

PORTRAIT

MARYSE LASSONDE, UNE NEUROPSYCHOLOGUE CHERCHEUSE D'ONDES

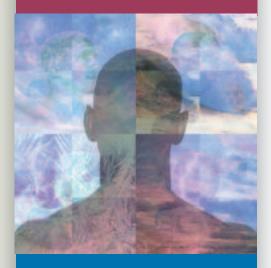
LE LOGO DE L'ORDRE REVU ET AMÉLIORÉ

AND STREET, ST

LE WISC-IV ET LES NORMES QUÉBÉCOISES







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

Documentation disponible en ligne ou sur demande

Institut Victoria

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

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

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

PSYCHOLOGIE DE LA PERSONNALITÉ

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

► NOUVELLES FORMATIONS

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

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

Montréal 275 \$ (taxes incluses) les 21 et 28 octobre 2009

Réadaptation physique et trouble de la personnalité

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

Montréal 275 \$ (taxes incluses) les 25 septembre et 2 octobre 2009

► PERFECTIONNEMENT DE 3 JOURS

LES TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ : INTRODUCTION À L'INTERVENTION

Montréal 375 \$ (taxes incluses) Groupe D les 13, 20 mai et 3 juin 2009 Groupe A les 15, 22 octobre et 5 novembre 2009

Régions 445 \$ (taxes incluses) Ouébec les 28, 29 et 30 mai 2009

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

Groupe 2008-2011 à Montréal et 2008-2011 à Québec en cours (complets) Prochains groupes débutant en septembre 2009

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

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

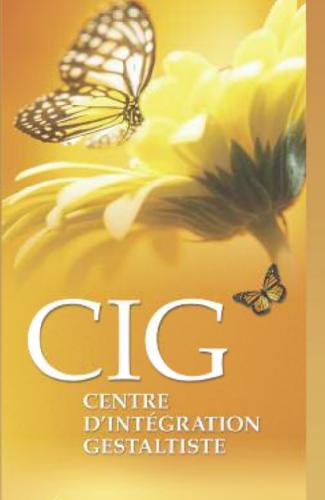
Montréal 150 \$ (taxes incluses) le 14 mai 2009

ATELIERS THÉMATIQUES D'APPROFONDISSEMENT

Prérequis : « Perfectionnement clinique de 3 jours »

Montréal 150 \$ (taxes incluses)

■ Structure schizoïde, le 5 juin 2009



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

Formation clinique 29e promotion Septembre 2009

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

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

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



> dossier p.16 L'attachement

- 16_ L'intervention auprès des familles vulnérables fondée sur les principes de l'attachement Par D^e Ellen Moss, professeure au Département de psychologie de l'UQAM
- 20_ Les travaux découlant de la théorie de l'attachement : quelle utilité pour le clinicien?

 Par D^{re} Marie-Julie Béliveau, psychologue, D^r Jean-François Bureau, psychologue,

 Marlène Lemieux, psychologue et D^{re} Dominique Pallanca, psychologue
- 24_ L'attachement dans les relations de couple : fonctions et enjeux cliniques Par Dre Audrey Brassard, psychologue et Dr Yvan Lussier, psychologue
- 27_ De la théorie de l'attachement à la conceptualisation transgénérationnelle chez les jeunes parents « de la rue »

Par Nathalie Otis, psychologue, Eveline Gagnon, doctorante en psychologie et D° Sophie Gilbert, psychologue

31_ L'attachement dans le contexte de l'adoption au Québec Par Diane Quevillon, psychologue et Sonia Lechasseur, psychologue

Les psychologues dans les médias

Les psychologues qui souhaitent s'inscrire à la banque de ressources pour les médias peuvent le faire en tout temps. Il suffit d'entrer dans la zone des membres du site Internet de l'Ordre www.ordrepsy.qc.ca/membres et de cliquer sur l'image « Inscrivez-vous à la banque de ressources pour les médias ». N'hésitez pas à nous faire part de vos collaborations en envoyant un courriel à amcarriere@ordrepsy.qc.ca. Nous nous empresserons de les ajouter sur la page « Psychologues dans les médias » de la zone publique du site de l'Ordre www.ordrepsy.qc.ca.













