

Psychologie

Québec

VOLUME 24 | NUMÉRO 3 | MAI 2007

Baby Blues

Quand l'accouchement devient source de stress et de tristesse

Remise des Prix de l'Ordre

Signalement concernant la conduite professionnelle d'un collègue

Michel Lafortune : les jeunes de la rue font leur cirque

FICHE DÉONTOLOGIQUE à l'intérieur

LES INTERVENTIONS DANS UN CONTEXTE DE MULTIDISCIPLINARITÉ OU D'INTERDISCIPLINARITÉ



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

1440, rue Sainte-Catherine O., bur. 716
Montréal, Québec
H3G 1R8

Téléphone : 514.954.1848
Télécopieur : 514.954.1849
info@institut-victoria.ca

www.institut-victoria.ca

► PERFECTIONNEMENT DE 3 JOURS LES TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ : INTRODUCTION À L'INTERVENTION

des ateliers de perfectionnement offerts par l'Institut Victoria en collaboration avec le Centre de formation de la région de Montréal

- Compréhension psychologique du trouble de la personnalité
- Pièges relationnels et utilisation thérapeutique du contre-transfert.
- Techniques d'intervention et objectifs réalistes.
- Présentation de cas et de vignettes des participants.

Montréal 375 000 \$ (taxes incluses)

Groupe D, les 2, 9 et 23 mai 2007.

Régions 445 000 \$ (taxes incluses)

Gatineau, les 26, 27 et 28 avril 2007.

Québec, les 9, 10 et 24 mai 2007.

Rouyn, les 21 mai, 1er et 2 juin 2007.

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

Montréal Montréal groupe 2005/2008 et 2006/2009 en cours (complets)

Québec groupe 2004/2007 en cours (complet). Prochain groupe débutant en septembre 2007.

Sherbrooke nouveau groupe débutant en septembre 2007.

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

► ATELIERS D'UNE JOURNÉE

CONTRE-TRANSFERT ET TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ

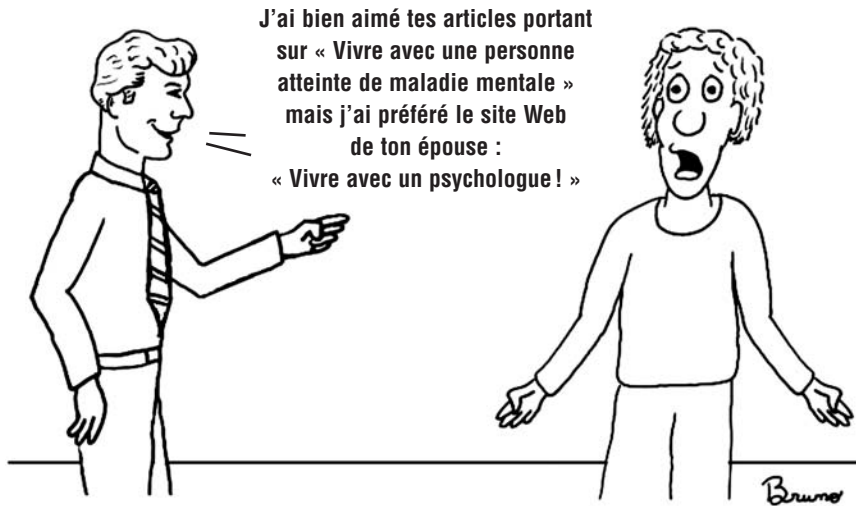
ATELIERS THÉMATIQUES D'APPROFONDISSEMENT

des ateliers de perfectionnement offerts par l'Institut Victoria

- Structure narcissique, le 4 mai 2007.
- Structure borderline, le 18 mai 2007.

Montréal 150 000 \$ (taxes incluses)

Toutes nos formations sont agréées par Emploi-Québec



SOMMAIRE

VOLUME 24 • NUMÉRO 3 • MAI 2007

- 5** **Éditorial**
De l'adolescent à l'adulte : passages et transitions
- 7** **Chronique de déontologie**
Signalement concernant la conduite professionnelle d'un collègue
- 9** **Chronique du Secrétariat général**
Un service d'urgence pour les psychologues
- 10** **Remise des prix de l'Ordre**
- 12** **Chronique juridique**
Consultation des membres sur la question de l'incorporation
- 14** **Portrait**
Michel Lafortune : les jeunes de la rue font leur cirque
- 34** **Activités régionales et activités de regroupements**
– Colloques, congrès et ateliers – Nouveaux membres
- 36** **Petites annonces**
- 38** **La recherche le dit...**

DOSSIER

Baby Blues Quand l'accouchement devient source de stress et de tristesse

18 « Mal de mère » : réalités cliniques et aléas de la maternité

Par Geneviève Sauvageau

22 La santé mentale des immigrantes enceintes

Par Phyllis Zelkowitz

24 Attachement et psychanalyse : un roman familial

Par Irène Krymko-Bleton

26 Le deuil périnatal, un accompagnement particulier

Par Nicole Reeves

28 La dépression postnatale chez les mères

Par Lysanne Gauthier



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.

Psychologie Québec est publiée six fois par année à l'intention des membres de l'Ordre des psychologues du Québec. Les textes publiés dans cette revue sont sous la seule responsabilité de leurs auteurs et ils n'engagent en rien l'Ordre des psychologues du Québec. La reproduction des textes est autorisée avec mention de la source. L'acceptation et la publication d'annonces publicitaires n'impliquent pas l'approbation des services annoncés.

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

Envoi en Poste publication
de convention 40065731

Rédactrice en chef : **Diane Côté**
Comité de rédaction : **Rose-Marie Charest, Marie Galarneau, Francesca Sicuro, Lucille Doiron**
Rédaction : **Annie-Michèle Carrière**
Publicité : **David St-Cyr**
Tél. (514) 738-1881
ou 1 800 363-2644, p. 231
Télécopie : (514) 738-8838
Courriel : psyquebec@ordrepsy.qc.ca
Réalisation graphique : **Mardigrave**

Abonnement :
membres OPQ – gratuit
non-membres – 39,99 \$ / 6 numéros (taxes incluses)
étudiants – 24,99 \$ / 6 numéros (taxes incluses)

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

PSYCHOLOGIE QUÉBEC – Dates de tombée
Juillet 2007 : 31 mai 2007
Septembre 2007 : 30 juillet 2007



CIG



La relation d'objet en psychothérapie un séminaire théorico-clinique

Les Troubles de la personnalité : un défi majeur pour la psychologue généraliste

Les neurosciences et la recherche contemporaines démontrent l'importance de se concentrer, en psychothérapie, sur l'ensemble du fonctionnement affectif et social — la personnalité — de la personne qui consulte. Elles montrent en outre que la qualité du lien thérapeutique est le meilleur prédicteur des résultats thérapeutiques (Psychodynamic Diagnostic Manual, 2006). Or la relation thérapeutique peut être comprise comme une relation d'objet d'une nature particulière, portée par un lien fort, contenant, générateur de sens, et réparateur. Ce séminaire théorico-clinique veut permettre au participant de se familiariser avec le champ général de la relation d'objet et avec ses implications spécifiques pour la relation thérapeutique.

Le contenu et les auteurs étudiés

Nous étudierons 6 auteurs classiques de la théorie générale de la relation d'objet, qui ont fait école et dont les contributions alimentent toujours les réflexions théoriques et la pratique clinique contemporaine. Nous interrogerons ces contributions, à la lumière des connaissances actuelles, issues des neurosciences et de la recherche clinique. Nous conclurons nos travaux par l'étude de deux contemporains qui ont élaboré des systèmes de traitement fondés sur la relation d'objet.

- *Freud : Le narcissisme secondaire, la dépression et la relation à l'objet*
- *Klein : L'identification projective*
- *Fairbairn : La structure endopsychique*
- *Winnicott : Les phénomènes transitionnels, le vrai et le faux self*
- *Mahler : Le processus séparation-individuation*
- *Kohut : Le soi bipolaire et le développement du narcissisme*
- *Kernberg : Les représentations bipolaires et la coloration affective*
- *Fonagy : L'attachement et la mentalisation*

La formule et la méthode didactique

Un vendredi par mois (à Québec, un lundi par mois), de septembre 2007 à juin 2008, de 9h00 à 16h30. Dans la première partie, nous analysons le système proposé par l'auteurs étudié. Dans un 2e temps, nous mettons notre compréhension à l'épreuve en l'appliquant à des cas issus de la pratique des participants.

Le coût et les lieux

Montréal, au CIG, 1500 \$ (plus taxes). **Estrie**, à l'Auberge Étoile sur le Lac à Magog, 1700 \$ (plus taxes). **Québec**, à l'Hôtel des Gouverneurs de Ste-Foy, 2000 \$ (plus taxes). Nombre de places limité.

Renseignements et inscription auprès du secrétariat du CIG : 514-481-4134, administration@cigestall.com

De l'adolescent à l'adulte : passages et transitions



Par
Rose-Marie Charest
M.A., PRÉSIDENTE

VOUS TROUVEREZ dans les documents joints à ce numéro le programme d'un congrès international sur le passage de l'adolescence à l'âge adulte qui se tiendra à Montréal début juillet. Le Comité administratif a recommandé que l'Ordre s'implique activement dans l'organisation du congrès ISAPP 2007 et c'est avec enthousiasme que j'en ai accepté la coprésidence avec D^r Jean Hébert, psychiatre, sous la présidence de D^e Patricia Garel, chef du département de psychiatrie de l'Hôpital Sainte-Justine. Cette collaboration psychiatres-psychologues a été à ce jour fort enrichissante et nous ne pouvons que souhaiter qu'il en soit de même sur le terrain, dans les différents échanges entre nos deux professions.

À la lecture du programme, vous constaterez qu'un vaste échantillon de professionnels, cliniciens et chercheurs, dont plusieurs psychologues, ont répondu à l'appel de communications. C'est dans la rencontre d'autant d'expertises différentes, de personnes de divers milieux, voire de plusieurs pays, que se situe la principale richesse de ce congrès. Nous avons voulu en faire un événement à la fois instructif et créateur ayant un effet à long terme non seulement sur l'approfondissement des connaissances, mais encore sur l'évolution des pratiques et sur la qualité des relations interdisciplinaires. Dans notre domaine, on sait que la demande dépasse généralement l'offre et que la créativité est un outil essentiel pour répondre aux besoins précis d'une personne en particulier. L'objectif ultime serait atteint si chacun de nous devenait plus curieux, plus souple, plus créateur et aussi ouvert au changement et au dépassement des limites que peut l'être l'adolescent.

Le thème du passage de l'adolescence à l'âge adulte est au cœur des préoccupations de notre société et de notre profession. En effet, les médias nous informent quotidiennement des difficultés vécues par les jeunes, tant au niveau scolaire qu'au niveau de leur état de santé mentale. Les taux de suicide, tout alarmants qu'ils soient, ne sont pourtant que le reflet de la douleur ressentie par un nombre encore plus grand de jeunes. L'environnement

auquel ils cherchent à s'intégrer dépasse maintenant la famille et l'école pour s'étendre au-delà même des frontières du monde réel et jusqu'aux infinies possibilités du monde virtuel. Nos connaissances en psychologie ont-elles évolué aussi rapidement que ces réalités? Nos pratiques en tiennent-elles réellement compte? La famille, l'école, l'action communautaire n'ont-elles pas aussi à se remettre en question? Ces réflexions se doivent d'être influencées par les scientifiques, les professionnels et les humanistes que nous sommes.

L'appel au travail en interdisciplinarité est formulé sur toutes les tribunes. Est-ce une mode? Sûrement pas. Les exigences de nos pratiques, la complexité des problèmes auxquels nous sommes confrontés, les demandes et attentes des diverses clientèles sont telles qu'aucune discipline ne peut prétendre y répondre à elle seule. Nous voulons travailler ensemble et non l'un à la place de l'autre. C'est l'effet multiplicateur de la rencontre des compétences qui est recherché et non l'économie de l'interchangeabilité. Dans ce contexte, nous avons intérêt à connaître l'autre et à nous faire connaître de l'autre.

À l'intérieur d'une même discipline, la nôtre en particulier, les échanges entre spécialistes de différents secteurs sont plus que jamais à favoriser. En effet, l'expertise acquise auprès des adolescents est précieuse non seulement pour ceux qui travaillent de près avec cette clientèle, mais aussi pour tous ceux qui suivent l'évolution des mêmes problématiques chez les enfants et les adultes qu'ils traitent. Les sujets abordés au cours de ce congrès n'intéresseront pas que les psychologues scolaires et les psychologues cliniciens spécialisés en adolescence : les troubles de la personnalité, les troubles alimentaires et la toxicomanie, pour ne citer que ces exemples, ont des racines et des effets tout au long de la vie de la personne qui en souffre et même dans sa famille et son environnement.

Je me réjouis à l'idée de rencontrer, au cours de ce congrès, des personnalités admirées par les psychologues québécois comme Camil Bouchard, Mony Elkaïm et Philippe Jeammet. Ma satisfaction serait complète si j'avais l'occasion d'y voir en grand nombre des psychologues venus du Québec comme d'ailleurs.

À bientôt, j'espère.

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

COURS DE DÉONTOLOGIE

CALENDRIER 2007

Des cours de Déontologie et professionnalisme seront offerts en 2007-2008. Le cours s'adresse aux candidats à l'admission ainsi qu'aux psychologues qui pratiquent depuis quelque temps et qui souhaitent effectuer une mise à jour de leurs connaissances sur le plan déontologique.

*Ce cours totalise 45 heures de travail et requiert la présence des participants à **deux** journées complètes de formation. Par le biais de présentations, de travaux individuels et en équipe, les participants sont appelés à réfléchir sur plusieurs situations susceptibles de se présenter dans le cours d'une pratique professionnelle de la psychologie impliquant une prise de décision éthique. Les thèmes suivants sont notamment abordés : confidentialité, conflit d'intérêts, dangerosité, tribunaux. Les situations étudiées tiennent compte des particularités de divers champs de pratique. Les participants peuvent ainsi discuter des principes déontologiques et des lois qui régissent leur conduite professionnelle et se sensibiliser au processus de prise de décision éthique.*

Formatrice : **Élyse Michon**, M.Ps.

Le calendrier du cours

« **DÉONTOLOGIE ET PROFESSIONNALISME** »

s'établit comme suit pour l'année 2007-2008 :

MONTREAL

- Choix de dates :*
- 17 août et 14 septembre 2007
 - 28 septembre et 26 octobre 2007

Les cours auront lieu de 9 h à 16 h 30 dans les locaux de l'Ordre, situés au 1100, avenue Beaumont, 5^e étage, à Mont-Royal.

FORMULAIRE
D'INSCRIPTION

Cours Déontologie et professionnalisme • Sessions 2007-2008

Nom _____ Prénom _____

Adresse à domicile _____

Tél. domicile () _____ Tél. travail () _____

N^o de permis _____ Indiquez votre choix de date _____

Paiement par carte de crédit : (NUMÉRO DE LA CARTE) _____ Expiration _____

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

Le signalement concernant la conduite professionnelle d'un collègue



Par
**Suzanne
 Castonguay**
 M. Ps., SYNDIQUE ADJOINTE
 scastonguay@ordrepsy.qc.ca

DANS la plupart des cas, les demandes d'enquête sur la conduite professionnelle d'un psychologue sont soumises au Bureau du syndic, par un client ou par un proche de ce dernier (parent, conjoint, avocat, etc.). Dans les autres cas, les demandes d'enquête peuvent provenir de l'employeur ou d'un collègue ou d'un groupe de collègues qui côtoie le psychologue dans son milieu professionnel. C'est de ce dernier type de demande d'enquête dont il sera question dans cette chronique de même que des enjeux déontologiques entourant l'obligation pour le psychologue de transmettre des informations au Bureau du syndic au sujet de la pratique d'un autre membre de la profession.

Dans le Code de déontologie publié en 1983, l'article 58.10 traitait du caractère dérogatoire de la décision de ne pas informer l'Ordre lorsqu'il y a incompétence ou manquement déontologique de la part d'un collègue. Dans le prochain code, l'article 67 traitant du même sujet se lit comme suit :

« Lorsqu'un psychologue apprend, hors du cadre d'une relation confidentielle avec un client, qu'un autre psychologue ne ferait pas preuve de compétence dans l'exercice de sa profession, serait inapte à exercer ou dérogerait aux dispositions du présent code et qu'il a des motifs raisonnables de croire que ce renseignement est valable, il en informe l'Ordre. Quand ce renseignement lui est transmis dans le contexte de l'exercice de sa profession, il ne dévoile ce renseignement qu'avec l'autorisation explicite de son client. »

En fait, ce nouvel article actualise une pratique existante au Bureau du syndic, qui consiste à informer les psychologues qu'ils ne peuvent demander une enquête sur la base d'informations divulguées par un client sans son autorisation explicite.

L'obligation de signalement

Il incombe au psychologue d'informer l'Ordre s'il a des motifs raisonnables de croire qu'un autre psychologue déroge au Code, ou présente un problème de compétence ou serait inapte à exercer sa profession, lorsqu'il obtient ce renseignement hors des limites du secret professionnel. Cette obligation découle des responsabilités engendrées par l'adhésion à l'Ordre et réfère à un cadre réglementaire d'abord élaboré pour assurer l'encadrement de la profession par les membres eux-mêmes. Ainsi donc, une personne qui devient membre de l'Ordre doit du même coup s'engager à le soutenir dans son mandat principal de protection du public. Par ailleurs, le psychologue qui choisirait de ne pas signaler des gestes dérogatoires d'un autre membre, une inaptitude à exercer la profession ou un manque de compétence doit saisir que ces problématiques, si elles ne sont pas prises en considération le plus rapidement possible, peuvent rejaillir sur l'image même de la profession. D'autre part, en optant pour la non-divulgaration des renseignements qu'il possède, le psychologue doit prendre conscience qu'il commet lui-même un acte dérogatoire à l'article 58.10 – et bientôt 67 –, puisqu'il contrevient à ses obligations.

Lorsqu'un psychologue transmet des informations au Bureau du syndic au sujet d'un collègue, sa demande d'enquête est traitée de façon strictement confidentielle, comme toutes les autres demandes. Autrement dit, le Bureau du syndic ne communique pas aux autres instances de l'Ordre

(secrétariat général, présidence, etc.) le nom du psychologue qui a signalé le problème ni le nom de celui sur qui portera l'enquête. De plus, le psychologue qui avertit le syndic, peut demander que son nom ne soit pas révélé au collègue qui sera sous enquête. Ces mesures ont pour but de faciliter la tâche au psychologue qui se trouve dans l'obligation de donner des informations concernant un collègue qu'il connaît ou côtoie parfois étroitement. Toutefois, il est à noter que pour certaines situations le syndic peut être dans l'obligation de dévoiler le nom du demandeur de l'enquête ou de l'informateur.

Le traitement du signalement

Lors de la réception d'une information diffusée par un psychologue au sujet d'un autre psychologue, un examen rapide du renseignement détermine s'il s'agit d'un problème de compétence ou d'une inaptitude à exercer la profession. Dans le premier cas, le dossier est immédiatement acheminé au Comité d'inspection professionnelle, dont le mandat principal est la vérification des compétences du professionnel. Dans le deuxième cas, s'il s'agit d'un possible problème de santé mentale, le syndic informe le Bureau de l'Ordre, qui peut ordonner au psychologue de subir un examen médical ou psychiatrique ou les deux (Code des professions, article 48 ou article 52.1 en cas d'urgence). Dans les autres cas de signalement, c'est-à-dire pour les actes dérogatoires présents ou passés, le syndic fera enquête en suivant le même processus que pour les demandes émanant du public tel qu'il est stipulé dans le document sur le processus d'enquête du Bureau du syndic¹.

Les motifs raisonnables

L'obligation de signalement découle de l'existence de « motifs raisonnables ». Cette notion est souvent au cœur de plusieurs

appels téléphoniques au Bureau du syndic. En effet, nous avons pu constater que les psychologues s'interrogent surtout à propos du terme « raisonnable », ce qui est fort compréhensible à cause de son aspect subjectif. Ainsi, le psychologue inquiet de la conduite professionnelle d'un collègue doit s'en remettre à son jugement pour décider de la pertinence d'un signalement. Une conversation – même anonyme – avec un syndic peut s'avérer facilitante pour cet exercice. Finalement, le psychologue n'a pas le mandat de chercher à connaître les faits ni de trancher la question de l'existence d'un problème chez son collègue. Tout comme le psychologue qui transmet un renseignement à la Direction de la protection de la jeunesse n'a pas l'obligation d'être convaincu de la véracité de tous les faits. Dans le cas qui nous intéresse, le rôle d'enquêteur incombe au syndic.

