professionnel de santé. Insonorisé, lumineux, salle d'attente, cuisine, interphone, thermopompe. Métro Villa-Maria, NDG : 514 346-6451.

_PSYCHOLOGUES RECHERCHÉ(E)S

Psychologues recherchés à temps partiel pour bureau privé à Saint-Constant. Clientèle enfants, adolescents, adultes et couples. Références fournies. Communiquez avec Suzanne Bibeau au 450 633-0022.

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

L'Équilibre (www.psychologue-montreal-laval.com) recherche jeune psychologue humaniste, travailleur(se) autonome. Disponible 5 heures/semaine/soirs, Laval ou Rive-Nord. Envoyez C.V. avant 31 janvier : lequilibre@hotmail.com.

Psychologue recherché(e). Pratique privée, Joliette. Thérapie enfants/adolescents, clientèle fournie, temps partiel. Utilisation thérapie par le jeu (atout). Envoyez votre C.V. : joanebouchер@yahoo.ca, 450 756-2223.

La clinique des troubles de l'alimentation de la Rive-Sud est à la recherche de psychologues qui travaillent ou qui souhaitent travailler auprès de gens ayant un trouble de l'alimentation. Pour obtenir de plus amples renseignements, veuillez communiquer avec nous par téléphone au 514 433-5727 ou par courriel à info@psychologuelongueuil.com.

Clinique d'anxiété de Montréal. En expansion, psychologues pour adulte ou enfant/adolescent recherché(e)s. Approche cognitivo-comportementale, clientèle fournie. Supervision possible. Atout : tests neuropsychologiques. Pour postuler : info@psyanxietemontreal.com, 514 769-1117.

L'Hôpital juif de réadaptation est à la recherche d'un psychologue au sein du programme pédiatrique. Cette personne effectue des évaluations psychologiques 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. Elle offre également un support à l'enfant et leur famille. Membre de l'OPQ, expérience auprès des enfants présentant une déficience motrice et/ou langage, capacité d'administrer des tests psychologiques au niveau de l'enfance, et de l'adolescence, bilinguisme. C.V. par courriel à cv_hjr@ssss.gouv.qc.ca. Consultez l'offre complète au www.hjr-jrh.qc.ca.

Rive-Sud de Montréal – La Clinique Churchill, dédiée aux troubles d'apprentissage et innovatrice dans l'utilisation des technologies, recherche un(e) neuropsychologue pédiatrique passionné(e) par la rééducation et soucieux(se) d'excellence pour joindre une équipe interdisciplinaire. Nous offrons des conditions optimales de pratique (clientèle, Wi-Fi, secrétariat, matériel, etc.). www.cliniquechurchill.com ou Catherine Dumont au 450 812-1300.

_SERVICES OFFERTS

Supervision en thérapie cognitivo-comportementale offerte par Isabelle Boivin, Ph. D., psychologue. Bureau à Montréal. Problématiques et modalités diverses (en personne, téléphone ou en institution). 514 609-0206, iboivin.psychologue@yahoo.ca.

Rapports, suivis, classement, organisation – Titulaire d'un certificat en psychologie, j'offre le suivi des activités du praticien. Emploi à temps partiel. Judith Privé : 514 677-0288, privejudith@yahoo.ca.

Supervision en évaluation et remédiation cognitive des troubles attentionnels et exécutifs : difficultés d'attention, d'organisation et de planification chez les enfants et adolescents. Supervision offerte par Pierre-Paul Gagné, psychologue, auteur de nombreux ouvrages en gestion cognitive et formateur en milieu scolaire et institutionnel. Téléphone : 450 923-9800. Courriel : ppgcogito@gmail.com.

_RECHERCHE

Recherche tests usagés, de tout ordre, pour l'évaluation des enfants et des adolescents. Recherche aussi Test MILLON pour adultes. Gilles : 450 668-6449.

Looking for gently-used, current psychometric tests./Recherchons tests psychométriques récents en bonne condition. Information/renseignements : stephane@psysante.com.