07 Éditorial

Projet de loi 21 et interdisciplinarité

09_ Déontologie

L'apparence d'objectivité de l'expert

10_ Pratique professionnelle

Au-delà du consensus, l'incontournable exercice du jugement professionnel dans l'utilisation du WISC-IV

- 15_ Nouveau cadre pour le logo de l'Ordre
- 34_ Portrait

Maryse Lassonde: la chercheuse d'ondes

- 38_ Colloques et congrès
- 40_ Vient de paraître
- 42_ Petites annonces
- 44 Tableau des membres
- 46 La recherche le dit

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

Dépôt légal

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

Envoi en poste publication, numéro de convention 40065731 Rédactrice en chef :: Diane Côté

Comité de rédaction :: Rose-Marie Charest, Nicolas Chevrier, Yvette Palardy

Rédaction :: Annie-Michèle Carrière

Publicité :: David St-Cyr

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

Conception graphique et production ::

Quatuor Communication

Abonnements ::

Membres OPQ :: gratuit

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

Ordre des psychologues du Québec

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

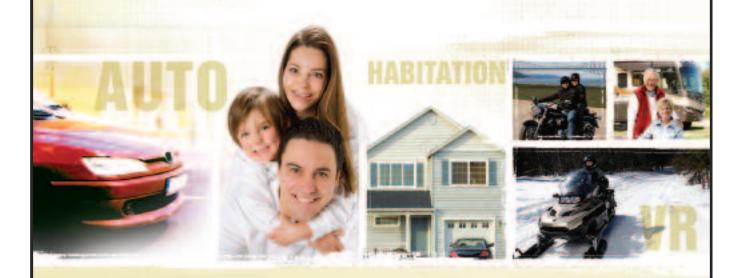
Psychologie QUÉBEC

Dates de tombée des annonces publicitaires :

Juillet 2009 : 22 mai 2009 Septembre 2009 : 31 juillet 2009

Exclusivement réservé aux membres

L'assurance d'avoir PLUS de privilèges



PLUS d'économies

sur vos primes d'assurance automobile et habitation

Nouveau

Des réductions s'appliquent maintenant sur vos véhicules récréatifs (moto, motoneige, VTT, caravane, autocaravane et bateau)



Demandez une soumission et courez la chance de découvrir l'Australie





CABINET EN ASSURANCE DE DOMMAGES

Règlements disponibles à la Vice-présidence marketing.

Sans frais : 1 866 551-2641 • Montréal : 514 788-3527 • www.lacapitale.com



Rose-Marie Charest / Psychologue

Présidente de l'Ordre des psychologues du Québec

Éditorial

Projet de loi 21 et interdisciplinarité

Le projet de loi 50, mort au feuilleton lors du déclenchement des élections, a été remplacé par le projet de loi 21. Au moment d'écrire ces lignes, celui-ci a déjà été déposé à l'Assemblée nationale par la ministre de la Justice, responsable de l'application des lois professionnelles, Madame Kathleen Weil. L'opposition officielle a alors demandé la tenue d'une commission parlementaire, ce à quoi le Leader parlementaire en chambre, Monsieur Jacques Dupuis, a répondu qu'une telle commission avait déjà été tenue au printemps dernier à la suite du dépôt du projet de loi 50. Le projet de loi 21 contient d'ailleurs de nouveaux articles permettant notamment de calmer les inquiétudes légitimes, soulevés lors de cette commission, quant aux risques de bris de service et de non respect des droits acquis. Malgré tout, certains groupes pourraient continuer à faire pression. En démocratie, le droit d'être entendu est fondamental mais pas celui de bloquer, sous le couvert de la protection du public, tout projet de loi qui ne donne pas suite à nos désirs.