Afin d'orienter le jugement du psychologue dans de telles situations pour qu'il puisse déterminer si les motifs de signalement sont raisonnables, quelques pistes de

réflexion ont été formulées sous forme de questions :

- Est-ce que je me pose des questions sur l'état mental d'un psychologue ou sur la qualité des services qu'il rend ?
- Est-ce que j'ai observé des faits ou entendu des allégations inquiétantes au sujet de la pratique professionnelle d'un psychologue émanant d'un client ou d'une autre source ?
- Est-ce que j'ai cessé ou je pense à arrêter sous peu de diriger des clients vers un psychologue à cause d'une inquiétude sur sa conduite professionnelle ?

L'obligation du secret professionnel

Il importe de rappeler que, pour faire un signalement au syndic, le psychologue doit obtenir l'autorisation explicite de son client lorsque les informations concernant un autre psychologue ont été obtenues dans le contexte de l'exercice de sa profession. En d'autres mots, sans l'autorisation du client,

le psychologue demeure lié à l'obligation du secret professionnel, et ce, même après l'arrêt des services professionnels. Ce nouvel élément déontologique amènera le psychologue à exercer son jugement professionnel, car dans la plupart des cas il se retrouvera au carrefour des exigences de son mandat clinique et de ses obligations déontologiques. Cette position fort délicate peut quand même permettre au psychologue de faire un travail clinique auprès de son client, afin de l'aider à envisager de demander lui-même une enquête au Bureau du syndic ou d'autoriser son psychologue à le faire. Par ailleurs, une invitation faite au client à discuter lui-même avec un syndic même de façon anonyme, peut permettre à cette personne de mieux comprendre tous les enjeux que représente pour elle une éventuelle demande d'enquête.

Références

- Processus d'enquête du Bureau du syndic*. (Janvier 2007). Ordre des psychologues du Québec. Document téléaccessible sur site URL : www.ordrepsy.qc.ca/OPQV2/fra/index.ASP.

Formations en santé mentale / Printemps 2007



La thérapie cognitivo-comportementale des psychoses : formulation et interventions

■ Par : Marie-Josée Marois, M.Ps. psychologue

Mtl : 11 mai 07 / Qc : 25 mai 07



Être superviseur clinique auprès des psychothérapeutes : cadre de travail et gestion des enjeux relationnels

■ Par : André Renaud, psychanalyste

Mtl : 11 mai 07 / Qc : 31 mai 07



Traitement cognitivo-comportemental du trouble obsessionnel-compulsif : théorie et atelier pratique

■ Par : Josée Rhéaume, Ph.D., psychologue

Mtl : 7-8 juin 07



La psychothérapie de groupe auprès des troubles de la personnalité : enjeux psychodynamiques et interpersonnels

■ Par : Johanne Dubreuil, Ph.D., psychologue

Mtl : 10 mai 07 / Qc : 1^{er} juin 07



Troubles de santé mentale et toxicomanie : compréhension de l'interface et avenues d'interventions

■ Par : Dr Jean-François De la Sablonnière, psychiatre

Mtl : 9-10 mai 07 / Qc : 7-8 mai 07



La réalité des enfants exposés à la violence conjugale : mieux comprendre pour mieux intervenir

■ Par : Andrée Fortin, Ph.D., psychologue

Mtl : 8 juin 07 / Qc : 15 juin 07

Formations  Porte-Voix

Téléphone : (418) 658-5396
Courriel : porte-voix@videotron.ca
www.porte-voix.qc.ca

Un service d'urgence pour les psychologues



Par
Stéphane Beaulieu
M. Sc., **SECRETAIRE GENERAL**
stephanebeaulieu@ordrepsy.qc.ca

AINSI que nous l'avions annoncé dans le numéro de janvier 2007, l'Ordre instaure un programme d'intervention d'urgence pour tous les psychologues du Québec. Ce service sera offert dès le 1^{er} juin 2007 et sera accessible sans frais, en tout temps, sur tout le territoire québécois.

Le programme vise principalement à offrir une ressource particulière pour les situations d'urgence qui s'ajoute aux services existants. Son objectif n'est donc pas de se substituer aux programmes d'aide aux employés ni aux services disponibles par l'entremise des régimes privés d'assurances collectives auxquels les psychologues ont déjà accès.

On entend par situation d'urgence toute situation qui pourrait, dans l'immédiat, com-

promettre de façon grave le fonctionnement personnel, social ou professionnel du psychologue. Bien entendu, seront aussi considérées comme des urgences, les situations qui pourraient mettre le psychologue en danger ou dont l'impact pourrait constituer une menace pour ses proches ou le public.

L'intervention

Les professionnels sélectionnés pour intervenir auprès des psychologues ont tous un minimum de 10 à 15 années d'expérience en intervention de crise. Ils auront comme mandat de réaliser une intervention ponctuelle afin de répondre aux besoins de l'urgence et de diriger le psychologue vers une autre ressource, le cas échéant.

La confidentialité

L'Ordre a retenu les services d'une firme spécialisée reconnue pour son expertise et son professionnalisme. Le recours à un tiers garantit aux psychologues qui utiliseront ce

service la pleine et entière confidentialité au même titre que tout autre programme d'aide. Seuls des rapports statistiques seront transmis à l'Ordre sur une base trimestrielle.

Un filet de sécurité

Bien que les psychologues soient réputés pour savoir évaluer leurs limites et pour savoir aussi quand recourir aux services professionnels s'ils en ont besoin, ils ne sont pas pour autant à l'abri d'une situation qui pourrait compromettre leur équilibre et leur santé mentale, et qui pourrait nécessiter une intervention rapide. Le nouveau programme offert par l'Ordre saura, nous l'espérons, contribuer à resserrer les maillons du filet de sécurité déjà en place.

Nous tenons à remercier les consultants qui ont soumis des offres de service. La qualité de leur présentation et de leur documentation a été à la hauteur de leur réputation et de nos attentes. Le contrat a été attribué à la firme Jacques Lamarre et associés inc.

Les psychologues qui auront besoin d'accéder au service d'intervention d'urgence pourront le faire à compter du 1^{er} juin 2007 en composant le numéro de téléphone suivant : 1 877 257-0088

Des nouvelles du Bureau

Les membres du Bureau se sont réunis en séance régulière le 16 février 2007.

Modernisation de la pratique

Les membres du Bureau ont pris connaissance des plus récentes propositions de l'Office des professions relatives aux modalités de gestion du permis de psychothérapeute. Ces propositions sont le fruit des négociations impliquant les ordres professionnels qui seront admissibles au nouveau permis. Les membres du Bureau ont donné leurs orientations et formulé des commentaires qui seront communiqués à l'Office.

Code de déontologie : guide d'interprétation

En prévision de l'entrée en vigueur prochaine du nouveau Code de déontologie, les membres du Bureau ont travaillé sur la première version du guide d'interprétation du Code qui sera publié à l'intention des psychologues. La parution de ce guide coïncidera avec l'entrée en vigueur du nouveau Code.

Prix de l'Ordre

Les membres du Bureau ont adopté des modifications à la politique d'attribution des prix de l'Ordre. Ils ont notamment changé les définitions des critères d'admissibilité pour les différents prix. Ils ont aussi convenu que les prix de l'Ordre seront dorénavant attribués tous les deux ans à l'occasion du congrès annuel.

Nominations

Les membres du Bureau ont procédé à la nomination des personnes suivantes :

Comité de la formation continue :

– M^{me} Pascale Lemaire, psychologue.

Bureau du syndic :

– M^{me} Réjane Lambert et M. Jean-Louis Boulanger, psychologues, ont été nommés à titre de syndics adjoints *ad hoc* pour deux dossiers d'enquête.

– MM. François Crépeau et Bernard Térissé, psychologues, ont été nommés à titre d'experts pour le compte du Bureau du syndic.

Assurance responsabilité professionnelle : ristourne de 147 000 \$

L'ASSUREUR AXA a fait une ristourne à l'Ordre de 147 000 \$ en raison de la bonne performance des psychologues en matière de responsabilité professionnelle. Cette somme a automatiquement été redistribuée aux membres avec l'avis de renouvellement pour l'année 2007-2008. Un montant de 28 \$ a été déduit du montant de la prime annuelle d'assurance, portant ainsi la somme à payer à 92 \$ au lieu de 120 \$.

La remise des prix de l'Ordre fait peau neuve



Par **Annie-Michèle Carrière**
AGENTE DE COMMUNICATIONS
amcarriere@ordrepsy.qc.ca

LE BUREAU de l'Ordre, en partenariat avec le Comité des prix, a procédé à un remaniement complet du processus d'attribution et de remise des prix de l'Ordre. Ce vent de renouveau a été chaudement applaudi par les organisateurs de la remise des prix, qui voient dans ces changements la possibilité d'attirer un nombre grandissant de participants. Quelques modifications seront apportées aux trois prix de l'Ordre. En outre, l'appel et la présentation des candidatures seront simplifiés et la date de remise sera espacée.

Remise des prix : rendez-vous en 2008

Jusqu'à maintenant, la cérémonie de remise des prix avait lieu chaque année. À cet effet, un changement majeur a été apporté : les prix seront remis tous les deux ans, et ce, dans le cadre du congrès bisannuel de l'Ordre. Afin de redonner à cet événement son aspect festif, tous les psychologues seront conviés à un cocktail dînatoire en présence des lauréats, accompagnés de leurs collègues, amis et membres de leur famille.

Trois prix : survol des modifications

Prix Noël-Mailloux

Bien que le but de ce prix, noble en soi, ait été de souligner la contribution d'un psychologue au **développement de la psychologie**, le Bureau a décidé d'en élargir la portée en parlant davantage de contribution à l'**avancement de la profession**. Auparavant, ce prix honorait plus particulièrement des psychologues chercheurs puisque l'on laissait peut-être entendre par développement de la psychologie la découverte de nouvelles théories. À partir de maintenant, les candidatures de tous les psychologues – cliniciens ou chercheurs – qui ont fait évoluer la profession seront les bienvenues.

Prix professionnel

Le prix professionnel se raffine. Le psychologue qui se voyait jadis récompensé pour sa **collaboration significative au développement de la profession** sera dorénavant primé pour sa ou ses réalisations jugées remarquables. On entend par réalisation remarquable toute initiative importante visant le développement de la profession. La mise en place, par exemple, d'un programme innovateur pour vaincre le stress au travail constitue un accomplissement digne de mention.

Prix de la santé et du bien-être psychologique

Ce prix était remis jusqu'ici à une personne non membre ou à un organisme. Ceux-ci ne

seront plus les seuls dans la course. En effet, les entreprises qui ont collaboré au bien-être psychologique de la société québécoise pourront poser leur candidature. De plus, tous les candidats devront faire valoir, au-delà de leur sens humanitaire, l'aspect **préventif, curatif ou informatif** de leurs actions.

Accessibilité et simplicité se mettent de la partie

Soucieux de faciliter la tâche à ses membres, l'Ordre a repensé le formulaire de mise en candidature, qui sera dorénavant accessible sur son site Internet. Plus simple à remplir, le nouveau formulaire fournira des informations claires et précises sur les documents à soumettre. Il sera mis en ligne sous peu. Vous pourrez facilement le retracer en visitant la rubrique « Activités » de la section réservée aux membres.

Un autre changement important

Auparavant, une candidature non sélectionnée se voyait automatiquement reportée à l'année suivante. Maintenant, le proposeur devra revenir à la charge et soumettre un nouveau dossier de mise en candidature.

Pensez-y dès maintenant !

Vous désirez présenter une candidature, n'hésitez pas à nous en faire part. Notre prochain rendez-vous... en 2008, dans le cadre du congrès de l'Ordre.

Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2

Par Starke R. Hathaway, Ph.D. et Charnley J. McKinley, MD.

Le MMPI-2 est utilisé par les psychologues en milieux cliniques, en counseling et en recherche, dans les buts suivants :

- Évaluer et dépister les signes de psychopathologie lorsqu'on soupçonne ou qu'on constate qu'un sujet éprouve des problèmes d'ajustement social ou personnel.
- Identifier les stratégies appropriées de traitement ou les difficultés potentielles dans le traitement, au début du processus.



INSTITUT DE RECHERCHES PSYCHOLOGIQUES

34, rue Fleury Ouest, Montréal (QC) H3L 1S9
Téléphone : 514 382-3000 • 1 800 363-7800

5051-240421 Questionnaire français

Correction informatique disponible à l'I.R.P. Service rapide.

AUX Éditions Quebecor



Benoît Rancourt, M. Ps.

Psychologue clinicien, Benoît Rancourt est membre de l'Ordre des psychologues du Québec. Il exerce en pratique privée depuis 1983.



Sortir du passé

Comment sortir de ce passé qui nous contamine sans cesse notre présent? À l'aide d'exemples concrets l'auteur à nous guide pas à pas vers la plénitude de vivre au présent.



Dieu chuchote toujours au cœur de l'humain

Cet ouvrage unique, d'une formidable sagesse spirituelle nous invite à nous engager à travers un rituel santé, chemin de la guérison. Il nous propose d'apprendre à penser avec notre cœur.

EN VENTE DANS LES LIBRAIRIES



Franchir les étapes de la conscience

C'est laisser s'épanouir un pouvoir latent qui vit les profondeurs de chacun. Ce livre explique de façon simple et claire comment faciliter le processus d'actualisation de soi.



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

Courriel: simard.jacques@quebecoreditions.com

Pour en savoir plus:
www.quebecoreditions.com

Consultation des membres sur la question de l'incorporation



Par
**M^e Édith
Lorquet**
CONSEILLÈRE JURIDIQUE ET
SECRÉTAIRE DU COMITÉ DE DISCIPLINE
elorquet@ordrepsy.qc.ca

DEPUIS 2001, le Code des professions prévoit qu'un ordre professionnel peut adopter un règlement autorisant ses membres à exercer leurs activités professionnelles au sein d'une société en nom collectif à responsabilité limitée (SENCRL) ou d'une société par actions (SPA). Dans ce règlement, l'ordre professionnel prévoit quelles sont les conditions, modalités et restrictions s'appliquant à l'exercice en société par ses membres. L'Ordre des psychologues adoptera un projet de règlement à cet effet et consultera les membres au cours de l'année 2007-2008.

Il est important de préciser que, depuis 2004, le dossier de l'incorporation des professionnels faisait l'objet d'un moratoire de la part du gouvernement du Québec à la suite de certains questionnements soulevés à l'égard des relations entre les médecins et les pharmaciens. Comme tout semble maintenant résolu, nous pouvons donc maintenant aller de l'avant.

Dans ce premier texte, nous ne pourrions pas aborder, de façon exhaustive, toutes les questions que soulève l'arrivée de ces deux nouveaux « véhicules de pratique » que sont la société en nom collectif à responsabilité limitée (SENCRL) et la société par actions (SPA). D'ailleurs, un seul véhicule sera présenté aujourd'hui, soit la SENCRL. La SPA fera l'objet d'un autre article. Afin de faciliter la compréhension de ce qui suit, un bref retour sur les règles actuelles s'impose.

Les règles actuelles

Le psychologue peut exercer seul. Il exploite alors une entreprise individuelle non incorporée. Il peut également exercer sa profession au sein d'une société dite nominale où seules les dépenses sont partagées avec d'autres. Il n'y a aucun partage d'honoraires. Il s'agit plus d'un contrat de dépenses que d'une véritable société car, de fait, elle ne jouit d'aucune reconnaissance légale.

Des psychologues peuvent également se regrouper afin de mettre en commun leurs ressources, leurs activités, leurs connaissances et de partager les bénéfices pécuniaires et les pertes. Ils exercent alors au sein d'une société dite en nom collectif

(SENC). Une des principales caractéristiques de ce type de véhicule est qu'un associé non fautif peut devoir puiser dans ses biens personnels pour faire face à une faute commise par un collègue ou par le préposé ou mandataire de ce dernier. Nous y reviendrons plus loin.

Enfin, certains psychologues confient l'administration et la gestion de leur cabinet, souvent multidisciplinaire, à une compagnie de gestion qui, moyennant des frais, s'occupe de certains aspects administratifs de la pratique des professionnels (loyer, taxes, assurances, gestion du personnel, etc.). Ces frais de gestion sont déduits du revenu du professionnel et imposés à la compagnie à un taux moindre que celui que le professionnel aurait dû supporter.

Les nouvelles règles

Le Code des professions prévoit que les membres d'un ordre peuvent exercer en société si trois conditions sont réunies. Tout d'abord, il faut que le Bureau de l'ordre autorise ses membres par règlement. Ensuite, il faut que le professionnel qui a recours à ces véhicules de pratique fournisse et maintienne, pour cette société, une garantie à l'égard de sa responsabilité professionnelle.

FORMATION

Janvier 2008



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

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

www.cpgouin.ca

La psychopathologie à travers l'approche psychodynamique des méthodes projectives

Formatrice : Odile Husain, Ph.D., Psychologue, Member-at-large
Société internationale du Rorschach

Cette formation s'adresse aux psychologues soucieux de raffiner la qualité de leur évaluation et d'approfondir leur compréhension des tableaux psychopathologiques, afin d'arriver à un diagnostic différentiel nuancé, intégrant la complexité et la singularité des diverses organisations de la personnalité. Elle prône l'intégration des données obtenues à partir du Rorschach et du T.A.T., en invitant à conserver le même modèle d'analyse d'un test à l'autre.

La formation consiste en 20 rencontres aux deux semaines, de deux heures chacune, le mercredi soir.

Pour de plus amples informations sur ce programme :
Odile Husain au 514 285-2262, boîte vocale 01

Inscription à ce programme :
Maryse Pesant au 514 331-5530

Soulignons ici que la garantie fournie par le professionnel pour la société s'ajoute à la garantie qu'il doit maintenir personnellement pour être inscrit au tableau de son ordre professionnel. Enfin, le professionnel doit également déclarer à son ordre professionnel, le cas échéant, s'il exerce ses activités professionnelles au sein d'une SENCRL ou d'une SPA. Il est à noter que la SENCRL ou la SPA ne devront être constituées qu'aux fins de l'exercice d'activités professionnelles, incluant les activités qui y sont accessoires.

La société en nom collectif à responsabilité limitée (SENCRL)

La SENCRL, introduite au Code des professions en 2001, est un nouveau véhicule de pratique qui constitue une variante de la SENC. De façon générale, elle obéit aux règles de la SENC édictées par le Code civil du Québec (articles 2186 à 2235). La principale différence entre les deux concerne la **responsabilité professionnelle**.

Rappelons brièvement les règles en matière de responsabilité qui existent déjà et qui continueront de s'appliquer à la SENC. Le Code civil prévoit qu'un associé d'une SENC lie la société pour tout acte conclu dans le cours des activités de celle-ci et que les coassociés sont solidairement responsables des fautes commises, qu'elles **soient professionnelles ou non**. En règle générale, c'est d'abord la société qui répond de ces obligations. Toutefois, en cas d'insuffisance de biens sociaux pour éponger les dettes,

l'associé devient responsable subsidiairement de ces obligations à même ses biens personnels.

L'article 187.14 du Code des professions constitue une exception à ce principe. La nouveauté introduite par cet article fait que le professionnel œuvrant au sein d'une SENCRL n'est plus personnellement responsable des obligations de la société ni de celles d'un autre professionnel **régi par le Code des professions**, découlant des fautes ou négligences commises par ce dernier, son préposé ou son mandataire dans **l'exercice de leurs activités professionnelles** au sein de la société. La responsabilité des membres des ordres professionnels est ainsi limitée aux seuls actes professionnels qu'ils accomplissent personnellement et à ceux des personnes qu'ils supervisent ou contrôlent. Ce régime de responsabilité limitée a comme résultante que le professionnel doit fournir et maintenir, pour cette société, une garantie à l'égard de sa responsabilité professionnelle.

Trois points sont ici importants à retenir. Le premier est que les modifications touchant le régime de responsabilité n'ont pas pour effet de limiter les obligations du professionnel à l'égard de sa propre faute ou négligence professionnelle. Le régime actuel continue de s'appliquer.