_FORMATION

Art-thérapie/Créativité — Pour professionnels désirant introduire plus de créativité dans leur travail. Vera Heller, Ph. D., art-thérapeute, travailleuse sociale, psychothérapeute. Formation endossée par Bénédicte Hecquet, psychologue. À la découverte de l'art-thérapie : les 27, 28, 29 mai 2012. Identité narrative et créativité : les 1er, 2, 3 juin 2012. À Montréal (UQAM). heller.vera@uqam.ca, 514 845-1390.

Thérapie brève et psychologie positive

Thérapie brève 2.0 : nouvelle génération
22-23 mars 2012

Faire face aux drames de la vie : psychologie positive appliquée
20 avril 2012

La détresse des hommes : le dernier tabou
4 mai 2012

S'occuper des angles morts du traitement traditionnel de la dépression
25 mai 2012

L'approche orientée vers les solutions auprès des jeunes et de leurs familles
14-15 juin 2012

Brigitte Lavoie, M.Ps.
Formatrice et superviseure en thérapie brève, spécialiste en intervention de crise et co-auteure de la *Grille d'estimation de la dangerosité d'un passage à l'acte suicidaire*

Détails et inscription : www.lavoiesolutions.com

La chronique « La recherche le dit » traite d'un cas clinique. Puis, des données probantes tirées de la base de données accessible sur le site internet de l'OPQ sont rapportées en lien avec la problématique soulevée par le cas clinique. Finalement, l'apport des données probantes pour nourrir la compréhension clinique est discuté.

Accompagner une cliente en réflexion sur l'avortement

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

Le cas clinique

Enceinte depuis environ 6 semaines, la patiente est très ambivalente. En couple depuis 13 ans, elle a 2 enfants (3 ½ et 18 ½ ans). Elle prévoit commencer son projet de devenir travailleuse autonome comme coiffeuse cette année. Elle demande votre aide pour prendre sa décision.

La patiente songe à interrompre sa grossesse, mais craint de se sentir coupable et de regretter son geste. Elle vit une relation conjugale dévalorisante où son conjoint, à l'aise financièrement, revendique qu'elle fasse son devoir et qu'elle lui donne un autre enfant. La patiente est outrée de cette attitude. Elle refuse d'obéir à ce qu'elle perçoit comme une injonction s'approchant d'un contrat de prostitution « Je paie, tu fais ce que je te dis, tu te tais! » Après avoir mis au monde et éduqué deux enfants, elle remet en question son itinéraire de vie et souhaite renégocier son projet de couple et son projet familial.

Le passage de son emploi actuel de coiffeuse salariée au rôle de propriétaire de salon de coiffure lui procurerait la valorisation et le minimum de sécurité financière dont elle a besoin. Cela lui permettrait également de sortir de la maison et d'être entourée de personnes agréables. Elle craint que l'arrivée d'un nouvel enfant la prive de cette possibilité et l'amène à négliger les deux enfants qu'elle a déjà. Mais est-ce de l'égoïsme? Choisit-elle la facilité? Y aurait-il d'autres façons d'atteindre ses objectifs? Choisit-elle une solution à court terme plutôt que de miser sur le long terme? Le regrettera-t-elle toute sa vie?

La recherche le dit

Cette patiente n'est pas la seule à vivre cette expérience. L'Institut de la Statistique du Québec rapporte 26,494 interruptions volontaires de grossesse en 2009, soit 29,9 pour 100 naissances. Les raisons qu'elle évoque et ses craintes à ce sujet sont représentatives de ce que la littérature rapporte. Kirkman, Rowe, Hardman, Mallett et Rosenthal (2009) regroupent ces raisons en trois groupes : 1) les raisons axées sur la femme elle-même (menace à la santé physique ou mentale, absence du désir d'avoir un autre enfant, refus d'avoir un enfant handicapé, attente de conditions plus favorables), 2) les raisons axées sur autrui (opinion du partenaire ou de l'entourage, contexte de violence ou d'abus sexuel) et 3) les raisons matérielles (ressources limitées pour les finances et l'hébergement).