Les objections qui demeurent concernent davantage la quête d'exclusivité au détriment de la reconnaissance des compétences de chacun. Or, la base même de toute la révision du système professionnel, en santé mentale et en relations humaines comme en santé physique, est le principe d'interdisciplinarité. Chacun met ses compétences au service de la personne et, au besoin, réfère à un autre professionnel qui détient ses propres compétences, lesquelles peuvent être semblables en certains points ou complémentaires.

Une bonne relation entre les professionnels est la clé du succès de bien des interventions et de l'efficacité de tout système de services. Or, toute relation, pour être harmonieuse, requiert un solide sentiment d'identité. La rencontre de l'autre, le partage d'un territoire commun, peuvent alors avoir lieu sans constituer une menace pour l'un ou l'autre. Ce que le projet de loi vient enfin faire, c'est mieux identifier et reconnaître les compétences de chacun, ce qui constitue un important soutien identitaire. En effet, la définition des champs d'exercice reflète mieux la réalité actuelle et les activités réservées le sont à partir de l'évaluation de la formation et de l'expertise acquise dans chaque profession. L'objectif ultime est de mieux guider le public, les gestionnaires et les professionnels à identifier qui peut faire quoi, et ce, à partir d'un encadrement aussi rigoureux en santé mentale que celui en vigueur en santé physique.

Cela ne peut que renforcer l'identité professionnelle. On devrait pouvoir s'attendre, en conséquence, à ce que les relations entre professionnels en soient améliorées. On devrait aussi pouvoir compter sur une plus grande fluidité dans le réseau de services, en santé comme en éducation, dans le réseau privé comme dans le réseau public ainsi que dans les interactions entre tous ces secteurs.

Je demande aux psychologues d'être des ambassadeurs de ces principes maintenant et après l'adoption du projet de loi. Les activités qui nous sont réservées ne devraient jamais nous permettre d'empêcher le public d'avoir accès à d'autres professionnels qui peuvent offrir des services à l'intérieur de leur champ de compétence. De même, nous ne devrions pas tolérer que d'autres le fassent par rapport à notre champ de compétence.

La responsabilité sociale du professionnel est de faciliter l'accès aux services. Les besoins ne cesseront de grandir. Les ressources devront s'adapter. Cela ne signifie surtout pas que l'on doive diminuer les exigences de compétences pour les professionnels ni la qualité des services offerts. Cela aurait l'effet inverse : multiplier les services inefficaces et augmenter les besoins. Le projet de loi 21, je le rappelle, est le résultat d'une démarche rigoureuse visant à mieux définir les compétences et à augmenter l'accès aux compétences ainsi définies. Cela devrait calmer toutes les peurs qui engendrent trop souvent des batailles de territoire basées sur autre chose que sur la défense de l'accessibilité compétente. C'est pour cela que j'ai défendu ce projet de loi et que je continuerai de le faire.

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

_RÉSULTATS DES ÉLECTIONS À L'ORDRE DES PSYCHOLOGUES

Au terme de la période de mise en candidature le 21 avril à 17 h, la présidente, M^{me} Rose-Marie Charest, a été réélue par acclamation.

Les administrateurs suivants ont aussi été réélus par acclamation : M. Gilles Biron de la région Outaouais/Abitibi-Témiscamingue/Nord-du-Québec, M^{me} Suzanne Déry de la région de Québec, M. Martin Drapeau ainsi que M^{me} Catherine P. Mulcair tous deux de la région de Montréal.

Dans le cadre du congrès annuel de la Société canadienne de psychologie qui se tient à Montréal du 11 au 15 juin 2009, l'Ordre des psychologues du Québec organise un séminaire précongrès sur l'évaluation des troubles mentaux, le mercredi 10 juin.