Le deuxième est que cette limitation quant à la responsabilité professionnelle ne s'applique qu'aux professionnels régis par le Code des professions. Cela signifie que si,

par exemple, le règlement de l'Ordre autorise les psychologues à s'associer avec leur conjoint ou un membre de la famille, ou des professionnels non membres d'un ordre professionnel, la responsabilité solidaire demeure à l'égard des fautes ou négligences commises par ces personnes.

Troisièmement, il faut retenir que cette limitation de responsabilité ne vise que les activités professionnelles. Ainsi, le professionnel demeure responsable personnellement, de façon solidaire, à l'égard des obligations contractées par ses associés ou la société dans l'exploitation de l'entreprise, par exemple, la conclusion d'un bail, l'achat d'équipements ou les congédiements.

À cette règle s'ajoutent les caractéristiques suivantes prévues au Code des professions : les professionnels doivent inscrire l'expression au long, soit société en nom collectif à responsabilité limitée ou le sigle SENCRL dans la dénomination sociale de leur société. Les professionnels qui exercent déjà en SENC pourront la continuer en SENCRL. À compter de la date où s'effectue la continuation, le régime de responsabilité professionnelle change. Enfin, les professionnels qui choisissent de former une SENCRL ou de continuer une SENC en SENCRL doivent le stipuler expressément dans un contrat écrit. Même chose lorsqu'une société cesse d'être à responsabilité limitée.

Voilà, brièvement résumées, les principales caractéristiques de la SENCRL. Notre prochain article traitera de la SPA.

VOUS RECHERCHEZ UN EMPLOI? BESOIN DE NOUVEAUX DÉFIS?

Plusieurs postes sont présentement affichés dans la page *Emplois* du site Internet de l'Ordre.



www.ordrepsy.qc.ca/membres

Les jeunes de la rue font leur cirque

Le bitume urbain est leur seul terrain de jeu et parfois leur lit. Ils vivent à Rio, Montréal ou Ouagadougou. La mendicité et l'indifférence des passants ont pulvérisé leur estime de soi. Certains jouent du couteau, d'autres se vendent, le plus souvent pour quelques grammes d'évasion en poudre. Pourtant, il est de ces « jeunes de la rue » qui ont troqué l'arme blanche pour les balles à jongler. Ils embrassent le ciel avec une liberté naissante dans une pirouette, crachent le feu sur le passé, marchent sur le fil de nouveaux espoirs. Ce bonheur-là n'est pas factice : ils se sont ralliés au Cirque du monde, une initiative sociale méconnue du Cirque du Soleil.

Par **Josée Descôteaux**

L'HOMME qui tient les ficelles de cette mission périlleuse et salutaire est psychologue. Michel Lafortune, qui a consacré la majeure partie de sa carrière au soulagement des tourments des adolescents et des jeunes, est depuis 1999 directeur du Cirque social créé en 1995 par le Cirque du Soleil. L'équipe qu'il dirige est responsable des programmes Cirque du monde, du cirque social en milieu scolaire et de la formation en cirque social. « Avec le Cirque du monde, nous nous servons du cirque comme outil d'intervention. Nous tentons notamment de développer l'estime de soi des jeunes en développant leurs habiletés », indique le psychologue.

Ainsi, en les faisant jongler, en leur enseignant d'audacieuses pirouettes élégantes ou en leur apprenant à cracher du feu, le Cirque du monde aide depuis 1994 des jeunes paumés d'une cinquantaine de communautés situées dans une vingtaine de pays, dont le Sénégal, le Brésil, la Belgique et le Canada. Évidemment, les athlètes professionnels qui partagent ainsi leur passion pour les arts du cirque ont beau tendre la main à leurs élèves, la sollicitude que leur cœur peut offrir ne suffit pas toujours pour interagir avec ces jeunes souvent dépourvus d'habiletés sociales. Le programme est donc mené de concert avec des organismes tels que Jeunesse du monde et Oxfam International. « Pour chaque atelier, les instructeurs sont accompagnés par un intervenant social local », précise Michel Lafortune.

Qui plus est, les artistes du cirque qui deviennent instructeurs auprès des jeunes de la rue, de même que certains intervenants sociaux, reçoivent depuis 2000 la formation en cirque social du Cirque du Soleil.

« Le but n'est pas de faire de ces jeunes des professionnels du cirque. Nous ne visons pas non plus la réinsertion ; nous voulons plutôt que les jeunes utilisent leur marginalité pour s'intégrer. Une nouvelle marginalité que nous créons avec eux, mais qui ne les exclura pas comme celle qui les avait mis jusque-là à l'écart de la société », explique le psychologue.

Les planches et la rue

Michel Lafortune n'a pas grandi parmi les cracheurs de feu ou les phoques qui font tourner des ballons sur leur nez avant de se retrouver dans la grande famille du Cirque du Soleil. Ce sont toutefois quelques jalons de son parcours étudiant et professionnel qui l'auront doucement mené à cette grande aventure. Tout a commencé en quatrième année du primaire. « J'ai joué dans une pièce et ça m'a marqué... j'ai donc fait du théâtre aussi au secondaire, puis au cégep », raconte le psychologue de 52 ans, originaire de Montréal.

La scène offrait au jeune Lafortune le plaisir de communiquer haut et fort tout en savourant mille et une interactions humaines. Mais il voulait également goûter le bonheur d'écouter pour aider : il s'est donc inscrit au baccalauréat en psychologie à l'Université du Québec à Montréal pour fina-



Le psychologue Michel Lafortune, directeur du *Cirque social*, créé en 1995 par le *Cirque du Soleil*.

lement le terminer à l'Université Laval. « Je me rappelle qu'il y a eu une grève. J'en ai profité pour monter une pièce écrite par quelqu'un de la communauté, avec des gens qui n'avaient jamais fait de théâtre », enchaîne le psychologue.

À la maîtrise, il voudra saisir l'occasion d'unir ses deux passions, le théâtre et la psychologie. D'abord en vain puisque le sujet de recherche qu'il proposait – l'utilisation du théâtre dans la thérapie – fut refusé. Le bachelier ambitieux ne perdait rien pour attendre. « J'ai fait mon stage au CLSC de Rivière-des-Prairies (Montréal), où j'ai mené un projet de pièce de théâtre avec l'école polyvalente du quartier », mentionne-t-il.

Sa vocation, aider les jeunes, il la forgera au cours de la décennie suivante, à titre de psychologue au Bureau de consultation jeunesse de Montréal. Il a notamment contribué à la mise sur pied d'un programme d'intégration – au moyen de travaux communautaires – pour les jeunes ayant commis un premier délit. En outre, plusieurs travailleurs de rue, travailleurs sociaux, infirmières et autres intervenants de la santé, de même que des parents et des enseignants, ont profité de son

expertise dans le cadre de formations sur le travail auprès des jeunes ou lors de conférences. « J'en ai donné (des conférences) des centaines, partout au Canada, surtout sur le sujet des changements des valeurs des jeunes et l'impact de ces changements sur les parents », précise Michel Lafortune.

Il a poursuivi ce travail en cabinet privé – offrant en plus de l'aide psychologique aux employés – pendant une dizaine d'années. Il a aussi conçu un guide d'animation pour les parents de la communauté algonquine du Grand Lac Victoria, où il a également prononcé des conférences. De plus, le directeur du Cirque social a été psychologue en milieu scolaire à temps partiel et professeur aux universités de Sherbrooke et de Montréal, où il enseignait notamment la prévention de la toxicomanie chez les jeunes.

Son grand saut professionnel dans le monde du cirque a eu lieu à la fin de 1999. « Le Cirque du monde était déjà en place, mais ses responsables avaient besoin de formation (en intervention psychologique) pour les instructeurs; alors, on m'a mis en contact avec des gens du Cirque. J'ai accepté et, petit à petit, on a formé le groupe que nous sommes actuellement et on a monté le programme », relate-t-il.

Aujourd'hui, le psychologue affirme avoir l'impression d'être le directeur général d'une école sur toute la planète...

Un nouveau départ

Pour les quelque 1 500 jeunes de 12 à 25 ans qui ont jusqu'ici fréquenté cette « grande école » planétaire du cirque (la durée de « séjour » varie beaucoup : de quelques jours à quelques mois), le Cirque du monde s'avère d'abord un refuge au sens propre du terme, souligne Michel Lafortune. « Et il s'agit même parfois de sécurité physique. Nous tentons aussi de créer un espace où ils sont respectés, et ouverts au plaisir », ajoute-t-il.

Le plaisir, certes; jongleries et pirouettes comportent une bonne part de ludisme. Toutefois, il en faut beaucoup pour surmonter le mal-être profond chez ces jeunes écorchés. Bon

nombre d'entre eux ont longtemps fait face au rejet et la situation peut être plus ardue lorsqu'ils sont affublés d'un handicap physique, comme l'obésité, signale le psychologue. « Nous leur apprenons notamment à se prendre un peu moins au sérieux, à rire un peu d'eux-mêmes. Mais nous travaillons aussi avec le corps; les jeunes qui ont vécu des abus, par



Photos prises lors d'ateliers du programme *Cirque du monde* dont M. Michel Lafortune est responsable.

LYNE CHARLEBOIS, PHOTOGRAPHE

exemple, et qui se sent « séparés » de leur corps doivent réapprendre à l'accepter », indique-t-il.

La partie est loin d'être gagnée, même si ce pas de géant est franchi. Intervenants et instructeurs tentent également d'inculquer l'autodiscipline à des jeunes qui bafouent toute autorité depuis belle lurette. Au dire de Michel Lafortune, trop de jeunes sombrent dans la dépression, notamment parce que les adultes qui les entourent ne sont pas assez exigeants à leur égard.

Qu'on ne s'y méprenne pas : le Cirque du monde est loin d'être une école de réforme. Les artistes en herbe ne sont pas contraints par une litanie de règlements. « Les règles s'imposent d'elles-mêmes, sans qu'il y ait de cadre imposé, affirme le directeur général du Cirque social. Par exemple,

un jongleur qui décide d'attendre après l'entraînement pour aller fumer son joint... il se détache ainsi peu à peu de ses habitudes. »

Puis, les habitudes néfastes laissent lentement la place à la découverte d'habiletés. Les jeunes qui font leur entrée au Cirque du monde goûtent d'abord à une panoplie de disciplines, avant de choisir celles qu'ils veulent pratiquer dans le cadre des ateliers. Ceux-ci durent généralement deux heures et demie et ont lieu deux fois par semaine pendant quelques mois de l'année. Outre les répétitions de leur art – jonglerie, équilibre, sauts – les jeunes participent à divers jeux et exercices souvent empruntés à la formation des gens de théâtre. « Ainsi, nous faisons parfois l'exercice suivant : les jeunes doivent montrer la photo qui est pour eux la plus importante et expliquer ce que celle-ci leur inspire. Ils miment ensuite ce sentiment et nous tentons de le convertir en mouvement qui pourrait être inclus dans une chorégraphie », explique le psychologue en mentionnant que ce type de jeu comporte des vertus thérapeutiques, tout en titillant la créativité des participants.

Ces activités favorisent l'inclusion de tous les jeunes du groupe, assure Michel Lafortune. « Il ne faut pas exclure certains d'entre eux; peu importe quelle sera leur contribution, nous trouvons toujours une façon de les inclure sur ou derrière la scène lorsque nous montons des numéros. »

Ce n'est pas la consécration publique qui attend ces nouveaux artistes de cirque, du moins au Québec. Les spectacles sont présentés à un public très restreint composé essentiellement des proches des participants, « d'abord en raison de la nécessaire confidentialité associée à la participation de ces jeunes, mais aussi du stress induit que cela pourrait engendrer ».

Cependant, dans certains endroits, comme dans les pays d'Afrique, les représentations ont souvent lieu devant un plus large public, en plein air.

De Santiago à Drummondville

Guy Laliberté jonglait déjà depuis un certain temps avec l'idée de lancer son cirque dans

une mission sociale lorsque des instructeurs brésiliens de soccer œuvrant auprès des jeunes lui ont proposé leur collaboration. Le Cirque du Soleil a donc ainsi emboîté le pas au Brésil en 1994, en créant le Cirque du monde, qui comprend aujourd'hui près de 50 communautés dans le monde.

À Montréal, l'équipe du Cirque social dirigée par Michel Lafortune gère le programme Cirque du monde au Canada, en Amérique latine, en Afrique et au Moyen-Orient. Au Canada, outre à Montréal, il est présent à Québec, Sherbrooke, Victoriaville et Drummondville, mais également dans certaines communautés du Nunavik et de la nation atikamekw, au Québec. « Nous travaillons avec Jeunesse du monde et Oxfam, qui pour leur part sont en contact avec les organismes jeunesse des pays susceptibles d'être des partenaires », précise le psychologue, qui prononcera une conférence sur le cirque social dans le cadre du Congrès de la Société internationale de psychiatrie et de psychologie de l'adolescent à Montréal en juillet.

Enseigner les rudiments du trampoline, du trapèze ou des échasses tout en partageant sa passion pour ces disciplines n'est pas aisé lorsque les élèves sont des jeunes de la rue. C'est pourquoi le Cirque du Soleil a mis sur pied, en 2000, un programme de formation destiné à développer les compétences pédagogiques des instructeurs de cirque social : ils sont plus de 1 000 à avoir participé à ces formations. « Nous en donnons environ 14 par année. Nous devons structurer la formation de façon à respecter les standards éthiques, c'est-à-dire qu'après avoir identifié des éléments communs aux différents pays, nous devons adapter certains

aspects (de la formation) à quelques-uns de ces pays », dit Michel Lafortune.

Sans compter le fait que l'équipe du Cirque social a collaboré au programme de formation de cirque social (d'une durée de 360 heures) de l'École nationale de cirque du Canada ainsi qu'à la création et à l'animation du Réseau international de formation en cirque social, qui compte trois écoles internationales. Et ce n'est pas tout : « Il existe maintenant une formation collégiale d'instructeur pour cirque social », d'ajouter le directeur, avec un brin de fierté dans la voix.

À l'ombre du grand cirque

Elles sont flamboyantes. Le monde entier peut admirer depuis longtemps les prouesses des artisans du Cirque du Soleil, dont la renommée est ainsi devenue planétaire. Pourtant, le travail colossal accompli par les jeunes et les instructeurs du Cirque du monde ne profite pas du même rayonnement. C'est que son instigateur, Guy Laliberté, ne souhaitait pas que l'engagement social de son cirque devienne un outil de mise en marché, indique Chantal Côté, attachée de presse du Cirque du Soleil. « Il a choisi cette cause-là, les jeunes en difficulté, tout simplement. »

De toute façon, fait remarquer Michel Lafortune, le dessein des jeunes paumés qui se lancent dans le Cirque du monde n'a rien à voir avec une exhibition à grand déploiement. En fait, la seule représentation publique d'envergure à laquelle les jeunes participants peuvent prendre part a lieu une fois l'an, dans le cadre d'un grand spectacle réunissant les groupes de chaque pays. « Ceux qui le veulent font une présentation et, le soir, chaque pays présente ce

qu'il a préparé au cours de l'année », explique-t-il.

Et après? On découvre de futures vedettes de cirque? Les jeunes ne remettent plus les pieds dans les mauvais chemins de la rue et démarrent une nouvelle vie? Nous flottons là un peu trop près du rêve... En premier lieu, rappelle Michel Lafortune, une vedette du cirque doit, la plupart du temps, être d'abord un athlète pour parvenir à se hisser au sommet de sa discipline. D'autre part, le Cirque social n'a pas encore évalué l'impact de ses programmes. « C'est la prochaine étape », dit-il. Son équipe s'associera à des spécialistes dans le domaine de l'évaluation afin de mieux mesurer l'efficacité de son travail.

En attendant les rapports d'experts, le regard allumé du psychologue Michel Lafortune, lorsqu'il raconte les moments « immortels » de ses ateliers, suffit pour justifier l'existence du Cirque du monde. Comme cette fois où de jeunes Brésiliens ont déambulé sur scène en adoptant la démarche d'un adolescent handicapé de leur groupe, incluant ainsi ce mouvement dans leur chorégraphie; cette démarche différente constituait jusque-là un motif de rejet de la communauté, et voilà qu'elle devenait la raison d'une communion au sein d'un groupe.

Qu'importe alors le nombre de jeunes écorchés pour lesquels le Cirque du monde sera une bouée de sauvetage. Pourvu que la persévérance et la passion de Michel Lafortune et de son équipe ne s'étiolent pas, car même si l'équilibre est précaire quand les jeunes marchent sur un fil, l'espoir, lui, peut être immuable lorsqu'il soulève, tel le trapèze.

Josée Descôteaux est journaliste indépendante.

**INSTITUT DE
Psychothérapie
Corporelle
Intégrée**

www.institutpci.com

Montréal
(514) 383-8615

Exterieur de Montréal
1-877-383-8615

3503 Henri-Bourassa Est.
Bureau 301 Montréal (Qc)
H2B 1Y3

- Spécialisation pour professionnels
- Ateliers de développement
- Soirées d'information

Développée depuis 1985

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

Début de la formation

Montréal
13 septembre 2007

Soirées d'information

Montréal
Vendredi, 27 avril 2007
Jeudi, 14 juin 2007

Le travail avec la respiration, le mouvement, les frontières et la présence, dans le cadre de la relation thérapeutique permet de stimuler et de supporter une nouvelle expérience de Soi et du sentiment d'être vivant.

Programme privilège d'assurance
exclusivement réservé aux membres



Un partenariat de **choix**

L'**OPQ** a porté son choix sur La Capitale assurances générales afin de développer ensemble un programme privilège d'assurance unique qui vous en offre plus pour vos assurances automobile et habitation.

Économisez sur vos assurances

- 10 % pour votre automobile
- 10 % pour votre habitation

Offrez-vous l'assurance de la qualité

- Les meilleures protections sans frais supplémentaires
- CAP, un programme novateur d'assistance offert à tous nos assurés

Choisissez d'en avoir plus pour votre argent

Demandez-nous une soumission gratuite et sans aucune obligation.

Sans frais : 1 800 322-9226

Montréal : 514 906-2208

Québec : 418 266-9908



La Capitale
assurances générales

CABINET EN ASSURANCE DE DOMMAGES



Baby Blues

Quand l'accouchement devient source de stress et de tristesse

« MAL DE MÈRE » : réalités cliniques et aléas de la maternité

18



Par
Geneviève Sauvageau, Ph. D.

« La grossesse, du point de vue de la médecine psychologique, est l'événement le plus complexe de la vie humaine. »

(Brockington, 1996)

LES FEMMES sont plus à risque de développer une difficulté psychologique au cours des années entourant la maternité que durant toute autre période de leur vie, qu'il s'agisse de l'un des troubles dits typiques du *post-partum* ou de tout autre trouble mental se manifestant seul ou en co-morbidité. Jusqu'à 15 % des femmes peuvent être touchées par une dépression *post-partum* et 5 % d'entre elles présentent des symptômes sévères. La grossesse ne protège pas non plus contre la dépression, avec un risque correspondant au taux habituel chez les femmes (environ 10 %) et une prévalence des symptômes dépressifs, qui augmentent dès le troisième trimestre de la grossesse. La période périnatale, c'est-à-dire de la conception jusqu'à deux ans après l'accouchement, comporte d'autre part un risque élevé d'exacerbation ou de rechute d'un trouble mental existant. Ces « maux de mères », s'ils sont souvent méconnus, sont pour la majorité sérieux et peuvent avoir des conséquences dramatiques, tant pour les femmes elles-mêmes que pour l'ensemble de la cellule familiale et l'enfant en développement. Le présent article se veut un survol de la réalité diagnostique, étiologique et clinique sous-jacente aux complications psychologiques de la grossesse et du *post-partum*.