Selon l'Association américaine de psychologie, les femmes adultes qui ont une grossesse non planifiée n'ont pas un plus grand risque de problème de santé mentale que si elles poursuivaient leur grossesse (Steinberg, 2011). Warren, Harvey et Henderson (2010) rapportent des résultats semblables pour les adolescentes.

Plusieurs facteurs augmentent toutefois les difficultés d'adaptation qui peuvent amener à la culpabilité, l'anxiété, la dépression et les regrets. Ces facteurs incluent la faible estime de soi, un faible sentiment d'efficacité personnelle dans la gestion de la situation, l'appartenance à une culture ou à une religion qui défend l'interruption volontaire de grossesse, un faible niveau de soutien social anticipé, une perception de stigmatisation associée à cet événement et un besoin de garder l'événement secret (Upadhyav, Codkrill et Freedman, 2010).

Fergusson, Boden et Horwood (2007) rapportent que l'interruption de grossesse peut être un choix dont les effets sont relativement positifs pour certaines femmes. En comparaison avec les jeunes femmes qui sont devenues enceintes avant l'âge de 21 ans et qui ont poursuivi leur grossesse, les jeunes femmes qui ont eu un avortement ont obtenu des résultats significativement plus élevés quant au niveau d'éducation et celui de revenu, moins de dépendance face à la sécurité financière et un plus faible niveau de violence conjugale.

Le sujet étant chargé émotivement et moralement, il faut être prudent dans l'interprétation des données fournies. Convaincus que les données antérieures ne sont pas concluantes, Mota, Burnett et Sareen (2010) rapportent les résultats d'un questionnaire passé à 3310 femmes de 18 ans et plus. Après ajustement pour les données sociodémographiques, l'avortement était associé à une probabilité accrue de troubles mentaux graves : troubles de l'humeur, troubles anxieux, troubles d'utilisation de substances ainsi qu'idéation suicidaire et tentatives de suicide. Rappelons qu'ici comme ailleurs, les études corrélationnelles nous laissent avec un doute quant à la nature des associations : causes ou conséquences (Robinson, Stotland, Russo, Lang et Occhiogrosso, 2009)? Les antécédents de la patiente seraient déterminants quant à son état ultérieur.

La consultation de la base de données EBSCO (mots-clés : induced abortion counseling) pointe vers une analyse des pratiques efficaces dans le soutien et l'ajustement psychosocial à l'interruption volontaire de grossesse. Neuf pratiques sont recommandées (Upadhyav, Codkrill et Freedman, 2010). Il s'agit de l'exploration de la connaissance de soi, de groupes de soutien par les pairs ou par un professionnel, de l'aide à la prise de décision, de l'encouragement de la participation active de la patiente, de la contribution à la satisfaction de la décision prise, de soutien par Internet, de counseling téléphonique continu et de l'expression artistique publique.

Le counseling lors de l'interruption volontaire de grossesse est aussi l'occasion privilégiée pour aborder la question de la contraception (Ceylan, Ertem, Saka et Akdeniz, 2009).

La confrontation à l'IVG amène souvent un bilan de vie et une mise à l'épreuve de la solidité de la relation de couple actuelle (Canario, Figueiredo et Ricou, 2011). Au-delà de l'expression des valeurs de la patiente et de son entourage, de l'énumération des pour et des contre, de la ventilation émotionnelle, l'intervenant aura à fournir de l'information sur les ressources existantes, à favoriser l'expression efficace de demandes ou d'affirmation face au partenaire, aux amis, aux parents et aux services publics. Confronté à ses propres valeurs, l'intervenant aura à choisir d'accepter ou non d'accompagner les femmes face à cette décision difficile (Millner et Hanks, 2002). Par son attitude verbale ou non verbale, l'intervenant peut favoriser ou étouffer la pensée autonome de sa patiente dans un contexte de vulnérabilité et de pression du temps.