Formation

L'évaluation des troubles mentaux à l'aide du DSM-IV-TR



Il est prévu que les psychologues puissent d'ici peu exercer un acte réservé concernant l'évaluation des troubles mentaux. Nous vous proposons cinq heures de formation, de niveau intermédiaire, sur l'évaluation clinique des troubles mentaux des adultes au moyen du DSM-IV-TR. Tout en survolant les notions fondamentales du DSM-IV-TR, rapidement nous vous inviterons à mettre vos connaissances en pratique.

CONTENU ET OBJECTIFS

- :: Présentation des notions fondamentales de l'évaluation en psychologique clinique.
- :: Comment intégrer la classification diagnostique du DSM-IV-TR à sa pratique clinique en psychologie (avantages et pièges fréquents).
- :: Évaluation clinique de cas touchant les principales pathologies du DSM-IV-TR (évaluation surtout de cas cliniques intermédiaires).
- :: Vous aider à consolider vos acquis et identifier les aspects diagnostiques à améliorer pour vous préparer à la réalité qui vous attend.

Les participants seront invités à jouer le jeu face à des vignettes cliniques comme soutien à l'enseignement théorique. Un document PowerPoint leur sera remis.

** Matériel obligatoire pour les participants : mini-DSM-IV-TR ou DSM-IV-TR format régulier.

FORMATEUR

D^R FABIEN GAGNON, PSYCHOLOGUE ET MÉDECIN PSYCHIATRE

Psychologue et médecin psychiatre avec plus de vingt ans d'expérience clinique, il travaille en médecine psychosomatique au Centre hospitalier universitaire de



Québec. Il est professeur au Département de psychiatrie à l'Université Laval, tout en poursuivant son enseignement auprès de différents groupes professionnels en santé mentale.

MERCREDI 10 JUIN 2009

Lieu:

Hôtel Fairmont Le Reine Élizabeth 900, boulevard René-Lévesque Ouest Montréal

Horaire:

8 h 30 : Accueil 9 h à 12 h : Atelier

12 h 30 à 13 h 30 : Dîner libre

13 h 30 à 16 h 30 : Suite et fin de l'atelier

Inscription:

Veuillez vous inscrire en ligne directement auprès de la Société canadienne de psychologie : www.cpa.ca/inscription

Tarifs:

Membres OPQ ou membres SCP: 158 \$ + TPS: 165,90 \$ Étudiants: 85 \$

La date limite pour les inscriptions à l'atelier est le 14 mai 2009.

Tous les membres de l'Ordre peuvent s'inscrire à cette formation, et ce, qu'ils participent ou non au congrès de la Société canadienne de psychologie. Les personnes qui s'inscrivent au séminaire précongrès sont admissibles à des frais réduits pour l'inscription au congrès.

POUR INFORMATION

Société canadienne de psychologie : 1 888 472-0657

Déontologie

L'apparence d'objectivité de l'expert



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

Depuis plusieurs années, le bureau du syndic a diffusé une vaste documentation traitant des aspects déontologiques dans le domaine de l'expertise, que ce soit les chroniques de déontologie ou les fiches déontologiques¹. Parallèlement à ces documents, le Code de déontologie des psychologues² prescrit explicitement que « le psychologue s'acquitte de ses obligations professionnelles avec compétence, intégrité, objectivité et modération. Le psychologue évite toute fausse représentation en ce qui a trait à sa compétence, à l'efficacité de ses propres services ou de ceux généralement rendus par les membres de sa profession. » (Art. 7)

Dans cet article, nous traiterons de l'obligation d'objectivité de l'expert. Rappelons que l'objectivité se définit comme étant « la qualité de ce qui est impartial »³ et qu'elle doit transparaître tout au long du mandat d'expertise, et ce, dès le premier contact téléphonique, autant dans l'attitude du professionnel que dans la qualité de ses interventions.