Les troubles dits typiques du *post-partum*

Les troubles dits typiques du *post-partum* réfèrent aux *blues*, à la dépression et à la psychose *post-partum*. Les *blues* correspondent aux symptômes dépressifs légers et transitoires touchant jusqu'à 80 % des femmes, par définition, dans les deux premières semaines suivant l'accouchement. Typiquement, l'humeur est triste et variable, alternant des périodes d'euphorie avec de l'hyperémotivité, de la fatigue, de l'irritabilité et un manque de confiance en soi. Ces symptômes sont normaux et concordent avec une forte chute hormonale et une période de stress et de fatigue accrus. Chez 20 % des femmes toutefois, la présentation clinique évoluera vers des symptômes plus sévères répondant aux critères habituels d'une dépression majeure, tout en comportant des variations normalement attendues en *post-partum* : fatigabilité, réveils liés aux boires du nouveau-né, fluctuation du poids. Parmi les particularités teintant le portrait clinique, on note des sentiments marqués de honte et de culpabilité, des ruminations quant à la compétence maternelle, la fréquence des idées suicidaires et la potentialité de symptômes psychotiques liés à un danger pour la mère et l'enfant.

La psychose *post-partum* consiste en une désorganisation marquée de la pensée, du langage et du comportement associée à une absence d'*insight* sur les symptômes et la maladie (Sit, Rothschild et Wisner, 2006). Elle connaît le plus souvent un début rapide au cours des deux premières semaines suivant l'accouchement et touche de 0,1 à 0,2 % des femmes, ce qui représente un risque 16 fois plus élevé qu'à tout autre moment dans leur vie. Sa prévalence est beaucoup plus élevée chez les femmes atteintes de la maladie bipolaire, d'autant plus lorsqu'il y a présence d'un historique familial en ce sens (risque évalué à plus de 30 %). La probabilité de récurrence

Moment de grande plénitude et de bonheur pour la majorité des mères, l'accouchement devient parfois synonyme de dépression et de stress intense pour certaines. En plus d'être rongée par la culpabilité, la mère dépressive doit chercher les ressources pouvant l'aider à remonter la pente. De plus en plus de psychologues se penchent sur les phénomènes liés à la périnatalité dans le but d'offrir des services spécialisés aux mères en détresse. Cinq d'entre eux ont accepté de nous faire part de leurs travaux et de leurs réflexions sur des aspects particuliers de l'accouchement : la dépression postnatale, la réalité des femmes immigrantes, le deuil périnatal, le post-partum et le développement de l'attachement.

d'une psychose *post-partum* est substantielle, avec un taux de rechute allant jusqu'à 50 % lors d'une grossesse subséquente. On la considère comme une urgence psychiatrique de premier ordre nécessitant une intervention rapide et, le plus souvent, une hospitalisation. Les indices cliniques à surveiller incluent un affect étrange et dissonant, de l'isolement, des hallucinations et des délires impliquant ou pas l'enfant, des gestes incompétents et étranges, de la confusion, de l'immobilisme ou, inversement, une humeur labile, irritable et excessive, un niveau d'activité anormalement élevé et un discours rapide présentant une fuite des idées et des associations (Brockington, 1996). Il s'agit le plus souvent d'une manifestation de la maladie bipolaire (au moins 75 % des cas), bien que les symptômes puissent aussi s'apparenter à une dépression sévère ou à un trouble psychotique primaire tel que la schizophrénie.

Les « maux » des mères anxieuses

Quoique plus souvent passés sous silence, les troubles anxieux sont fréquents durant la période périnatale et peuvent porter sur des thèmes à contenus spécifiques. Le trouble obsessionnel-compulsif se manifestant en *post-partum* est souvent caractérisé par l'apparition d'obsessions associées à une crainte phobique de faire du mal à l'enfant. Dès la période prénatale, il est aussi possible d'observer des compulsions plus typiques d'ordre et de propreté ainsi que d'autres thèmes obsessionnels tels que la crainte d'une dysmorphie corporelle, la jalousie conjugale et des préoccupations obstétricales excessives et récurrentes (Brockington, 2004). Le trouble de stress post-traumatique est plus fréquent à la suite de complications obstétricales ou d'un accouchement difficile accompagné d'un sentiment de perte de contrôle, d'une souffrance aiguë et d'une crainte de mourir (Reynolds, 1997). Les grossesses subséquentes peuvent de plus venir activer ou réactiver les traumatismes vécus lors d'une première grossesse : mortalité néonatale, fausses-couches, etc. Fréquent en *post-partum*, le trouble d'anxiété généralisée est pour sa

part souvent associé à des inquiétudes portant sur la compétence maternelle, les soins à l'enfant, l'avenir et la sécurité de la famille. Similairement, les mois suivant l'accouchement constituent une période de vulnérabilité pour l'émergence ou l'aggravation du trouble panique avec ou sans agoraphobie.

Les autres alertes cliniques

Le spectre complet des troubles psychologiques peut compliquer la période périnatale. Notamment, la maladie bipolaire constitue un risque particulièrement élevé : plus de 30 % des femmes qui en sont atteintes présenteront les premières manifestations en *post-partum* et entre 25 et 40 % des femmes déjà diagnostiquées feront une rechute en *post-partum*, qu'il s'agisse d'un épisode dépressif, de manie franche, ou encore de symptômes mixtes ou psychotiques (Hunt et Trevor, 1995). On note en outre généralement plus de complications obstétricales, plus d'avortements spontanés et plus de décès néonataux chez les femmes connues en santé mentale (Mowbray et coll., 1995). En effet, les risques de dommages au fœtus au cours de la gestation sont plus élevés dans le cas d'abus de substances ou de toutes autres problématiques sérieuses en santé mentale. De même, les femmes souffrant d'un trouble de l'alimentation affichent une image corporelle fragile et sont plus à risque d'opter pour des choix alimentaires ne satisfaisant pas à leurs besoins propres et à ceux de l'enfant. Les troubles de la personnalité, dont le trouble de personnalité limite, parce qu'ils impliquent une perturbation de l'attachement et des relations chez l'adulte, risquent de leur côté de compromettre les compétences parentales et donc le développement social et affectif de l'enfant. On prêtera entre autres attention à des interactions mère-enfant caractérisées par un manque de cohérence, une difficulté à saisir les besoins de l'enfant, une instabilité de la réponse affective, une symbiose relationnelle, ou encore, de la colère ou du désintéressement envers l'enfant.



Des répercussions majeures

On reconnaît de plus en plus que les effets d'un trouble psychologique durant la période périnatale peuvent s'avérer dévastateurs et persister plusieurs années durant en l'absence d'un traitement approprié. Le potentiel suicidaire chez la mère est élevé dans l'année suivant l'accouchement, allant jusqu'à représenter la cause première de décès maternel. Chez les femmes connues en santé mentale, le taux de suicide serait jusqu'à 70 fois plus élevé en *post-partum* que pendant toute autre période de leur vie (Oates, 2003). De même, il existe un potentiel d'infanticide non-négligeable et requérant la mise sur pied d'une intervention rapide et efficace. La psychose *post-partum*

représente en elle-même un risque suicidaire évalué à 2 % et un risque élevé d'atteinte au nouveau-né. Les troubles mentaux périnataux ont de plus été associés à une difficulté d'attachement à l'enfant, au retrait social de la mère, à l'émergence d'autres problèmes en santé physique ou mentale (par exemple, une dépression chez le père), à des soins au nouveau-né défailants, à une incapacité à réintégrer le marché du travail, à des difficultés financières, à des problèmes conjugaux et, éventuellement, à la rupture de l'équilibre familial. Les problèmes psychologiques chez la mère, dont la dépression maternelle, risquent aussi d'engendrer des conséquences pour l'enfant telles qu'une perturbation de l'attachement, des déficits cognitifs et langagiers, des problèmes comportementaux et un risque plus grand de développer une dépression ou toute autre difficulté en santé mentale au long cours.

Des racines étiologiques multiples

Aucune cause isolée ne semble liée à l'émergence d'un problème psychologique durant la période périnatale. Par-delà des variations hormonales et physiologiques nombreuses et souvent dramatiques, on reconnaît que des facteurs tels que la culture dominante, le statut socio-économique, le soutien social et la situation conjugale jouent un rôle dans l'étiologie des troubles psychologiques périnataux. Une dépression ou de l'anxiété prénatale – ou une combinaison des deux –, un stress de vie majeur durant la grossesse ou tôt en *post-partum*, un réseau de soutien social insuffisant et des antécédents personnels de dépression contribuent tout particulièrement à une vulnérabilité accrue à la dépression *post-partum* (Robertson et coll., 2004). Des antécédents personnels et familiaux en santé mentale, pour ce qui est entre autres la maladie bipolaire, ont aussi été mis en cause dans l'émergence de troubles psychologiques durant la grossesse et en *post-partum*. Le psychothérapeute devra de même s'inquiéter des « fantômes de la pouponnière », soit les antécédents de relation difficile à la mère ou encore un historique de traumatisme personnel, relationnel ou familial. En parallèle, plusieurs autres éléments peuvent venir colorer le portrait clinique et devront être pris en compte lors de l'évaluation : les complications obstétricales et les traumatismes liés à l'accouchement, une insatisfaction ou un dysfonctionnement conjugal, un sentiment d'incompétence maternelle, des antécédents de dysphorie menstruelle et prémenstruelle, une perception négative de la grossesse et de la maternité, une faible estime de soi, une grossesse non planifiée ou non désirée, une grossesse chez une mère adolescente, un style de gestion du stress défailant, un long délai entre le désir d'enfant et la conception, des attentes élevées envers la maternité, un mode de conception *in vitro*, la dépression ou autre trouble psychologique chez le père, la présence de plusieurs enfants en bas âge à la maison, les problèmes de santé chez le nouveau-né, un

Centre de santé et de services sociaux
Lucille-Teasdale

Psychologue
Santé mentale, adultes - CLSC de Rosemont

Pour un poste temporaire de 7 mois (remplacement)
Horaire : temps plein
Lieu de travail : CLSC de Rosemont
Date d'entrée en fonction : 15 mai 2007
Salaire horaire entre 19,66 \$ et 37,27 \$

Mandat : Assume la responsabilité de concevoir et exercer des activités d'évaluation, d'orientation, de consultation et de traitements psychologiques adaptées aux besoins de la clientèle adultes en santé mentale tant au niveau individuel, de groupe ou communautaire.

Exigences :

- Détenir un diplôme universitaire de deuxième cycle en psychologie
- Membre de l'Ordre des psychologues du Québec
- Expérience pertinente auprès d'une clientèle adultes présentant des problèmes de santé mentale
- Très bonne connaissance des tests pour l'évaluation des troubles affectifs, cognitifs et développementaux
- Habile à communiquer et à partager ses connaissances avec l'équipe interdisciplinaire
- Capacité de travailler en équipe interdisciplinaire.

Les personnes intéressées doivent faire parvenir leur curriculum vitae, en précisant le titre du poste, au Secrétariat à la dotation, CSSS Lucille-Teasdale, 3095, rue Sherbrooke Est, Montréal (Québec) H1W 1B2
Téléphone : (514) 523-1173 poste 5333. Télécopieur : 514 528-2702.
Courriel : dotation.lteas@sss.gouv.qc.ca.

*Le CSSS respecte l'équité en matière d'emploi.
Nous ne communiquerons qu'avec les personnes dont la candidature est retenue.*

tempérament difficile chez l'enfant, la monoparentalité, les naissances multiples, la naissance d'un premier enfant et une situation financière précaire.

Vers un suivi psychologique adapté

À la maternité correspond une fenêtre ouverte sur le changement, pavant la voie à la prévention, au dépistage et à la mise sur pied d'un plan d'intervention précoce. Cette transition majeure dans la vie d'une femme est en effet caractérisée par la fréquence des contacts auprès des services de santé, mais aussi par une motivation souvent intrinsèque à changer. Lorsqu'elles demandent une consultation, les mères ont en tête non seulement leur souffrance, mais aussi le bien-être de leur enfant, l'équilibre familial et le développement de leur compétence parentale. Il en découle néanmoins un défi de taille pour le thérapeute étant donné le nombre d'acteurs pouvant être impliqués et la spécificité propre à l'intervention durant cette période de transition. Les quatre axes suivants résumant les particularités cliniques sous-jacentes au travail auprès des femmes et des familles durant la période périnatale :

L'évaluation doit être exhaustive et prudente, incluant une évaluation de l'historique de grossesse, du risque suicidaire et des dangers pour l'enfant. Il importe en ceci de bien connaître les grands diagnostics et les facteurs de risque, et de demeurer attentif aux signes de décompensation psychotique, aux antécédents en santé mentale, aux fluctuations de l'humeur et aux indices précurseurs de la maladie bipolaire. La relation mère-enfant peut aussi devoir être surveillée, en particulier tout indice suggérant une perturbation du lien d'attachement au nouveau-né (interactions négatives ou non-réciproques, une tenue de l'enfant distante ou étrange, peu ou pas d'interactions actives et stimulantes, une incapacité à calmer l'enfant ou une absence de tentative pour le faire, etc.).

L'intervention doit être sensible à la réalité périnatale, c'est-à-dire être davantage flexible et pragmatique, adaptée aux besoins des mères et des familles, souvent prolongée, et visant une rémission totale des symptômes de par les répercussions potentielles en jeu. La relation à l'enfant et le vécu familial constituent des soucis réels, ce qui suppose que le conjoint et l'enfant peuvent devoir régulièrement être accueillis lors des entrevues.

Le travail implique fréquemment une collaboration active avec les autres intervenants du réseau et une bonne connaissance des ressources existantes dans sa région est requise (CLSC et CSSS, DPJ, services communautaires, médecins généralistes et spécialistes, etc.). Un contact avec le médecin de famille ou le psychiatre est souvent indiqué afin d'établir le diagnostic différentiel et d'explorer l'à-propos et les risques d'introduire ou de maintenir une médication.

Parce qu'il joue un rôle psychoéducatif central, le psychologue doit idéalement posséder certaines connaissances ou ne pas hésiter

à en acquérir en matière de développement de l'enfant, en lien avec les troubles de la petite enfance, les dynamiques familiales, l'évaluation de la compétence parentale, les risques associés aux principaux diagnostics connus, l'évolution des troubles mentaux périnataux dans le temps et les subtilités reliées à la pharmacothérapie durant la grossesse et l'allaitement.

Le désir d'enfant chez la femme figure parmi les instincts les plus forts et les plus universels. Cette aspiration n'est toutefois pas sans risque et la transition vers la maternité peut signifier l'émergence ou l'aggravation de difficultés sur le plan de la santé mentale chez certaines femmes plus vulnérables. Les soins psychologiques à apporter aux mères et aux familles durant la période périnatale comportent des particularités parfois déterminantes afin d'assurer la qualité des services rendus. Les enjeux sont en effet ici majeurs, puisqu'il s'agit non seulement de contribuer à rétablir la santé mentale de la mère, mais aussi de préserver l'équilibre familial tout en favorisant le développement de l'enfant en devenir.

Geneviève Sauvageau, psychologue, est professeure clinique affiliée à l'Université Laval. Elle offre depuis 2005 des services professionnels au sein du programme-clientèle surspécialisé en psychiatrie périnatale développé au Centre hospitalier Robert-Giffard, Institut universitaire en santé mentale à Québec.

Références

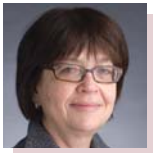
- Brockington, I. F. (1996). *Motherhood and mental health*. New York : Oxford University Press, 612 p.
- Brockington, I. F. (2004). « Postpartum psychiatric disorders. » *The Lancet*, 363, p. 303-310.
- Hunt, N. et Trevor, S. (1995). « Does puerperal illness distinguish a subgroup of bipolar patients? » *Journal of affective disorders*, 34, p. 101-107.
- Mowbray, C.T., Oyserman, D., Semencuk, J.K., et Ross, S.R. (1995). « Motherhood for women with serious mental illness : pregnancy, childbirth and the postpartum period ». *American Journal of Orthopsychiatry*, 65 (1), p. 21-38.
- Oates, M. (2003). « Perinatal psychiatric disorders : a leading cause of maternal morbidity and mortality ». *British Medical Bulletin*, 67, p. 219-229.
- Reynolds, J.L. (1997). « Post-traumatic stress disorder after childbirth : the phenomenon of traumatic birth ». *Canadian Medical Association Journal (CMAJ)*, 156, p. 831-835.
- Robertson, E., Grace, S., Wallington, T., et Stewart, D.E. (2004). « Antenatal risk factors for postpartum depression : A synthesis of recent literature ». *General Hospital Psychiatry*, 26 (4), p. 289-295.
- Sit, D., Rothschild, A.J., et Wisner, K.L. (2006). « A review of postpartum psychosis ». *Journal of Women's Health*, 15 (4), p. 352-368.

Ressources informatiques

- www.depressionafterdelivery.com
www.womensmentalhealth.org
www.motherisk.org
www.postpartumstress.com
www.postpartum.net



La santé mentale des immigrantes enceintes



Par
Phyllis Zelkowitz, D. Éd.

LA GROSSESSE et l'accouchement sont des étapes de développement normales dans la vie de la plupart des femmes. La transition à la condition parentale entraîne des changements à l'égard du rôle social et de la quête de soi; ce processus peut engendrer une vaste gamme de réactions, malgré les attentes culturelles selon lesquelles la grossesse et la période *post-partum* devraient être un moment de bien-être émotionnel pour la mère. La nature exigeante et restreignante des soins aux nourrissons, avec laquelle certaines femmes doivent composer sans le soutien d'un conjoint ou de parents, peut déclencher des symptômes dépressifs. En plus d'avoir à surmonter ces défis, les femmes immigrantes et réfugiées doivent faire face aux stress de l'immigration, incluant les préoccupations financières, l'isolement social ainsi que la séparation d'avec la famille élargie, la discrimination, la difficulté à communiquer dans la langue du pays d'accueil et l'ignorance des pratiques médicales locales. Les femmes réfugiées peuvent être particulièrement vulnérables parce qu'en plus de vivre le stress commun à de nombreux immigrants certaines peuvent avoir subi des traumatismes graves, dont la torture, le viol et le décès d'un conjoint, d'enfants et d'autres membres de la famille (Mulvihill, Mailloux et Atkin, 2001).

Les résultats des recherches suggèrent que les immigrantes enceintes courent un risque élevé de faire une dépression pendant leur grossesse et la période *post-partum* (Glasser *et al.*, 1998; Onozawa, Kumar, Adams, Dore et Glover, 2003; Small, Lumley et Yelland, 2003; Sword, Watt et Krueger, 2006; Zelkowitz, 1996; Zelkowitz *et al.*, 2004). Cependant, les immigrantes ne souffriront pas toutes de problèmes de santé mentale pendant la grossesse et après l'accouchement; notre recherche avait pour but de déterminer les facteurs de risque psychosociaux particuliers reliés à la dépression chez les immigrantes enceintes.

Des participantes ciblées

Un échantillon de la collectivité composé de 119 immigrantes a été recruté par l'intermédiaire de services d'obstétrique de deux hôpitaux montréalais. Toutes les femmes étaient âgées d'au moins 18 ans, et avaient immigré au Québec à titre d'adulte ou de partenaire conjugal. Les deux tiers de l'échantillon se composaient de nouvelles

immigrantes résidant au Québec depuis moins de cinq ans. Les participantes à l'étude parlaient 29 langues et étaient originaires de 44 pays. Cependant, la plupart parlaient l'anglais ou le français à leur arrivée au Québec. Le groupe plus important provenait des pays du Moyen-Orient ou de l'Afrique du Nord (33 %); les autres venaient de l'Europe (17 %), de l'Asie (15 %), de l'Amérique latine (14 %), de l'Afrique (13 %) et des Caraïbes (8 %). Presque toutes étaient mariées ou vivaient avec un partenaire (94 %). Les femmes ont été recrutées au cours de leur second trimestre de grossesse et ont fait l'objet d'un suivi jusqu'à deux mois après l'accouchement. Les participantes ont été interrogées à la maison, en anglais (29 %), en français (60 %) ou en espagnol (10 %).