Quel que soit le choix de la patiente, elle aura à vivre avec les conséquences de son choix, à l'intégrer dans la suite de sa vie et à faire le deuil d'une solution alternative.

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

_Bibliographie

Canario, C., Figueiredo, B. et Ricou, M. (2011). Women and men's psychological adjustment after abortion : a six months prospective pilot study. *Journal of Reproductive & Infant Psychology*, August 2011, 29, 3, 262-275.

Ceylan, A., Ertem, M., Saka, G. et Akdeniz, N. (2009). Post abortion family planning counseling as a tool to increase contraception use, *BMC Public Health*, 2009, 9, 20-27.

Fergusson, D. M., Boden, J. M. et Horwood, L. J. (2007). Abortion among young women and subsequent life outcomes. *Perspectives On Sexual And Reproductive Health*, 2007, 39, 1, 6-12.

Kirkman, M., Rowe, H., Hardman, A., Mallett, S. et Rosenthal, D. (2009). *Archives of Women's Mental Health*, Décembre 2009, 12, 6, 365-378.

Millner, V. S. et Hanks, R. B. (2002). Induced Abortion: An Ethical Conundrum for Counselors. *Journal of Counseling & Development*, Winter 2002, 80, 1, 57-63.

Mota, N. P., Burnett, M. et Sareen, J. (2010). Associations Between Abortion, Mental Disorders, and Suicidal Behaviour in a Nationally Representative Sample, *The Canadian Journal of Psychiatry*, 2010, 55, 4, 239-247.

Robinson, G. E., Stotland, N. L., Russo, N. F., Lang, J. A. et Occhiogrosso, M. (2009). Is There an "Abortion Trauma Syndrome"? *Harvard Review of Psychiatry*, 2009, 17, 4, 268-290.

Steinberg, J. R. (2011). Later abortions and mental health: psychological experiences of women having later abortions--a critical review of research. *Women's Health Issues: Official Publication Of The Jacobs Institute Of Women's Health [Womens Health Issues]*, 2011, May-Jun; 21, 3, Suppl, S44-48.

Upadhyav, U. D., Codkrill, K. et Freedman, L. R. (2010). Informing abortion counseling: an examination of evidence-based practices used in emotional care for other stigmatized and sensitive health issues. *Patient Education And Counseling*, 2010, 81, 3, 415-421.

Warren, J. T., Harvey, S. M. et Henderson, J. T. (2010). Do depression and low self-esteem follow abortion among adolescents? Evidence from a national study. *Perspectives On Sexual And Reproductive Health*, 2010, 42, 4, 230-235.

Des protections adaptées à vos besoins?

C'est réglé.

Des protections complètes

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

Des économies avantageuses

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

* Réduction exclusive aux membres de l'OPQ

L'assurance multirisque : une réponse parfaite à vos besoins

1 800 644-0607
lacapitale.com

La Capitale
Assurances générales

Cabinet en assurance de dommages

FORMATION CLINIQUE

32e PROMOTION, SEPTEMBRE 2012

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

- **Une formation clinique de pointe, en phase avec les exigences de la Loi 21**
- **Une théorisation rigoureuse, soutenue par les connaissances actuelles et intégrant :**
  - Les connaissances des neurosciences, en particulier les travaux d'Allan Schore sur la régulation affective
  - Les théories contemporaines du développement de la mentalisation
  - La neurodynamique de l'expérience psychothérapeutique
- **Une formation expérientielle, permettant au participant d'éprouver personnellement les outils d'intervention et d'amorcer une réflexion sur sa propre trajectoire développementale**
- **Des practicum supervisés en direct, permettant la mise en application sous contrôle**
- **4 regroupements annuels de 4 jours pendant 3 ans**

DOCUMENTATION COMPLÈTE ET DOSSIER DE CANDIDATURE :
www.cigestalt.com | administration@cigestalt.com
514 481-4134

CIG
CENTRE D'INTÉGRATION GESTALTISTE

Programmes de formation clinique

Ateliers de perfectionnement

Groupe NeuROgestalt

Les Éditions du CIG