En effet, l'expertise, plus particulièrement en matière de garde d'enfants et de droits d'accès, requiert de la part du psychologue expert, une préoccupation minutieuse. Ceci implique non seulement d'évaluer les parents de façon symétrique, de rédiger le rapport et de prononcer un témoignage, mais aussi de projeter une image d'une grande neutralité tout au long de ce processus. Dans ce type de mandat, l'expert doit le plus souvent rendre des services professionnels à des personnes prises dans un litige, alors que ces dernières s'inquiètent de l'issue du processus d'évaluation auquel elles se soumettent. L'expert doit être conscient qu'en pareilles circonstances il sera exposé à la vigilance des protagonistes et de leur avocat et que ses propos, faits et gestes pourraient être interprétés comme un manque d'objectivité de sa part. Par conséquent, s'il ne porte pas une attention particulière à cet aspect délicat de son rôle, il se pourrait que son manque d'objectivité ou de neutralité soit rapidement invoqué autant en cours de processus d'évaluation, après le dépôt de son rapport que lors de son témoignage devant le tribunal.

Depuis les dernières années, le nombre de demandes d'enquête visant le domaine de l'expertise a diminué. Les obligations déontologiques balisant les activités de l'expert souvent explicitées et clarifiées par la documentation, dont Les lignes directrices pour l'expertise en matière de garde d'enfants et des droits d'accès⁴, ainsi que par les activités de formation continue peuvent avoir aidé à promouvoir cette situation.

Par contre, le manque d'objectivité et de neutralité de la part des psychologues experts demeure souvent au cœur des reproches émis par le public et des plaintes portées à l'attention du bureau du syndic. Voici des exemples d'erreur d'experts mandatés de façon conjointe par les parties.

LORS DE L'ÉVALUATION, L'EXPERT

- :: au début du processus, téléphone dans le but de se présenter à l'autre partie, plusieurs jours, semaines, voire mois, après avoir contacté l'autre parent;
- :: passe un nombre d'heures significativement différent avec une partie sans motiver cette disparité;
- :: diffuse des conseils à une partie à la fin du processus ou après, à l'insu de l'autre partie;
- :: démontre une attitude amicale, chaleureuse avec une des parties;
- :: dans son rapport, écrit des commentaires négatifs en provenance des contacts collatéraux de l'autre partie, sans qu'il y ait de contrebalance;
- ne tient pas compte, dans ses conclusions ou recommandations, d'un problème identifié par une des parties;
- :: ne rapporte pas des aspects positifs identifiés en termes de comportements ou de traits de personnalité d'une partie;
- :: utilise des mots, des expressions ou un ton qui teintent négativement son évaluation d'une partie;
- :: fait part des résultats de son rapport à une partie seulement ou bien tarde avant d'en faire part à l'autre.

_AU TRIBUNAL, L'EXPERT

- :: salue une des parties sans saluer l'autre;
- :: se présente avec une des parties et son avocat;
- :: passe du temps avec eux en attendant l'audition;
- :: va prendre un repas avec une des parties durant l'ajournement ou à la fin de l'audience;
- :: s'assoit près d'une des parties durant l'audition.

Cette liste comporte des faits observés par les syndics lors d'enquêtes. La lecture de certaines de ces situations démontre à quel point l'apparence d'objectivité est fragile, mais elle n'en demeure pas moins la base même de la crédibilité du psychologue expert et, par conséquent, au cœur même d'un service professionnel de qualité.

Références

- $1 \quad \text{Ordre des psychologues du Québec. Fiches déontologiques. Disponible sur } \\ www.ordrepsy.qc.ca/extranet/fr/fiches_deontologiques/index.html$
- 2 Ordre des psychologues du Québec. Code de déontologie. Disponible sur www.ordrepsy.qc.ca/fr/protection/code_deontologie.html
- 3 Cette définition est tirée du dictionnaire fourni par le logiciel de correction et d'amélioration de la langue Antidote.
- 4 Ordre des psychologues du Québec. Les lignes directrices pour l'expertise en matière de garde d'enfants et des droits d'accès. Disponible sur www.ordrepsy.qc.ca/extranet/pdf/2006_02_Lignes _directrices_Expertise_garde_enfants_droits_acces.pdf