Des questions pertinentes

La recherche sur la dépression *post-partum* chez les femmes non immigrantes a guidé la sélection des facteurs de risque à étudier. Ces facteurs sont notamment le soutien social, les événements stressants de la vie et la satisfaction à l'égard des relations matrimoniales. Nous avons également posé des questions aux femmes au sujet des expériences traumatisantes qu'elles avaient vécues avant l'immigration. Pour évaluer la dépression, nous avons utilisé l'échelle EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale) (Cox, Holden et Sagovsky, 1987). Il faut environ cinq minutes pour évaluer les 10 énoncés de l'échelle et interroger la mère au sujet de ses émotions au cours des sept derniers jours; la mère évalue chaque énoncé sur une échelle de quatre points. Les énoncés portent sur l'humeur dépressive, l'anhédonie, la culpabilité et les pensées d'automutilation. L'échelle EPDS a été grandement utilisée pour évaluer les symptômes dépressifs au cours de la grossesse et de la période *post-partum* dans les cultures occidentales et orientales (Cox et Holden, 1994). Les femmes qui ont obtenu un pointage supérieur au point de découpage de 12 sont des cas probables de dépression. Étant donné que des recherches transculturelles suggèrent que dans de nombreuses cultures non occidentales la dépression s'exprime par des symptômes somatiques, il était important d'inclure l'évaluation des symptômes physiques et de l'état fonctionnel ainsi que des symptômes de dépression.

Des résultats concluants

Prévalence de la dépression

Au cours de la grossesse, 42 % des femmes ayant participé à notre étude ont obtenu un pointage élevé dans l'échelle EPDS, et deux mois après l'accouchement, 38 % des femmes étaient dépressives. Ces taux contrastent brutalement avec un taux de prévalence de la dépression de 12 % chez les femmes enceintes non immigrantes (Matthey,

Barnett, Ungerer et Waters, 2000) et de 13 % dans les échantillons de femmes de la communauté ayant accouché (O'Hara, 1995). Le degré élevé de détresse a été corroboré par la déclaration de nombreux symptômes somatiques et un état fonctionnel faible parmi les femmes dépressives. Les symptômes somatiques déclarés par les femmes enceintes n'étaient généralement pas reliés à la grossesse; la prévalence des nausées, des vomissements et de la fatigue était semblable chez les femmes déprimées et les femmes non déprimées, mais les femmes déprimées déclaraient plus souvent souffrir de vertiges, de syncopes et de problèmes de mémoire. Les facteurs émotionnels peuvent avoir joué un rôle dans le développement de ces symptômes.

Facteurs de risque

Les facteurs démographiques comme l'âge à la maternité, la parité, l'éducation et la profession n'étaient pas reliés à des symptômes dépressifs au cours de la grossesse et après l'accouchement. Les immigrantes arrivées au pays au cours des cinq dernières années étaient plus susceptibles d'être déprimées que celles qui résidaient au Québec depuis une plus longue période. Les femmes qui ont déclaré avoir vécu des expériences traumatisantes dans leur pays d'origine, comme des problèmes avec la police ou l'armée, ou celles dont des membres de la famille avaient été blessés ou emprisonnés étaient plus susceptibles de souffrir de dépression *post-partum*. Les événements stressants de la vie étaient communs parmi les femmes déprimées; en plus des problèmes financiers et des difficultés vécues au travail ou à l'école, elles subissaient également un stress associé à l'immigration, à savoir de la discrimination et des préjugés.

Le manque de soutien social et l'insatisfaction à l'égard des relations matrimoniales étaient également reliés à la dépression des immigrantes enceintes. Le réseau social décrit par les femmes déprimées comportait moins de femmes, moins de membres de la famille et moins de personnes de leur propre groupe ethnique; elles ont également déclaré un niveau de satisfaction moindre et un besoin plus pressant de soutien social. Il est probable que dans leur pays d'origine elles auraient bénéficié du soutien et de l'aide d'autres femmes (des membres de la famille et des amies), surtout durant la grossesse et après l'accouchement. Un niveau plus élevé d'insatisfaction à l'égard des relations matrimoniales peut également mettre en évidence les changements qui surviennent dans les réseaux sociaux en raison de l'immigration. Les femmes qui avaient peu de famille ou d'autres femmes dans leur réseau pouvaient s'attendre à obtenir davantage de soutien de la part de leur mari, ce qui peut représenter un changement par rapport au rôle traditionnel du conjoint et donner lieu à des contraintes matrimoniales.

Des répercussions cliniques

Les conclusions de cette étude indiquent que les immigrantes enceintes présentent un risque élevé de souffrir de dépression. Les facteurs de risque associés à la dépression comprennent ceux qui se

retrouvent dans les études communautaires sur des femmes nées au pays, comme le stress de la vie, les problèmes matrimoniaux et le manque de soutien social ainsi que ceux qui sont spécifiquement reliés à l'immigration comme les traumatismes vécus avant l'immigration et la discrimination dans le pays d'accueil. Étant donné que les immigrantes sont nettement moins susceptibles que les personnes nées au pays de demander de l'aide pour des problèmes de santé mentale (Kirmayer, Galbaud du Fort, Young, Weinfeld et Lasry, 1997), il peut être essentiel de mettre sur pied des programmes de dépistage et d'approche pour déceler les immigrantes enceintes qui sont vulnérables à la dépression en raison de la présence de facteurs de risque psychosociaux. Puisque la grossesse et la période *post-partum* sont des moments où les femmes ont beaucoup de contact avec le système de santé, il s'agit d'une bonne occasion de dépister la dépression chez les femmes et d'intervenir au besoin.

Phyllis Zekowitz, psychologue, est directrice de recherche au département de psychiatrie de l'Hôpital général juif - Sir Mortimer B. Davis.

Remerciements : Cette recherche a été soutenue par la subvention numéro 3188 du Conseil québécois de la recherche sociale. Les chercheurs qui ont participé à cette recherche sont : Lilly Katofsky, M.S.S., Jean-François Saucier, M. Ps., Ph. D., Marta Valenzuela, Ph. D., et Ruta Westreich, M.A.

Références

- Cox, J. L. et Holden, J. (1994). *Perinatal psychiatry. Use and misuse of the Edinburgh Postnatal Depression Scale*. London, Gaskell.
- Cox, J. L., Holden, J. M. et Sagovsky, R. (1987). « Detection of postnatal depression : Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale ». *British Journal of Psychiatry*, 150, p. 782-786.
- Glasser, S., Barell, V., Shoham, A., Ziv, A., Boyko, V., Lusky, A. et al. (1998). « Prospective study of postpartum depression in an Israeli cohort : Prevalence, incidence and demographic risk factors ». *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 19, p. 155-164.
- Kirmayer, L. J., Galbaud du Fort, G., Young, A., Weinfeld, M. et Lasry, J. C. (1997). *Pathways and barriers to mental health care in an urban multicultural milieu : An epidemiological and ethnographic study*. (Rep. No. 6). Montréal, Culture and Mental Health Research Unit, Sir Mortimer B. Davis-Jewish General Hospital.
- Matthey, S., Barnett, B., Ungerer, J. et Waters, B. (2000). « Paternal and maternal depressed mood during the transition to parenthood ». *Journal of Affective Disorders*, 60, p. 75-85.
- Mulvihill, M. A., Mailloux, L. et Atkin, W. (2001). « Advancing policy and research responses to immigrant and refugee women's health in Canada ». The Centres of Excellence in Women's Health [en ligne].
- O'Hara, M. W. (1995). *Postpartum depression : Causes and consequences*. New York, Springer-Verlag.
- Onozawa, K., Kumar, R. C., Adams, D., Dore, C. et Glover, V. (2003). « High EPDS scores in women from ethnic minorities living in London ». *Archives of Women's Mental Health*, 6, s51-s55.
- Small, R., Lumley, J. et Yelland, J. (2003). « Cross-cultural experiences of maternal depression : associations and contributing factors for Vietnamese, Turkish and Filipino immigrant women in Victoria, Australia ». *Ethnicity & Health*, 8, p. 189-206.
- Sword, W., Watt, S. et Krueger, P. (2006). « Postpartum health, service needs, and access to care experiences of immigrant and Canadian-born women ». *JOGNN*, 35, p. 717-727.
- Zekowitz, P. (1996). « Childbearing and women's mental health ». *Transcultural Psychiatry Research Review*, 33, p. 391-412.
- Zekowitz, P., Schinazi, J., Katofsky, L., Saucier, J.-F., Valenzuela, M., Westreich, R. et al. (2004). « Factors associated with depression in pregnant immigrant women ». *Transcultural Psychiatry*, 41, p. 445-464.



Attachement et psychanalyse : un roman familial



Par
Irène Krymko-Bleton, Ph. D.

LA RECHERCHE expérimentale n'aime pas les paradoxes dont la psychanalyse abonde. Aucun psychanalyste ne pourrait admettre que les conditions contrôlées de l'expérimentation permettent à l'humain de révéler les aspects de sa nature alors que la clinique les expose. Pourtant, les recherches sur l'attachement tirent leurs origines du travail clinique d'un psychanalyste, John Bowlby, qui a marqué l'histoire des relations entre ces deux disciplines de son ambivalence. Tout en demeurant membre de la British Psychoanalytical Society jusqu'à sa mort en 1990, Bowlby a récusé avec une mauvaise foi surprenante les concepts psychanalytiques. La plupart des chercheurs en attachement ne connaissent la psychanalyse que par oui-dire, souvent caricatural ; la plupart des psychanalystes ignorent les développements contemporains de la théorie de l'attachement. Barrière linguistique (la psychanalyse française est pour ainsi dire méconnue chez les anglophones) et rivalités théoriques approfondissent le clivage. Je n'esquisserai ici que quelques aspects des conceptualisations psychanalytiques des débuts de la vie psychique.

Les débuts de la vie psychique

L'enfant naissant y est considéré non seulement comme attaché à sa mère, mais aussi comme immergé dans la matrice psychique de sa famille. L'enfant et sa mère sont en principe équipés pour maintenir après la naissance une unité duelle, non symétrique. L'enfant passe donc du ventre de la mère à ses bras et commence un long processus d'émergence psychique. Puisque sa mère représente son lien vital premier et que c'est encore elle qui assure la plus grande partie de ses soins, c'est par elle que passent vers lui les canaux principaux de communication. Néanmoins, la psychanalyse a toujours insisté sur l'importance de la triangulation (tout au moins psychique) de ces relations précoces.

La naissance amorce donc un long processus de séparation. Pour que ce processus puisse se dérouler sans traumatismes, il faut qu'il suive le rythme personnel de l'enfant. Si le monde extérieur est perçu trop tôt comme séparé et échappant à sa sphère d'omni-

tence, si l'enfant est renvoyé trop précocement à son impuissance, il élabore des stratégies protectrices qui peuvent se transformer en processus pathologiques.

La qualité des soins maternels

Contrairement donc à ce qui est habituellement avancé, la psychanalyse ne s'intéresse pas exclusivement à la vie fantasmatique du bébé. La qualité des soins maternels est considérée comme fondamentale dans la plupart des traditions psychanalytiques, depuis la première génération des élèves de Freud (notamment S. Ferenczi).

« Le potentiel inné d'un enfant ne peut devenir un enfant, s'il n'est couplé à des soins maternels » (Winnicott, 1960, p. 243). Lorsque la mère est empathique avec le bébé, les satisfactions instinctuelles (physiques) qu'elle lui procure renforcent son moi : le moi de la mère supplée alors à celui de l'enfant en le rendant puissant et stable. Puis le moi du bébé se libère progressivement de ce soutien. L'enfant parvient à se détacher de la mère sur le plan mental, c'est-à-dire à se différencier en un *self* personnel, séparé. Si les soins sont adéquats, l'enfant édifie le sentiment d'une continuité d'être et développe une personnalité saine. Si les soins sont inconstants ou ne sont pas basés sur l'empathie mais sur des connaissances acquises, la personnalité s'édifie sur des réactions à l'empiètement. Les mères qui ne sont pas capables de cette empathie ne peuvent pas être rendues bonnes par un simple effet d'apprentissage. C'est la personnalité profonde de la mère – qui s'exprime d'abord dans la communication non verbale – qui marque le développement du nourrisson.

La vie mentale et la représentation de soi en relation avec le monde extérieur débutent chez l'enfant lorsque les imperfections supportables dans l'adaptation de la mère aux besoins du bébé permettent l'instauration d'un état d'attente qui génère le souvenir des satisfactions passées. Le développement de la pensée permet alors au bébé d'évoluer en délaissant le principe de plaisir au profit du principe de réalité, l'autoérotisme au profit de relations objectives.

La vie psychique et la vie fœtale

Pour J.-M. Delassus, psychanalyste et phénoménologue français qui ancre une phénoménologie de l'esprit dans les réalités du développement neurosensoriel du fœtus, la vie psychique a son origine dans la vie fœtale. Le travail des sens, en œuvre avant la naissance, indiquerait après celle-ci une présence : « l'être de la mère venant signifier la

totalité originelle vécue jusqu'ici par l'enfant [...]. L'autre reflète la totalité; elle n'a d'ailleurs jamais été qu'un pur reflet, ainsi à la fois virtuelle et réelle. Mais, à l'homme suffit le reflet » (Delassus, 2001, p. 169-171).

Françoise Dolto, pédiatre-psychanalyste, a élaboré tout au long de sa pratique le concept d'« image inconsciente du corps » qui ancre le développement du fœtus et de l'enfant humain dans le projet et le désir des parents qui précèdent sa naissance. C'est là que s'enracine d'abord son narcissisme primordial, sorte d'intuition vécue de l'« être-au-monde » du fœtus dépourvu encore de possibilités d'expression. Le narcissisme assure ensuite le sentiment de continuité d'être soi-même tout au long de la vie, malgré les changements corporels et psychiques et les épreuves que la vie apporte. Le nourrisson humain est un être de communication et de langage. L'image inconsciente du corps est la représentation de soi en lien avec d'autres. « L'image du corps pouvant préexister, mais coexistant à toute expression du sujet, témoigne du manque à être que le désir vise à combler, là où le besoin vise à saturer un manque à avoir (ou faire) du schéma corporel » (Dolto, 1984, p. 37).

La présence tutélaire

Les aspects physiques et psychiques de personnes tutélaires sont assimilés au soi après la naissance et vont être progressivement différenciés au fur et à mesure du développement. Chaque étape du développement de l'image du corps constitue à la fois un gain (en autonomie, en capacités) et une séparation (d'avec certaines représentations de soi désuètes). Toute séparation qui dépasse la capacité du tout-petit de garder dans son esprit l'image vivante de sa mère en relation avec lui, toute modification majeure de l'environnement de l'enfant, tout passage d'un stade à l'autre de son propre développement doivent être soutenus par une présence tutélaire et exprimés par le langage. C'est la communication langagière avec l'enfant qui l'instaure dans la sécurité de la pérennité de son être et dans la société à laquelle il appartient. Avant que la parole lui soit accessible, l'enfant s'exprime par ses états corporels, ses attitudes, ses comportements. Son image du corps est d'abord consciente; elle devient progressivement inconsciente par suite du refoulement. Elle s'exprime et peut être décryptée grâce au schéma corporel qui se développe selon les lois de l'espèce et qui est donc le même pour tous les humains,

La théorie de l'attachement et la psychanalyse

La différence essentielle entre la théorie de l'attachement et la psychanalyse réside dans le fait que la première attribue l'activité initiale de l'enfant à des schémas comportementaux innés et réflexes (le schéma corporel) alors que la seconde cherche à expliciter la participation psychique subjective du nourrisson (l'image [inconsciente] du corps). Néanmoins les deux théories ont beaucoup en commun. Elles considèrent le nourrisson comme un partenaire actif des

échanges avec le monde extérieur et attribuent aux personnes tutélaires de l'enfant le pouvoir de créer des conditions de base nécessaires pour que l'enfant développe son potentiel.

La théorie de l'attachement démontre empiriquement l'importance du lien entre la mère et l'enfant. Les méthodes d'observation des bébés ont permis de confirmer l'idée avancée depuis longtemps par les psychanalystes que le bébé humain possède des capacités mentales relativement complexes. Les travaux de Mary Main qui montrent que la transmission transgénérationnelle des schémas d'attachement suit les mécanismes de la transmission fantasmatique tout autant que ceux d'une transmission cognitive; ceux d'Inge Bretherton et Mary Main, qui affirment que le développement de la fonction symbolique dépend de l'harmonie de l'interaction mère-nourrisson, amoindrissent aussi l'écart entre les deux théories.

Il existe certains échanges ou tentatives de rapprochement entre les deux approches. Ainsi la théorie de D.W. Winnicott, par son concept de « mère suffisamment bonne », fait partie des références des théoriciens de l'attachement même s'il semble qu'elle soit, dans son ensemble et dans sa complexité, tout autant méconnue que les autres élaborations psychanalytiques. Du côté de la psychanalyse, certains — comme Peter Fonagy, en Angleterre — sont engagés dans un effort soutenu de rapprochement entre les deux disciplines. Ils visent à faire tirer parti des apports réciproques de la clinique et de la recherche pour faire face à des pratiques sociales nuisibles. Frileusement confinée dans le désaveu de la psychanalyse, la théorie de l'attachement pourra-t-elle se dégager de liens qu'on pourrait sans doute comparer à un attachement évitant?

Irène Krymko-Bleton est psychanalyste et professeure au département de psychologie de l'Université du Québec à Montréal.

Références.

- Cassidy, J. et Shaver, P. (1999). *Handbook of attachment : Theory, research, and clinical applications*. New York, Guilford Press.
- Delassus, J.-M. (2001). *Le génie du fœtus*. Paris, Dunod.
- Dolto, F. (1984). *L'image inconsciente du corps*. Paris, Seuil.
- Fonagy, P. (2004). *Théorie de l'attachement et psychanalyse*. Ramonville, Érès.
- Winnicott, D.W. (1960). *The theory of the parent-infant relationship in maturational processes and the facilitating environment*. New York, International Universities Press.

« Tout ce qui est bon et tout ce qui est mauvais dans l'environnement de l'enfant n'est pas en fait une projection. Toutefois, paradoxalement, il est indispensable au développement normal de l'enfant que tout lui apparaisse comme une projection. »
D.W. Winnicott



Le deuil périnatal, un accompagnement particulier



Par
Nicole Reeves, D. Ps.

DANS un important département d'obstétrique, il se passe rarement une semaine sans que le psychologue soit demandé au chevet d'un couple anéanti par l'impensable : mort *in utero*, interruption thérapeutique de grossesse, mortinascence. Sidération, stupeur, panique, profonde douleur, perte des repères, sentiment d'irréalité sont autant de mots qui décrivent les premières émotions vécues par ces parents.

Cette clinique très singulière où vie et mort fusionnent ne peut s'appréhender qu'en recourant à la fois à la compréhension des mécanismes du deuil et de la psychologie de la maternité. Naissance et mort en simultané « mourir avant de n'être », comment les parents qui vivent la situation peuvent-ils intégrer psychiquement cette double pensée (Authier-Roux, 1990)?

Sophie dira à quel point tout était irréel au moment de l'accouchement. Elle se surprenait elle-même à ressentir de l'euphorie à l'idée de voir son enfant, pour aussitôt se ramener douloureusement à la raison, sans vraiment croire à la réalité de sa mort.

L'essentiel de la psychologie de la grossesse peut se résumer au trajet à accomplir entre le « Je suis enceinte », position éminemment narcissique, et le « J'attends un enfant », qui signe la différenciation, la reconnaissance de l'altérité (Beetschen et Charvet, 1978). Le deuil périnatal est compliqué par cette double position de l'enfant, à la fois partie de soi et autre.

Le modèle conceptuel d'Irving Leon

Le modèle élaboré par Leon (1990) tient compte non seulement de ces deux dimensions mais aussi des aspects développementaux et pulsionnels en cause dans ce deuil. Leon a aussi contribué de façon remarquable à la compréhension des enjeux psychiques dans le deuil périnatal, en le traitant comme une perte d'objet particulière du fait que l'enfant n'a pas vécu.

La dimension développementale

Les parents rencontrés décrivent avec beaucoup d'acuité le sentiment de vide, de stagnation, de non-accomplissement que leur laisse

l'arrêt brutal de leur devenir comme parents. À la douleur de la perte s'ajoute un sentiment d'isolement, une place non définie au sein des générations, de la famille, en particulier lorsqu'il s'agit d'un premier enfant. Ce phénomène se traduit chez de nombreuses femmes par le désir souvent obsédant d'être enceinte à nouveau, au plus vite. Il n'est pas rare non plus d'entendre des mères rapporter qu'elles sentent encore l'enfant bouger en elle.

Le travail d'accompagnement consiste ici à leur permettre de se réapproprié un tant soit peu leur rôle. Maria et Paulo, rencontrés à l'hôpital, se disaient « choqués » qu'on leur demande de prendre une décision quant aux dispositions à prendre concernant le corps de l'enfant. À la suite d'un long entretien, Paulo a saisi toute l'importance pour lui d'assumer pleinement sa fonction paternelle alors que sa femme était en proie à une grande sidération.

Louise, quant à elle, revue quelques mois après l'accouchement, exhibera de son portefeuille la photo de son enfant. Avec pudeur, gêne, hésitation, elle dira : « Je suis comme une vraie mère, j'ai la photo de mon enfant avec moi. » L'importance du choix des mots est ici capitale. Il était important de confirmer Louise dans son statut : elle était non pas « comme » une mère, mais bien la mère d'un enfant qui avait vécu en son sein.

La dimension pulsionnelle

La « gestation psychologique » est marquée à la fois par une réactivation des conflits psychiques et une importante régression orale (Deutsch, 1955). Cette régression est essentielle et saine pour permettre l'identification et les soins au bébé. Nourrir, bercer l'enfant permet à la mère de combler ses propres besoins infantiles réactivés par la grossesse. La perte du bébé dans cette perspective est une frustration profonde de cet appel à nourrir et donner, qui de façon vicariante comble la mère.

Françoise constate, quelques mois après avoir perdu son fils, qu'elle cherche à materner comme un nourrisson sa fille de trois ans et qu'elle se traite aussi elle-même comme un être fragile et vulnérable.

La grossesse réactive des conflits intrapsychiques tenus en veilleuse, en leur permettant de trouver une nouvelle solution au cours de la gestation. Parfois, les inquiétudes plus ou moins conscientes vécues par les mères vont être confirmées par la perte du bébé. Craintes d'être « une mauvaise mère », conflit, rivalité avec sa propre mère, etc. Il est dès lors essentiel d'entendre en filigrane ce qui a pu se jouer au niveau des conflits par rapport à la maternité

pour tenter de comprendre quelle signification inconsciente a pu être donnée à la mort de l'enfant.

La dimension narcissique

L'amputation d'une partie de soi, c'est-à-dire la promesse narcissique, est un des aspects les plus douloureux de cette perte. La grossesse comble intensément la mère; son arrêt entraîne donc d'importantes blessures narcissiques : sentiment de castration, rappel brutal de notre finitude, échec de l'identification maternelle positive, etc.

Pour Delaisi de Parseval (1997), la mort périnatale est intolérable par rapport au sentiment d'omnipotence vécu par la femme enceinte. La culpabilité écrasante vécue par la mère est à la mesure de la toute-puissance ressentie durant la grossesse.

L'écoute attentive des autoaccusations des mères nous enseigne bien comment ce faisant elles tentent de reprendre la maîtrise de la situation. « Si j'avais fait ceci..., si je n'avais pas fait cela... » Cette culpabilité est aussi extériorisée sous forme de rage. Ainsi, omnipotence, culpabilité et colère forment une triade qui ne sera soulagée qu'avec l'acceptation de l'impuissance.

La clinique nous a enseigné que les tentatives pour reprendre la maîtrise s'expriment parfois sous forme de symptômes anxieux tels que l'hypocondrie, des obsessions, des attaques de panique, une attitude surprotectrice avec les autres enfants de la famille. Quant au père, il est profondément blessé narcissiquement au niveau de la fonction contenante (Delaisi de Parseval, 1997). Il n'a pas réussi à protéger femme et enfant. L'impuissance est vivement ressentie et manifestée le plus souvent sous forme de colère très vive.

En psychothérapie, le travail de réparation narcissique s'avère ardu; il peut toutefois être amorcé par la rencontre avec l'enfant : le voir, le toucher, le présenter aux proches, partager à son sujet. Les parents cherchent des points de ressemblance chez le père, la mère, les frères et sœurs; se reconnaître dans l'enfant aide à faire le deuil de cette partie de soi.

La dimension objectale

Le travail de deuil conceptualisé par Freud est le travail psychique opérant à partir de certaines traces laissées par le mort et que l'endeuillé reprend et rejette. Le deuil périnatal ne pourra s'opérer sur cette base puisqu'il s'agit du deuil du futur, d'une vie restée en puissance. Le thème du non-accomplissement est central et complexifie le travail; il faut faire le deuil prospectif d'une relation à venir. Les dates d'anniversaire de naissance et de décès jalonnent la vie devant soi et les projets dans le temps rendent le souvenir de cette perte constamment présent. De plus, il existe peu, voire aucun souvenir tangible de la vie de l'enfant.

Il est essentiel de reconnaître la réalité de l'existence de l'enfant pour être capable d'appréhender la réalité de sa mort. L'individuation est nécessaire à la séparation. Le travail en psychothérapie permet, par la parole, le tiers, d'élaborer cette séparation.

Nathalie consulte à la faveur d'une nouvelle grossesse. Elle a perdu une fille à terme, plusieurs mois auparavant. Cette nouvelle grossesse est vécue dans l'angoisse, mais surtout elle ravive son chagrin avec force. Nathalie ressent, de façon impérieuse, le besoin de parler de l'enfant morte, de la pleurer, ce dont son entourage la dissuade. Elle croyait bien avoir pu se séparer d'elle, mais force est de constater qu'elle « la porte encore » d'une certaine façon. L'échographie révèle qu'elle attend un garçon. Décue, Nathalie se sent débordée par ce « trop plein d'amour » adressé à une fille. Comment accueillir ce garçon sans avoir le sentiment d'abandonner sa fille? Nathalie est invitée à parler de cette enfant non seulement pour mettre à distance sa souffrance, mais aussi pour se défaire du lien archaïque fusionnel.

Soulignons enfin le caractère traumatique, inattendu de cette tragédie. Elle entraîne une perte des repères. Pour ces parents qui survivent à un enfant qui aurait dû leur succéder, il y a rupture de la filiation, plus rien n'a de sens. La violence avec laquelle est reçu le diagnostic est telle que le déni se manifeste souvent bruyamment, mais parfois aussi de façon insidieuse.

Isabelle, impatiente de voir les photos de sa fille décédée quelques semaines plus tôt, s'exclame : « Ce n'est pas elle, c'est une erreur, je ne la reconnais pas. ». Revue la semaine suivante, elle saura expliquer que ce qui brutalement l'avait confondue et qu'elle n'avait pu reconnaître était le fait que l'enfant de la photo était morte.

L'accomplissement nécessaire

Alors que les premières consultations auprès de ces parents sont marquées par les aspects traumatiques de la perte, les entretiens subséquents permettent le travail d'élaboration du deuil.

Pour les parents endeuillés, il est essentiel de trouver un accomplissement à la vie de l'enfant. Eux seuls, face à ce deuil, peuvent déterminer ce que la vie de leur bébé a été, pour donner un sens à la réalité de cette perte. Au terme de quoi, la vie peut reprendre du sens.

« Tous ces couples font appel au symbolique, le convoquent pour leur bébé mort, car pour pouvoir le perdre, ils doivent avant tout se donner les moyens de l'avoir fait exister; mais ils convoquent aussi le symbolique pour eux, afin de ne pas être animés par la tentation de le rejoindre » (Authier-Roux, 1999, p. 54).

Nicole Reeves est psychologue clinicienne au Centre des naissances du CHUM. Spécialiste en psychologie de la maternité, elle y fait aussi de la recherche et de l'enseignement. Elle pratique également en bureau privé.

Références

- Authier-Roux, F. (1999). *Ces bébés passés sous silence. À propos des interruptions médicales de grossesse*. Ramonville, Collection Mille et un bébés, Érès.
- Beetschen, A. et Charvet, F. (1978). « Psychologie et psycho-pathologie de la maternité ». *Confrontations psychiatriques*, 16, p. 83-123.
- Delaisi de Parseval, G. (1997). « Deuils périnataux : ce qu'en disent les parents », dans Frydman, R., Fils-Treves, M. et coll. *Mourir avant de n'être ?* Paris, Odile Jacob.
- Deutsch, H. (1955). « La grossesse ». dans *La psychologie des femmes*, Tome 2. Paris, P.U.F.
- Leon, I.G. (1990). *When a baby dies*. New Haven and London, Yale University Press.



La dépression postnatale chez les mères : plus qu'un simple *baby blues*



Par
Lysanne Gauthier, M. Ps.

LA DÉPRESSION postnatale (DPN) touche environ 10 à 15 % des femmes dans l'année suivant la naissance de l'enfant (Miller, 2002). Malheureusement, on observe que 30 à 50 % des mères souffrant de dépression ne sont ni diagnostiquées ni traitées. Qui plus est, plusieurs d'entre elles n'oseront pas parler de leur détresse, par crainte d'être considérées comme de mauvaises mères. Elles préféreront simplement endurer le problème, croyant que leur malaise correspond à une manifestation normale de cette importante transition. Pourtant, on reconnaît qu'en l'absence de traitement la DPN peut durer plusieurs mois, voire plus d'un an. En outre, des répercussions importantes y sont associées tant sur les plans de la vie personnelle et conjugale que du développement de l'enfant.

Les principaux troubles psychologiques postnataux

On reconnaît la présence de trois problématiques typiques de la période postnatale, qui se différencient par la sévérité et la durée de leurs symptômes (Tableau 1). Parmi ces problématiques, la DPN a suscité à ce jour énormément d'intérêt sur les plans scientifique et clinique.

Présentation clinique de la DPN

La DPN ne fait actuellement pas l'objet d'un diagnostic distinct dans le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM-IV-TR, 2000). Cette réalité clinique s'inscrit plutôt à l'intérieur du spectre de la dépression majeure pouvant apparaître à tout autre moment de la vie, auquel est ajoutée la spécification d'apparition en période postnatale. Selon le DSM, le diagnostic de DPN repose donc essentiellement sur les critères d'un épisode dépressif majeur lorsque les symptômes surviennent au cours des quatre semaines suivant la naissance de l'enfant (six semaines selon la *Classification internationale des maladies* (CIM-10)). Par ailleurs, les études reconnaissent clairement une fenêtre d'apparition plus longue, pouvant s'étendre jusqu'à un an après l'accouchement. Sur le plan clinique, l'identification des symptômes peut être plus difficile à établir par la présence commune de manifestations typiques de « l'après-accouchement »

telles que les difficultés du sommeil, la fatigue et le manque d'intérêt. Toutefois, certaines manifestations plus particulières peuvent être présentes, facilitant ainsi la détection (Gale et Harlow, 2003). On observe entre autres : une anxiété intense, en particulier par rapport à la santé et à la sécurité de l'enfant, une forte irritabilité, un vif sentiment de culpabilité lié à la perception d'une incompétence maternelle, un sentiment d'ambivalence, de négativité ou de désintérêt envers l'enfant, une tendance au retrait social, voire à l'isolement et, dans certains cas, une crainte obsédante de faire du mal à l'enfant. On reconnaît que les symptômes présentés sont souvent d'une intensité plus importante que pour une dépression majeure survenant à un autre moment, pouvant évoluer vers des pensées morbides ou suicidaires importantes et récurrentes. Le risque de symptômes psychotiques secondaires est aussi présent.

Un outil de dépistage utile

L'échelle de dépression postnatale d'Édimbourg (Cox *et al.*, 1987) a été développée spécifiquement pour mesurer la sévérité des symptômes dépressifs postnataux chez les mères. D'abord conçu pour un usage clinique, cet instrument autorapporté et facile d'administration (10 énoncés) est utilisé dans de nombreuses études scientifiques et possède de bonnes propriétés psychométriques. Il est préféré à d'autres outils classiques puisqu'il ne contient pas d'énoncé à caractère somatique pouvant nuire à la validité apparente de l'échelle lorsqu'elle est utilisée après une naissance (ex. : fatigue, perte de poids, manque d'appétit sexuel). Bien que cet outil n'ait pas été conçu à des fins diagnostiques, on a montré qu'il pouvait détecter plus de 80 % des femmes souffrant de dépression (seuil clinique > 12/30). On recommande néanmoins que les femmes jugées à risque soient également évaluées à l'aide d'une entrevue exhaustive, incluant si nécessaire un entretien clinique semi-structuré. La version française a été validée au Québec auprès d'une population de femmes de statut socioéconomique faible (Des Rivières-Pigeon *et al.*, 2000).

Les principales conséquences

Nombreux sont les effets néfastes associés à la dépression maternelle, particulièrement lorsqu'elle n'est pas traitée. Au-delà des répercussions pour la mère (ex. : risque suicidaire élevé, altérations des compétences parentales), la recherche rapporte des conséquences pour les autres membres de la cellule familiale. Trois niveaux d'impact sont plus fréquemment cités :

Tableau 1

CLASSIFICATION DES PRINCIPAUX TROUBLES CLINIQUES POSTNATAUX (COHEN ET NONACS, 2005)

	PRÉVALENCE	APPARITION	DURÉE	PRINCIPAUX SYMPTÔMES
Cafard postnatal	40-85 %	Entre le 3 ^e et le 5 ^e jour	Quelques jours à 2 semaines	- Tristesse, anxiété, irritabilité - Fatigue, sommeil perturbé - Perte d'appétit - Sentiment d'incompétence, culpabilité - Détachement affectif envers l'enfant
Dépression postnatale	10-15 %	- Habituellement entre la 2 ^e et la 6 ^e semaine - 6 premiers mois = vulnérabilité élevée - Peut apparaître 1 an après	- Plusieurs semaines à plusieurs mois - Sans traitement = plus de 1 an (30-70 %)	<i>Critères diagnostiques d'un épisode dépressif majeur</i>
Psychose postnatale	0,1-0,2 %	- Habituellement dans les 2 premières semaines - Peut se déclarer à 4 semaines	Plusieurs semaines, voire quelques mois	- Agitation psychomotrice, insomnie - Irritabilité et fluctuations de l'humeur - Délires/hallucinations - Confusion mentale - Comportement désorganisé

- **La relation conjugale et le bien-être psychologique du conjoint** – Il est reconnu que la DPN est associée à une dynamique conjugale différente et parfois même perturbée. Notamment, elle est associée à une diminution de la satisfaction conjugale et à une augmentation des conflits relationnels. Par ailleurs, la santé psychologique du partenaire serait également touchée : 23 à 50 % des conjoints de mères dépressives présenteraient une problématique psychiatrique en période postnatale (Goodman, 2004).
- **L'interaction mère-enfant** – La dépression maternelle est associée à d'importantes perturbations des interactions mère-enfant (Beck, 1995). On constate entre autres que les mères dépressives sont moins attentives aux besoins de leur enfant, démontrent moins d'affection et de disponibilité, et qu'elles font preuve de moins de tolérance et de plus d'hostilité à l'égard du jeune enfant.
- **Le développement de l'enfant** – Les chercheurs se sont intéressés tout particulièrement aux premières années de vie de l'enfant et ont observé que la qualité des interactions mère-enfant influence négativement le développement affectif, cognitif et comportemental de ce dernier. On rapporte par exemple que les enfants de mères dépressives développent un attachement plus anxieux et inquiet et qu'ils obtiennent un score plus faible aux indices de développement cognitif (ex. : langage, motricité, développement social). D'autres répercussions telles qu'une forte irritabilité, une faible tolérance à l'anxiété et à la frustration ainsi qu'une plus grande peur des étrangers sont observées (Murray et Cooper, 1997).

Les facteurs de risque

Il n'existe évidemment pas de cause unique à la DPN. Plusieurs facteurs présents avant et après la naissance de l'enfant sont impliqués. Le modèle étiologique multidimensionnel incluant des facteurs à la fois prédisposants, précipitants et de maintien est privilégié (Robertson *et al.*, 2004).

- **Les facteurs biologiques** – En fin de grossesse, les taux d'œstrogène et de progestérone sont mille fois supérieurs et retournent à leur niveau de base en quelques heures après l'accouchement. Cette diminution rapide peut modifier la chimie du cerveau, favorisant l'apparition de symptômes dépressifs. On rapporte également les effets possibles du cortisol et de la prolactine. En outre, certaines femmes peuvent développer une hypothyroïdie postnatale, augmentant les risques de dépression (Gale et Harlow, 2003). Enfin, dans certains cas, une trop grande privation du sommeil peut mener à des modifications biochimiques et exacerber les symptômes dépressifs déjà présents.
- **Les facteurs cliniques** – Les symptômes dépressifs prénataux augmentent significativement le risque de développer une DPN. On observe aussi qu'environ 30 % des femmes qui souffrent de dépression durant la grossesse conservent ce diagnostic après l'accouchement. Le niveau d'anxiété durant la grossesse s'avère tout aussi important à considérer dans la prédiction de la DPN. Il est également connu que les antécédents personnels de troubles de l'humeur jouent un rôle important (Cohen et Nonacs, 2005). En ce qui a trait aux antécédents de dépression unipolaire, les études indiquent un risque de récurrence d'environ 25 %. Les femmes souffrant d'une maladie affective bipolaire (MAB)



semblent également plus vulnérables, avec un taux de rechute allant de 30 à 70 %. D'ailleurs, près de 40 % des femmes présentant une MAB développeraient leur premier épisode dépressif en période postnatale. Enfin, 50 à 75 % des femmes sont à risque de rechute s'il existe un épisode postnatal antérieur, et ce risque grimpe à près de 90 % s'il y a antécédents personnels de DPN auxquels s'ajoute une histoire familiale du même ordre.

- **Les facteurs obstétricaux** – Les grossesses non planifiées ou non désirées, les complications liées à la grossesse (ex. : prééclampsie, contractions prématurées) et à l'accouchement (ex. : césarienne d'urgence, accouchement prématuré, saignement vaginal pendant le travail), le petit poids du bébé à la naissance ainsi que les complications néonatales nécessitant l'hospitalisation de l'enfant peuvent être des facteurs contribuant à l'émergence d'une DPN. Bien que les études dans ce domaine ne soient pas toutes concluantes, une évaluation incluant les risques obstétricaux est nécessaire dans la compréhension de l'expérience vécue.
- **Les facteurs démographiques** – On rapporte que les variables telles qu'un faible niveau socioéconomique, la précarité de l'emploi,

les contraintes financières et la situation matrimoniale (mères monoparentales) sont faiblement, mais significativement associées à la DPN. En contrepartie, on note que l'âge (jeunes mères), une scolarisation peu élevée, le statut parental (mères primipares) ainsi que la durée de la relation avec le partenaire ne contribueraient pas particulièrement au risque. Malheureusement, les études à ce sujet offrent peu de cohérence; certaines indiquent des résultats non significatifs, tandis que d'autres décèlent des conclusions significatives mais contradictoires. Ces facteurs demeurent somme toute non négligeables et doivent être considérés.

- **Les facteurs psychologiques** – Nous savons qu'un faible sentiment de compétence parentale est associé à un niveau plus élevé de symptômes dépressifs postnataux. Les attentes irréalistes, les distorsions cognitives, des ressources personnelles pauvres (ex. : faible estime de soi, recherche inadéquate de soutien social) ainsi qu'une personnalité anxieuse et une propension à s'autocritiquer sont également associées à la DPN. Par ailleurs, les symptômes du cafard postnatal (*blues*) peuvent augmenter la probabilité de la survenue d'une dépression dans les semaines suivantes. Enfin, on a trouvé que plus la décision

Revue québécoise de psychologie

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

Dix ans après le numéro sur Le Bonheur, voici un dossier thématique qui fait le point sur la « nouvelle science du bonheur » :

LE PLUS GRAND BONHEUR POUR LE PLUS GRAND NOMBRE

Ce numéro, rédigé par des chercheurs et des praticiens du Québec et de l'étranger fait état des progrès récents dans le domaine des interventions psychosociales, des perspectives culturelles et des conditions sociales susceptibles de favoriser le bonheur de l'ensemble de la population.

Dès le mois de juin, en vente en librairie et sur notre site Internet : www.rqpsy.qc.ca

Tarif préférentiel pour les membres de l'Ordre : 43 \$ pour 3 numéros. Abonnez-vous dès maintenant.

Consultez les numéros antérieurs sur le site www.rqpsy.qc.ca



Revue québécoise de psychologie

Le plus grand bonheur pour le plus grand nombre

d'avoir un enfant est motivée par des raisons plus extrinsèques telles que faire plaisir au conjoint ou combler un vide, plus le degré de symptômes dépressifs postnataux est élevé (Gauthier *et al.*, 2007).