Pratique professionnelle

Au-delà du consensus, l'incontournable exercice du jugement professionnel dans l'utilisation du WISC-IV



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

L'utilisation du WISC-IV soulève, depuis le début, chez les psychologues du Québec de nombreuses questions. Il y a quelque temps déjà, l'Association québécoise des psychologues scolaires (AQPS) a initié des démarches pour rencontrer les responsables de la compagnie Pearson¹ afin d'obtenir des réponses notamment sur les normes de référence franco-québécoises. Quelques rencontres ont eu lieu, impliquant des psychologues de plusieurs milieux, praticiens et chercheurs, et des spécialistes de chez Pearson. Il semble qu'il n'y ait pas encore consensus, bien que plusieurs soient maintenant convaincus de la validité des normes franco-québécoises. L'AQPS a, pour sa part, pris position et recommande aux psychologues l'utilisation de ces normes, position qu'elle soutient dans un texte qui se trouve sur son site Web.

Il faut souligner que toute méthodologie de recherche comporte des forces et des faiblesses, des avantages et des inconvénients, y compris les recherches permettant la mise au point de tests psychologiques. Par conséquent, aucun test n'est parfait en toutes circonstances. Le psychologue qui choisit un test doit en connaître la portée et les limites et il doit engager son jugement professionnel quand vient le temps de tirer des conclusions à partir des résultats dont il dispose. Quelle que soit la norme de référence qu'il juge opportun d'utiliser, il est important qu'il l'indique dans son rapport afin que le résultat qu'il en dégage et la portée que d'autres pourraient lui donner ne portent pas préjudice au client.

Nous vous invitons, pour plus d'informations, à lire dans cette édition du magazine *Psychologie Québec* l'article de madame Élizabeth Roussy, psychologue, qui résume les échanges avec les spécialistes de chez Pearson et qui fait le point sur la question des normes franco-québécoises.

Notes

1 Pearson: anciennement Harcourt Assessment inc., Psychological Corporation ou PsyCorp, cette compagnie se spécialise notamment en recherche et développement d'outils d'évaluation, dont le WISC-IV.

COURS DE DÉONTOLOGIE ET PROFESSIONNALISME



POUR QUI?

Les candidats à l'admission - Les psychologues

POURQUOI?

Réfléchir sur plusieurs situations impliquant une prise de décision éthique susceptibles de se présenter dans le cadre d'une pratique professionnelle telles que : La confidentialité - Les conflits d'intérêts -La dangerosité - Les tribunaux

QUAND?

Le cours totalise **45 heures de travail** et requiert la présence des participants à **deux journées** complètes de formation de **9 h à 16 h 30**.

À MONTRÉAL

- 23 mai et 20 juin (samedis)
- 11 septembre et 9 octobre
- 16 octobre et 13 novembre
- 6 novembre et 4 décembre

OÙ?

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

COMBIEN?

284,88 \$ (taxes incluses)

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



Élizabeth Roussy Neuropsychologue

Conseillère spécialisée en psychométrie au Centre de psychométrie et de mesures en réadaptation, Centre de réadaptation Marie Enfant (CRME), CHU Sainte-Justine.



Geneviève Duchesne Neuropsychologue

Programme de psychiatrie, neurodéveloppement et génétique du CHU Sainte-Justine.



D^r Georges Beauséjour Psychologue

Chef professionnel des psychologues du CHU Sainte-Justine.