- **Les facteurs sociaux** – Les événements de vie négatifs vécus au cours des 12 derniers mois, les conflits et l'insatisfaction au sein du couple ainsi qu'un soutien familial et social limité s'associent à la DPN. Sur le plan de l'histoire relationnelle, des études rétrospectives révèlent que les mères qui perçoivent avoir reçu des soins parentaux inadéquats à l'enfance sont plus à risque. Selon une même logique, un attachement de type anxieux envers les personnes significatives de l'entourage (partenaire et propre mère) s'ajoute au risque de développer des symptômes dépressifs (Gauthier *et al.*, 2007 ; McMahon *et al.*, 2005).
- **Les facteurs liés aux caractéristiques de l'enfant** – On entend ici particulièrement le rôle du tempérament difficile du jeune enfant. Un tempérament difficile est entre autres caractérisé par de fortes réactions émotionnelles, de l'irritabilité, des pleurs sur une longue période de temps, de l'impatience et des réactions d'insatisfaction. On sait par conséquent que le tempérament difficile chez l'enfant (mesures objectives et autorapportées par la mère) peut favoriser le développement de symptômes dépressifs (Beck, 1996). Il est suggéré qu'une mère s'occupant d'un enfant au tempérament difficile peut avoir tendance à se sentir moins compétente dans son rôle de parent qu'une mère devant répondre aux besoins d'un enfant plus facile et moins exigeant.

Intervenir efficacement

Pour un suivi optimal, une prise en charge globale combinant plusieurs stratégies d'intervention est fortement recommandée. La psychothérapie (ex. : thérapie cognitivo-comportementale, thérapie interpersonnelle) s'avère essentielle au traitement de la DPN, peu importe la sévérité des symptômes (Horowitz et Goodman, 2004 ; Howard, 2004). D'autres approches complémentaires peuvent être utiles selon les besoins de la mère : groupes de soutien, psychoéducation, encadrement des interactions mère-enfant, activité physique, luminothérapie, oméga-3, etc. L'option pharmacologique est privilégiée lorsque les stratégies non pharmacologiques sont inefficaces à elles seules ou que les risques liés à la maladie maternelle sont jugés supérieurs à ceux de la médication ; chez le nourrisson allaité, on observe toutefois peu d'effets indésirables.

La littérature rapporte des lacunes importantes dans la détection précoce de la DPN. Le traitement est quant à lui la plupart du temps sous-optimal. Pourtant, des répercussions majeures ont clairement été reconnues. Dans ce contexte, il apparaît essentiel que le psychologue

acquière des compétences liées à la prévention et à la détection précoce. De plus, l'expertise clinique des psychologues dans ce domaine doit être connue des autres professionnels de la santé engagés auprès des mères (ex. : omnipraticiens, obstétriciens, pédiatres, personnel infirmier, psychiatres). Enfin, il appert qu'il faut développer des programmes de soins spécialisés afin de favoriser l'accessibilité des ressources et d'optimiser le suivi des mères durant cette importante période de vie. Plus qu'un simple *baby blues*, la détresse postnatale non détectée et non traitée peut, dans certains cas, évoluer vers une expérience profondément accablante et négative, bien loin de l'événement heureux qu'est celui d'avoir un enfant.

Lysanne Gauthier, psychologue, termine actuellement un doctorat en psychologie à l'Université Laval. Sa thèse porte sur les facteurs de risque psychosociaux de la symptomatologie dépressive postnatale, incluant l'étude du profil motivationnel des mères quant à la venue d'un enfant. Elle travaille également comme psychologue auprès des personnes présentant une psychose débutante (Clinique Notre-Dame des Victoires) au sein du programme des troubles psychotiques du Centre hospitalier Robert-Giffard, Institut universitaire en santé mentale à Québec. lysanne_gauthier@sss.gouv.qc.ca

Références

- Beck, C.T. (1995). « The effects of postpartum depression on maternal-infant interaction : A meta-analysis ». *Nursing Research*, 44, p. 298-304.
- Beck, C.T. (1996). « A meta-analysis of the relationship between postpartum depression and infant temperament ». *Nursing Research*, 45, p. 225-230.
- Cohen, L., S. et Nonacs, R.M. (2005). *Mood and anxiety disorders during pregnancy and postpartum*. Washington, American Psychiatric Publishing, Inc., 148 p.
- Cox, J.L., Holden, J.M. et Sagovsky, R. (1987). « Detection of postnatal depression : Development of the 10-item Edinburgh postnatal depression scale ». *British Journal of Psychiatry*, 150, p. 782-786.
- Des Rivières-Pigeon, C., Séguin, L., Brodeur, J.-M., Perreault, M., Boyer, G., Colin, C. et Goulet, L. (2000). « L'échelle de dépression postnatale d'Edimbourg : Validité au Québec auprès de femmes de statut socio-économique faible ». *Revue Canadienne de Santé Mentale Communautaire*, 19, p. 201-214.
- Gale, S. et Harlow, B.L. (2003). « Postpartum mood disorders : A review of clinical and epidemiological factors ». *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynaecology*, 24, p. 257-266.
- Gauthier, L., Sénécal, C., Guay, F. et Pierce, T. (2007). « Women's Depressive Symptomatology During the Transition to Motherhood : The Effects of Competence, Relatedness, and Autonomy ». Manuscrit non publié, Université Laval.
- Goodman, J.H. (2004). « Paternal postpartum depression, its relationship to maternal postpartum depression, and implications for family health ». *Journal of Advanced Nursing*, 45, p. 26-35.
- Horowitz, J. A. et Goodman, J. H. (2004). « Identifying and treating postpartum depression ». *Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, 34, p. 264-273.
- Howard, L. (2004). « Postnatal depression ». *Clinical Evidence*, 11, p. 1872-1885.
- McMahon, C., Barnett, B., Kowalenko, N. et Tennant, C. (2005). « Psychological factors associated with persistent postnatal depression : Past and current relationships, defence styles and the mediating role of insecure attachment style ». *Journal of Affective Disorders*, 84, p. 15-24.
- Miller, L.J. (2002). « Postpartum depression ». *Journal of the American Medical Association*, 287, p. 762-765.
- Murray, L. et Cooper, P. J. (1997). « Postpartum depression and child development ». *Psychological Medicine*, 27, p. 253-260.
- Robertson, E., Grace, S., Wallington, T. et Stewart, D.E. (2004). « Antenatal risk factors for postpartum depression : A synthesis of recent literature ». *General Hospital Psychiatry*, 26, p. 289-295.

Ressources informatiques

- www.nlm.nih.gov/medlineplus/postpartumdepression.html
- www.postpartumhealth.com
- www.wellmother.com/index.htm

Les services psychologiques et les accidentés de la route

Par **Paul Loubier, M.A.**
et **Simon Laliberté, Ph. D.**

LE TRAVAIL du psychologue auprès des personnes accidentées de la route peut être complexe et, dans un contexte de « tiers payeur », il est possible qu'une méconnaissance des rôles et attentes de chacun cause des insatisfactions de part et d'autre. L'Association des psychologues du Québec (APQ) et la Société de l'assurance automobile du Québec (SAAQ) ont décidé de travailler ensemble pour revoir les clauses normatives qui encadrent les services de psychothérapie dispensés aux personnes accidentées. C'est au sein d'un comité de travail

conjoint que les différents sujets d'intérêt pour les deux parties sont abordés, discutés et clarifiés.

L'APQ a exprimé, dès le départ, qu'elle vise à ce que soient mieux reconnus tant le travail clinique – tels les rapports et les communications avec d'autres professionnels – que les tâches plus administratives inhérentes à ces suivis.

Une troisième rencontre du comité de travail APQ-SAAQ s'est tenue le 30 mars au bureau du consultant stratégique de l'APQ, Michel Bissonnette. Elle réunissait – de la SAAQ – Monique Dufour, directrice des relations avec les partenaires, Julie Vézina, médecin évaluateur et Simon Laliberté, psycho-

logue, ainsi que – du conseil d'administration de l'APQ – Charles Roy, président, et Paul Loubier, responsable du volet tiers payeurs.

Jusqu'à maintenant, les réunions ont permis de partager nos réalités respectives. Le climat de travail est nettement positif. Lors de la dernière rencontre, les représentants de la SAAQ ont clairement exprimé le souhait que l'APQ soit responsable d'un sous-comité de travail chargé de revoir l'offre de services de psychothérapie. Nous sommes à amorcer des contacts pour que d'autres partenaires se joignent à ce sous-comité afin de favoriser le partage d'expertise et d'obtenir un consensus sur les positions qui y seront adoptées relativement à l'offre de services.

Le travail du sous-comité toucherait les aspects suivants :

- les rôles et responsabilités de chacun (médecins traitants, psychologues traitants, intervenants de la SAAQ);
- le dépistage des problématiques psychologiques;
- le moment propice pour dépister, adresser la personne à une ressource et amorcer un traitement;
- les services à offrir aux personnes accidentées (les meilleurs traitements, la durée prévisible, les solutions à envisager lorsque aucune amélioration n'est notée).

Le bien livrable est un document de réflexion qui décrit la problématique et les meilleurs moyens pour y faire face.

Dans les prochains mois, les travaux du sous-comité se poursuivront et nous vous tiendrons au courant de leur évolution. Si vous estimez avoir une contribution pertinente à y apporter, vous êtes invité à communiquer avec nous.

Paul Loubier est psychologue et représentant de l'Association des psychologues du Québec. ploubier@videotron.ca

Simon Laliberté est psychologue et représentant de la Société de l'assurance automobile du Québec. simon.laliberte@saaq.gouv.qc.ca

En bref

Le psychologue Richard Cloutier est honoré au Centre jeunesse de Québec

Dans le cadre des Prix d'excellence 2006 du Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire (CJQ – IU), le Prix du jury a été remis à M. Richard Cloutier, professeur à l'École de psychologie de l'Université Laval depuis plus de 30 ans. Cette marque de reconnaissance lui est attribuée, entre autres, pour son apport exceptionnel au rayonnement et au développement de la mission universitaire du CJQ – IU. Premier directeur scientifique au CJQ – IU, il est un des instigateurs de l'arrimage entre le monde de la recherche et de la pratique : il a su traduire les préoccupations des intervenants en projets de recherche. M. Cloutier est présentement chercheur au Centre de recherche sur les jeunes et les familles à risque (JEFAR) de la Faculté des sciences sociales de l'Université Laval. En plus de souligner sa grande expertise dans le milieu, ce prix met en relief ses grandes qualités de vulgarisateur.



M. Pierre Corriveau, directeur général du Centre jeunesse de Québec, et M. Richard Cloutier



L'Expertise en matière de garde d'enfants et des droits d'accès

Atelier de formation continue Le vendredi 25 mai 2007

Hôtel Delta de Québec
690, boul. René-Lévesque Est
Québec

Le contenu de la journée

I. Composantes juridiques

- La place et le rôle de l'expert dans le monde judiciaire
- Différents types de mandat
- Différents mandants
- Le principe de l'intérêt supérieur de l'enfant
- Différents types de garde

II. Le processus de l'expertise même

- L'expertise comme investigation scientifique
- La méthodologie :
 - Consentement éclairé et autorisations
 - La documentation
 - Les entrevues
 - Les tests (voir section spécifique)
 - Les séances d'observation
 - Les visites au domicile
 - Les contacts collatéraux
 - L'expertise : processus ou portrait instantané
- Les problèmes spéciaux (selon le temps disponible) :
 - Allégations (violence, alcoolisme, toxicomanie, négligence, abus physique, abus sexuel, maladie mentale)
 - Allévation parentale
 - Relocalisation
 - Enlèvement
 - Divorce à conflit élevé
 - Violence
 - Un besoin de signalements (DPI) ou plaintes (Pimat)

III. Les Tests

- Controverse : tests objectifs ou tests projectifs dans le contexte de l'expertise psychologique
- Les tests de personnalité, leur application et utilité dans l'expertise en matière de garde
- Les outils spécifiques (capacités parentales, échelles de développement, check-lists, etc.)

IV. Le Rapport

- La forme et le contenu
- Les références à la littérature scientifique
- Conclusions et recommandations

V. Le témoignage au Tribunal

- La connaissance des lois
- Le comportement dans la salle d'audience
- Le langage
- La sobriété

VI. Dimensions éthiques et déontologiques

- Prudence
- Impartialité
- Objectivité
- Sincérité
- Diligence
- Confidentialité
- Conflit de rôles et conflit d'intérêts
- Fiabilité scientifique

L'horaire de la journée

8 h 30
Accueil
9 h
Début de l'activité de formation
12 h
Dîner (compris dans les frais d'inscription)
13 h 30
Reprise de l'activité de formation
17 h
Fin de la formation
(Une pause de 15 minutes est prévue en avant-midi et en après-midi.)

Information

Louise Oostdyke
514 738-1881, poste 271
loostdyke@ordrepdq.qc.ca

Le formateur

M. Hubert Van Gasseghem, psychologue, a obtenu une licence en psychologie à l'Université de Louvain (Louvain) en 1963 et un doctorat (Ph.D.), dans la même discipline, à l'Université de Montréal, en 1970.

Il a dirigé la clinique du Centre d'orientation et enseigné à l'Université de Montréal (École de psychoéducation) à titre de professeur titulaire. Dans le cadre de ces dernières fonctions, il a fait de la recherche sur l'abus sexuel et sur le témoignage de l'enfant. C'est de plus un clinicien avéré, membre fondateur de l'Association des psychothérapeutes psychanalytiques du Québec (APPQ), et responsable durant une vingtaine d'années du programme de formation en psychothérapie psychanalytique du Centre de psychologie Guin. Il exerce en bureau privé et il se consacre principalement maintenant à l'expertise psychologique.

Il a créé et présente des programmes de formation sur les agressions et les abus sexuels, sur l'audition et sur la validation des déclarations des victimes de maltraitance, sur l'allévation parentale et sur l'expertise psychologique en matière de garde d'enfant et des droits d'accès et autres. Ces programmes de formation touchent autant le réseau social que le monde judiciaire.

Il a à son actif plus d'une centaine d'articles publiés dans diverses revues scientifiques, dont L'expertise psychologique : entreprise clinique ou scientifique?, en plus d'être auteur et coauteur de plusieurs livres. Enfin, il a donné quelque cinq cents conférences lors de congrès ou événements scientifiques, en Europe et en Amérique du Nord.

Inscription

Pour vous inscrire, veuillez remplir le formulaire d'inscription ci-bas et le retourner accompagné de votre chèque à :

L'Ordre des psychologues du Québec
A/S M^{me} Line Vachon
1100, avenue Beaumont, bureau 510
Mont-Royal (Québec) H3P 3H5

Vous pouvez également vous inscrire en ligne à l'adresse suivante :
www.ordrepdq.qc.ca/formationexpertise.html

Les personnes inscrites qui ne peuvent se présenter à la journée de formation ne seront remboursées que si elles nous avisent avant le 4 mai 2007.

Formulaire d'inscription - Formation «L'Expertise en matière de garde d'enfants et des droits d'accès»

Nom : _____
Prénom : _____
Numéro de permis : _____
Numéro civique et rue : _____
Ville : _____ Province / État : _____
Code postal : _____ Courriel : _____
Numéro de téléphone au travail : _____
Numéro de téléphone à la résidence : _____

Mode de paiement
Des frais de 175,00 \$ + taxes sont exigés (total de 199,41 \$).
Aucun remboursement après le 4 mai 2007.
(TPS : R 101 162 097 / TVQ : 1 000 880 864)

Chèque (libellé au nom de l'Ordre des psychologues du Québec)

Visa

Mastercard

Numéro de la carte : _____
Expiration de la carte (MM-AAAA) : _____

Activités régionales et activités de regroupements

Québec – Bonne nouvelle

Le Regroupement des psychologues cliniciennes et cliniciens de Québec a maintenant son site WEB. www.rpccq.net

Vous y trouverez les programmes des ateliers-conférences tenus le premier mercredi de chaque mois et les formations continues ayant lieu le vendredi toute la journée. Vous y trouverez aussi des liens utiles.

De plus, si vous désirez nous communiquer vos créations : photos, poèmes, texte réflexif, exposition de vos œuvres, vous êtes bienvenu !

N'hésitez pas, par ailleurs, à nous faire connaître pour publication dans notre site, l'information sur les activités de formation que vous organisez à Québec ou à l'extérieur. Et si ces collaborations nous amenaient à mettre en commun nos ressources professionnelles? Pointez-vous vers le : www.rpccq.net

Activité de formation du Regroupement des psychologues en PAE

Le vendredi 1^{er} juin 2007, de 8 h 30 à 16 h, à Montréal, le RPPAE vous invite à une journée de formation ayant comme thème *Intervention court terme avec les clients anxieux : Stratégies cognitives comportementales* avec Joane Labrecque, psychologue. Votre inscription à cet atelier doit être faite avant le 25 mai 2007, en appelant au secrétaire du RPPAE : 450 471-1621.

Pour plus de renseignements sur cette formation, communiquez avec Christine Smilga au 514 875-8882 ou au 1 877 632-3164, poste 228.

Groupe de soutien pour les psychologues affectés par un suicide

Le comité sur le suicide de l'Association des psychologues du Québec organise une rencontre de soutien mutuel pour les psychologues affectés par la perte d'un client par suicide. La date exacte et le lieu seront précisés aux personnes désirant participer. Cette activité sera animée par deux psychologues spécialisés en prévention du suicide. Le groupe sera composé d'un maximum de 10 personnes, et les rencontres seront répétées selon les besoins.

Les psychologues affectés par le suicide d'un client, ou qui seraient devenus eux-mêmes suicidaires, sont invités à communiquer avec Gaëtan Roussy, le responsable du comité sur le suicide de l'Association des psychologues, au 514 840-0614, car du soutien au plan individuel est également disponible, par des collègues spécialisés. Ces services sont gratuits et confidentiels.

Colloques, congrès & ateliers

Conférence 2007 de l'Association du Barreau canadien. Atelier portant sur l'expertise psycho-légale en matière de garde d'enfant. Le 16 mai 2007, au Centre Sheraton Montréal Hôtel, 1201, René-Lévesque Ouest, à Montréal. Information : www.abcqc.qc.ca ou au 514 393-9600.

2^e journées bi-annuelles de santé mentale. Thème : *S'outiller pour agir ensemble*. Organisées par la Direction de la santé mentale du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Les 16, 17 et 18 mai 2007, au Centre Sheraton Montréal Hôtel. Information : www.msss.gouv.qc.ca/jbasbm ou Linda Drisdell au 514 768-8379.

Utilisation stratégique des États du Moi dans le traitement des traumatés et des troubles de la personnalité (atelier théorique et pratique). Formateur : Serge Saintonge, Ph. D. Les 2 et 3 juin 2007, à Montréal. Information et réservation : www.ssaintonge.com ou au 514 971-7794.

Souper-causerie. Thème : *De la survie émotionnelle à la conscience réflexive en interaction : l'expérience de la souffrance vécue en psychothérapie dans le partage de celle des autres*. Conférencier : Conrad Lecomte, Ph. D. Organisé par le Groupe d'étude sur l'intersubjectivité (GEI). Le vendredi 8 juin 2007 à

18 h, à l'Hôtel de l'Institut de tourisme et d'hôtellerie du Québec, salle Gérard-Delage, 3535, rue Saint-Denis, à Montréal. Information : Sonia Boudreault au 514 972-9098 ou à intersubjectivite@hotmail.com.

L'évaluation psychologique dans les situations d'allégations d'abus physiques ou sexuels. Formateur : Fabrice Choquet, M. Ps., psychologue. Formation organisée par le Centre de psychologie Gouin. Les 15 et 16 juin 2007, à Montréal. Information et inscription : Maryse Pesant au 514 331-5530.

19^e Congrès mondial en médecine psychosomatique. Du 26 au 31 août 2007, au Centre des congrès de Québec. Information : www.icpm2007.ca ou au 418 266-1777.

Programme de formation offert aux psychologues souhaitant perfectionner leurs habiletés cliniques auprès d'une population présentant des troubles graves de santé mentale. Début des ateliers : octobre 2007. Information : Johanne Archambault, à jarchamb@icfp.jgh.mcgill.ca ou au 514 340-8222, poste 5227, ou encore Paule Delisle, Ph.D., à paule.delisle@mcgill.ca ou au 514 340-8222, poste 5195.

Programme de formation en psychothérapie brève stratégique (école de Palo Alto), d'une durée de deux ans, offert à Québec par Marie Bienvenue. Information : 418 688-5018, poste 5, ou à mariebienvenue@hotmail.com.

Nouveaux membres

Alie, Karine
Arrasquito Castaneira,
Maria C. Aida
Bergeron, Hélène
Boudrias, Sophie
Chartrand, Carine
Denis, Jean-François
Dupont, Amanda
Dupuis, Mariane
Duquette, Marco
Fortier, Julie

Fournier, Amélie
Gagnon, Marie-Noëlle
Girard-Hurtubise, Marie
Habra, Martine
Hunter, Winnifred
Lazure, Sylvain
Markova, Anastassia
Martin, Laurence
Mazzarello, Tania
Romano, Vera
Schleifer, Laura Anne

Toutant, Julie
Tremblay, Véronique

Réinscriptions

Moreau, Annie
Péresse, Michèle
Phaneuf, Anne
St-Pierre, Andrée
Ward, Julie



Désireux de donner plus de polyvalence à votre pratique professionnelle et d'élargir le champ de votre expertise?

Soucieux d'améliorer la façon dont vous intervenez auprès des enfants et d'en venir à pouvoir communiquer en profondeur avec eux en vous appuyant sur leurs productions symboliques?

Désireux de profiter à prix raisonnable d'une formation à la psychothérapie par le jeu?

À mi-chemin entre Québec et Montréal, l'Institut de formation à la psychothérapie par le jeu peut certainement vous offrir ce que vous recherchez à ces divers titres.

Pour plus d'informations, visitez notre site

[www.**psychotherapieparlejeu.com**](http://www.psychotherapieparlejeu.com)

Inscrivez-vous dès que possible, le nombre de places étant limité.



— 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.

Centre de Psychologie René-Laënnec. Bureau à louer dans Polyclinique médicale René-Laënnec, à Ville Mont-Royal, métro Acadie. Accès routier facile pour toute la clientèle du Grand Montréal. Stationnement. Édifice de prestige. Bureaux entièrement rénovés. Équipe de psychologues. Contactez Jean-Louis Beaulé, bureau : 514 735-9900; portable : 514 992-6972.

Trois-Rivières – Quartier historique. Bureau à louer ou à partager dans un environnement tranquille et chaleureux pour une pratique clinique régulière. Modalités de location à discuter. Plusieurs services inclus : stationnement, téléphone, entretien ménager, meublé et autres. Possibilité de références. Pour information, laissez un message au 819 373-4138.

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

Ahuntsic – bureau à sous-louer. Édifice professionnel rue Fleury. Occupation flexible. Possibilité de références pour approche cognitivo-comportementale et de supervision. Tél. : 514 384-4989

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

Sherbrooke et De Lorimier, bureaux meublés et bien fenestrés situés dans un immeuble de bureaux comprenant un restaurant, un service de photocopie et une pharmacie. Les lieux, dont la salle d'attente, sont insonorisés et climatisés. Diverses modalités de location. Pour information : 514 523-8771.

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

Vieux-Terrebonne, bureaux à louer. 15 \$/ heure ou par bloc de temps. Services inclus, bureaux meublés. Possibilité de références. Information : René M. Forget, 450 964-1794.

Bureau à louer – Très joli bureau chauffé et climatisé rue Laurier Ouest, Outremont, 2^e étage. Non meublé. Espace à partager avec psychologue. Édifice professionnel coin Hutchison. Mur de brique, cachet + petite salle d'attente et salle de bain. Location à un prix imbattable : 400 \$/ mois. Elaine Kennedy : e.kennedy@videotron.ca ou 514 274-1839.

Bureau à partager, boulevard Gouin, à proximité de l'hôpital du Sacré-Cœur. Salle d'attente, stationnement, climatisé. Ambiance chaleureuse. Marta Manikowska : 514 333 7707.

Bureau à louer, 2496, Bélanger Est. 2^e étage, libre le 1^{er} juillet 2007. Près du métro Iberville. Bureau ensoleillé, climatisé et insonorisé. Grande salle d'attente avec commodités. Communiquer avec M. Réal Bédard : 514 721-7852.

Bureau à louer – Verdun. Charmant, meublé, près du métro, insonorisé, édifice professionnel, salle d'attente, possibilité de références. Disponibilités de jour et de soir. Information : 514 246-7609.

Bureau disponible à Pointe-Claire près de l'autoroute 20 et de l'autobus. Périodes disponibles négociables. S.V.P., communiquer avec Barbara : 514 624-7332.

Bureau à louer, rue Cherrier, à deux pas du métro Sherbrooke. Location à la journée. Bureaux rénovés, calmes. Tél. : 514 842-8938.

La Plaine (près Mascouche) – Bureau à sous-louer. 2^e étage, édifice commercial, bien situé. Meublé, grande fenestration, chaleureux. Plusieurs services inclus. Disponible deux jours/semaine. 514 576-5975.

Bureau bien aménagé et bien situé près de l'Université Laval. Peut être loué par plages. Plusieurs disponibilités. Pour information, communiquez avec Richard Couture : 418 650-6009.

Office sublet in Westmount. Professional building. Bright, with private waiting room and good sound-proofing. Afternoon and evening blocks of time available. Leave message : 514 932-6106.

Bureau à louer, rue Cherrier. Calme et accueillant. Meublé, tout inclus. Près du métro Sherbrooke. Modalités de location. Libre maintenant. Information : 514 598-5423 ou 514 523-9483.

Vieux Saint-Lambert – Bureau à partager. Agréable, meublé, climatisé, téléphone, salle d'attente. Disponible un ou deux jours/semaine. Tarifs abordables. Pour information : Louise, 514 769-2896.

Centre-ville Montréal – Deux grands bureaux, cachet, style loft, grande fenêtre, haut plafond, vue superbe. Chauffage, électricité inclus. Prix raisonnable. Marc Pistorio : 514 396-5051.

En bref

Une équipe de consultation sur le suicide reçoit un Prix d'excellence

Lors de la soirée-reconnaissance et des Prix d'excellence du Centre jeunesse de Québec – Institut universitaire (CJQ-IU), l'équipe de consultation 2^e niveau suicide – santé mentale s'est vu décerner le Prix d'excellence 2006 dans la catégorie « équipe », secteur clinique. Cette équipe formée, entre autres, du psychologue Robert Aucoin, intègre les expertises médicales, psychosociales et de réadaptation. Elle contribue à la formation des intervenants, à la continuité et à la cohérence de l'intervention ainsi qu'au soutien de la clientèle. Félicitations à tous les membres de l'équipe !



Le psychologue Robert Aucoin, le D^r Benoît Gauthier, l'infirmière Agathe Proulx, la D^{re} Marie Têtu et le D^r Richard Lemelin

Québec, coin Belvédère/René-Lévesque – Bureau meublé, bien éclairé, double stationnement, espaces disponibles : mardi soir et les mercredi et vendredi sont libres toute la journée. 418 829-1256.

À Saint-Jérôme, bureau à partager – Disponible les lundi et jeudi avec une salle d'attente. Pour information : Suzanne au 450 431-7376.

Laval – Bureau à sous-louer. Édifice médical proximité Carrefour Laval. Jonction autoroutes 15 et 440. Stationnement gratuit, meublé, climatisé. Disponibilité par blocs. Lucie : 514 941-3124.

Bureau à sous-louer, près du Théâtre Outremont. Spacieux, climatisé, meublé, calme. Salle d'attente partagée. Stationnement facile. Temps partiel/Blocs horaires, prix abordables. 514 364-6696.

Québec, bureaux à temps plein ou partiel. Facile d'accès. Possibilités multiples. Terrasses (vue ville). 418 694-7174 ou brigitterodrigue@videotron.ca.

Bureaux à louer au cœur du Vieux Longueuil. Clinique de psychologie dans édifice professionnel. Quelques heures/blocs/journées disponibles. Meublés, climatisés, salle d'attente, micro-ondes, frigo, téléphone. Possibilité de références. Pour information : 450 679-9989.

Bureaux à louer – Vieux Terrebonne. Édifice professionnel, dont psychologue. Nouvellement décoré, chaleureux, meublé, salle d'attente, cuisinette. Diverses modalités de location. Possibilité de références. 514 802-2470

À VENDRE

À vendre – magnifique condo (secteur NDG). 4 1/2 rénové + bureau insonorisé avec porte d'entrée séparée, salle d'attente, toilette. Idéal pour psychologue. Informations : 514 220-6348.

PSYCHOLOGUES RECHERCHÉS

Psychologue à temps partiel recherché à Saint-Constant, avec ou sans expérience, pour enfants, adolescents et adultes : clientèle fournie. Renseignements : Suzanne Bibeau au 450 633-0022.

Le Centre de Psychologie Gouin recherche deux psychologues. Pratique principale en évaluation psychologique et expertise. Psychothérapie et activités de consultation en pratique complémentaire. Connaissance des outils projectifs et des tests intellectuels, expérience en clinique infantile ou adolescente serait favorable. Pour information ou pour postuler, contactez Maryse Pesant : 514 331-5530 ou info@cpgouin.ca.

Aide psychologique Rive Sud est à la recherche d'une psychologue spécialisée auprès des enfants pour location de bureau au mois. Contactez Ginette Plante : 450 441-6909.

Psychologue recherché(e) – Joliette. Temps partiel. Clientèle fournie. Thérapie individuelle et de couple (atout), problématiques variées. Faire parvenir votre CV à jboucher@intermonde.net. Information : Joane Boucher : 450 756-2223. Seules les personnes dont la candidature a été retenue seront contactées.

La Clinique de psychologie Celia Lillo est à la recherche de psychologues spécialisés en thérapie de couple et/ou médiation familiale et/ou coaching parental, dans un contexte de séparation et divorce. Envoyez votre CV à madame Celia Lillo, psychologue. Télécopieur : 514 499-1231 ; courriel : cpcelialillo@bellnet.ca

Psychologues recherchés – Bureau situé à Repentigny. Urgent : Psychologue pour enfant, psychologue pour les couples. Profil : expérience clinique de cinq ans. Clientèle fournie, horaires souples. Parfait pour compléter un poste à temps partiel dans le réseau. Faites parvenir votre CV au 450 582-1045. Seules les candidats retenus seront contactés.

Deux psychologues recherchés.

Un(e) psychologue pour clientèle d'adultes pour troubles divers, et un(e) psychologue pour suivis thérapeutiques auprès d'une clientèle d'enfants et d'adolescents pour troubles divers. La passation de tests d'évaluation serait un atout. Clinique privée à Lachenaie, facile d'accès, flexibilité d'horaire, clientèle fournie. S.V.P., envoyer votre curriculum vitae par fax au 450 657-9248 ou par courriel à psychologie@centrelachenaie.ca

Longueuil – rue Saint-Charles. Recherchons collaborateurs d'orientation cognitivo-comportementale, humaniste, neupsychologique. Possibilité de références. Bureaux chaleureux à sous-louer. Entrevue et atomes crochus indispensables ! Téléphone : 450 651-5496.

SERVICES OFFERTS

Vacances aux Îles-de-la-Madeleine. Chalet à louer, à 100 pas de la plage de la baie de Plaisance à Havre-Aubert. Deux chambres, équipement complet, BBQ, emplacement pour feu extérieur, terrain tranquille, immense plage de 12 km 30 à 50 % de rabais pour mois de mai, juin, septembre et octobre. Luc Chevrier : 418 986-6166, chaletssolange@hotmail.com. Site web : www.ilesdelamadeleine.com/chaletssolange.

Les Services Professionnels de prévention du suicide de Montréal.

Évaluation, psychothérapie, supervision individuelle ou de groupe, formation, postvention. Si vous souhaitez vous perfectionner, ou si vous vous sentez démun(e) face à la problématique du suicide, et désirez une supervision de qualité fondée sur une expérience véritablement clinique et pertinente, contactez-nous en toute confiance.

Nous pouvons également vous offrir du soutien si vous perdez un client par suicide. Nous offrons une approche alternative en prévention du suicide, intégrative, structurante, nuancée et humaine. Direction : Gaëtan Roussy, psychologue. 514-840-0614 ou gaetanroussy@hotmail.com

Précisions!

COMME les lecteurs l'auront sûrement remarqué, deux erreurs se sont glissées dans la dernière livraison de *Psychologie Québec*. Dans l'article annonçant l'entrée en fonction de la nouvelle coordonnatrice à l'inspection professionnelle, en page 9, nos lecteurs auraient dû lire le prénom Marcelle et non Marcel. De plus, le titre du texte de la page 31 devait se lire comme suit : « **Les troubles envahissants** du développement avec déficience intellectuelle ». L'équipe de rédaction du magazine *Psychologie Québec* tient à présenter ses excuses à l'auteur de ce texte, M^{me} Ulla Hoff, ainsi qu'à M^{me} Marcelle Farahian.

Par **Cynthia Turcotte, M. Ps.**
et **Julie Vadeboncoeur, Ph. D.**

Un mauvais quart d'heure pour les centres commerciaux ?

Avec la montée fulgurante des sites de vente sur Internet, on est en droit de s'interroger sur l'avenir du bon vieux centre commercial. Des chercheurs se sont intéressés à la question du pouvoir attractif des centres commerciaux comme facteur influençant le choix de magasiner en ligne ou en personne. Pour les besoins de leur étude, ils ont adressé un questionnaire à 3 200 internautes. L'attrait des centres y était défini par la commodité et l'accessibilité des boutiques ainsi que par l'éventail des produits offerts. L'étude montre que plus les consommateurs perçoivent les centres commerciaux comme attrayants (une notion peut-être plus difficile à comprendre pour un homme, n'est-ce pas?), moins ils sont enclins à acheter en ligne. Les résultats varient selon le mode de transport utilisé par les répondants. Ainsi, de façon plus précise, les gens qui se déplacent en automobile étaient davantage influencés par la facilité de l'accès au centre commercial, tandis que les individus utilisant un autre mode de déplacement (autobus, vélo, etc.), accordaient plus d'importance à l'attrait des boutiques. De plus, notons que, dans cette étude, les activités de loisir intégrées aux grands centres commerciaux n'avaient pas beaucoup de poids dans la balance. Comment comprendre ce dernier résultat? Les uns diront que magasinage et loisirs ne peuvent coïncider et les autres rétorqueront que le lèche-vitrine est un loisir suffisant en soi!

Weltevreden, J.W.J. et Van Rietbergen, T. (2007). « E-shopping versus city centre shopping : the role of perceived city centre attractiveness ». *Tijdschrift voor Economische en Sociale Geografie*, 98(1), p. 68-85.

L'envers positif du cancer

Selon les données rapportées par la Société canadienne du cancer, environ 40 % des Canadiens seront atteints de cette maladie au cours de leur vie. Pour faire face à un tel diagnostic, certains se tourneront vers la pratique d'une forme d'art. Que trouvent-ils dans cette activité? Reynolds et Lim (2007) ont rencontré 11 femmes atteintes d'un cancer afin de comprendre pourquoi elles avaient choisi d'intégrer l'art comme façon de vivre leur maladie. Certaines participantes ont expliqué comment cela avait été, en premier lieu, une source d'apaisement de leur détresse émotionnelle. Elles pouvaient ainsi se libérer de la colère et de la tristesse ou encore se distraire de l'anxiété ressentie. D'autres ont mis l'accent sur l'art comme source d'accomplissement et de satisfaction personnelle (demeurer productive) ainsi que comme moyen d'améliorer la perception de leur identité (regagner un sentiment de maîtrise) et même de protéger la normalité de la dynamique familiale (offrir à autrui un autre sujet de discussion que le cancer). Ces femmes ont précisé que cet engouement pour l'expression artistique avait été favorisé par la présence d'habiletés manuelles préalables, par leur philosophie personnelle (demeurer proactive), par leurs modèles familiaux en ce qui concerne l'adversité (voir le positif dans toute expérience) et par les encouragements de leur entourage. Ce type d'étude permettra sans doute d'en inspirer plus d'un et d'ouvrir la voie à une meilleure compréhension des facteurs qui jouent un rôle dans l'adaptation à une maladie menaçante pour la vie.

Reynolds, F. et Lim, K. H. (2007). « Turning to art as a positive way of living with cancer : A qualitative study of personal motives and contextual influences ». *The Journal of Positive Psychology*, 2 (1), p. 66-75.

Gouvernement = créativité ?

La société est de plus en plus critique et complexe comme en témoignent les dernières élections provinciales au Québec. Une étude intéressante sur la créativité organisationnelle s'est penchée sur la manière de stimuler la créativité et l'innovation dans les équipes de travail que compose un gouvernement. Questionnés sur leurs équipes de travail, 154 employés de trois ministères (Transports, Travaux publics et Gestion de l'eau) ont fourni leurs perceptions quant à la culture coopérative (forts liens sociaux, ouverture, communication, engagement), à la culture « adhocratique » (à l'inverse de la bureaucratie, fait place à l'inno-

vation et l'adaptation), à la participation des employés (niveau d'engagement vis-à-vis des objectifs), au savoir partagé (interactions entre les employés) et à la justice procédurale (croyance d'être traité de façon juste par l'organisation). L'étude vise à connaître les liens entre ces cinq dimensions et la créativité au travail. Les résultats montrent que les employés percevant leur organisation comme « adhocratique », qui participent à un niveau élevé et qui partagent leur savoir perçoivent leur travail comme étant créatif. De plus, les individus qui partagent plus leur savoir perçoivent leur organisation comme

La neuropsychologie de la constipation : un circuit fermé

Une étude rapportant deux vignettes cliniques d'enfants âgés de quatre et cinq ans, présente un modèle neurodéveloppemental expliquant l'encoprésie avec constipation. L'auteure, une neuropsychologue travaillant en clinique de développement depuis une dizaine d'années, a observé durant sa pratique des profils similaires chez des enfants lunatiques, introvertis et passifs qui présentaient une encoprésie primaire avec constipation. Les difficultés spécifiques communes touchaient la motricité, l'intégration sensorielle, le langage expressif, la flexibilité cognitive, l'orientation automatique de l'attention et le traitement visuel. Les deux enfants avaient pour diagnostic un déficit d'attention avec hyperactivité de type inattentif ainsi que des traits anxio-dépressifs. L'auteure discute de la constipation chronique en tant que stress physiologique important qui résulterait d'un manque de maturation neurophysiologique et cognitive ou de facteurs psychosociaux s'y rattachant. De plus, en tant que stress physiologique, la constipation contribuerait à l'augmentation du stress familial menant à un état de stress chronique. Le cerveau de l'enfant de moins de cinq ans étant sujet à la plasticité cérébrale, le stress chronique ainsi engendré aurait des effets nuisibles sur le développement cérébral. En découlerait l'apparition de déficits touchant entre autres le système attentionnel. La présence de problèmes d'attention élèverait encore plus l'inquiétude des parents et le stress familial. Bref, il s'agit d'un circuit fermé qui s'alimente sans fin si on ne considère pas le rôle central qu'y joue la constipation!

Houde, M. (2006). « L'encoprésie avec constipation : un modèle neurodéveloppemental ». *Revue québécoise de psychologie*, 27(2), p. 227-244.

étant une équipe qui coopère et qui possède un haut niveau de justice procédurale. Viser l'adhocracy permettrait aux organisations d'atteindre un plus haut niveau d'innovation et de créativité et, par voie de conséquence, aux gouvernements de répondre davantage aux défis complexes de la société actuelle...

Schepers, P. et van den Berg, P. T. (2007). « Social Factors of Work-Environment Creativity ». *Journal of Business and Psychology*, 21(3), p. 407-428.

Cynthia Turcotte est psychologue à la clinique de développement du CARL-CSSSL et est candidate au doctorat en psychologie de l'Université de Montréal.

Julie Vadeboncoeur est psychologue en oncologie à l'Hôpital Charles-Lemoyne.



DOMINIQUE INTERACTIF C'EST QUOI?

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



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

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



D.I.M.A.T. inc, Boîte postale 212, succursale Victoria, Westmount, Québec H3Z 2V5
Téléphone (sans frais): 1 866 540-9255 • Télécopieur: 514 326-0993

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

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

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

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

COMPOSEZ SANS FRAIS LE 1 877 807-3756
IL NOUS FERA PLAISIR DE VOUS CONSEILLER

GATINEAU JONQUIÈRE MONTRÉAL QUÉBEC SHERBROOKE



Cabinet de services financiers