WISC-IV : choisir les normes pour la population québécoise

Les guides de pratique en évaluation nous incitent à choisir des instruments psychométriques non seulement bien normalisés, valides et fidèles, mais également appropriés au contexte ethnique et culturel. Malheureusement, parmi la panoplie de tests utilisés au Québec, peu répondent à ce dernier critère. La publication en 2007 des normes québécoises du WISC-IV (Wechsler, 2007) a donc suscité beaucoup d'intérêt et, à cet égard, il faut souligner les efforts faits par Pearson pour adapter les tests psychométriques à notre contexte francophone. Les psychologues ont rapidement constaté que ces normes modifient l'interprétation des résultats, notamment à la baisse, au plan du raisonnement. Puisqu'il est plus difficile de concéder une baisse de points qu'une hausse, des preuves convaincantes sont nécessaires pour se résoudre à utiliser ces normes qui bousculent les référents cliniques. Or le manuel du test donne peu d'informations sur l'échantillonnage et les indices de validité et de fidélité, ce qui contribue au questionnement que soulève le petit échantillon utilisé, soit 174 sujets.

Le présent article vise à donner un éclairage sur les normes à privilégier en partageant des informations données par l'équipe de recherche de Pearson lors d'une conférence¹ organisée par le Centre de psychométrie et de mesure en réadaptation du Centre de réadaptation Marie Enfant (CRME) affilié au CHU Sainte-Justine. L'article résume également les critiques de quatre consultants externes² ayant des connaissances avancées en statistiques et qui ont examiné la méthode de normalisation utilisée.

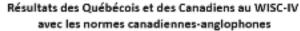
LES NORMES CANADIENNES NE REFLÈTENT PAS LA POPULATION QUÉBÉCOISE

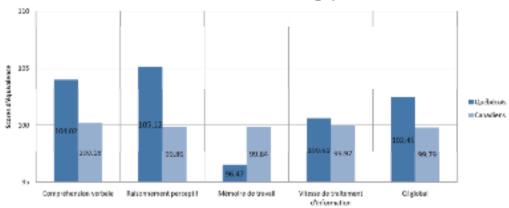
Selon Gendron & Zhu (2009), les normes canadiennes du WISC-IV ne seraient pas appropriées pour évaluer la clientèle québécoise, puisqu'il existe des différences significatives entre les Canadiens et les Québécois. Au test WISC-IV, les Québécois, comparés aux Canadiens, réussissent moins bien à l'Index Mémoire de travail et mieux aux Index Compréhension verbale, Raisonnement perceptif et au QI global. Les résultats sont comparables à l'Index Vitesse de traitement (voir graphique 1).

Des différences de moyenne au WISC-IV entre des populations ont souvent été observées (Gendron & Zhu, 2009) et des dissemblances culturelle, langagière et démographique sont invoquées pour les expliquer. Au Québec, la grande homogénéité de la culture et du système d'éducation est notamment avancée comme explication. Les auteurs ajoutent que, selon les rapports du Conseil des ministres de l'Éducation du Canada (2001), les Québécois auraient aussi des résultats supérieurs à ceux des Ontariens et des Canadiens anglais en lecture, mathématiques et sciences.

Ce qu'il importe de souligner, c'est qu'en l'absence d'ajustement des moyennes, les différences entre les composantes sont faussement accentuées, puisque certaines d'entre elles sont plus

Graphique 1





élevées, alors que d'autres le sont moins. Concrètement, les normes canadiennes-anglaises laissent croire qu'un enfant québécois francophone dans la moyenne a des habiletés de raisonnement meilleures que son potentiel, associées à un léger décalage sur le plan de la mémoire de travail.

_AJUSTEMENT DES NORMES QUÉBÉCOISES DU WISC-IV

Puisque la fidélité et la validité du WISC-IV ont déjà été établies à partir de la population américaine, canadienne et franco-ontarienne, une normalisation traditionnelle ne serait pas requise, selon Gendron & Zhu (2009) et « Questions fréquentes... » (en ligne, 2009). De plus, les analyses effectuées sur les données de la population québécoise montrent que les courbes de performance suivent de façon parallèle celles obtenues auprès des autres populations. Ceci confirmerait que le WISC-IV est valide chez les Québécois, puisqu'il mesurerait les mêmes concepts que chez leurs voisins.

LA NORMALISATION INFÉRENTIELLE

Une nouvelle méthode sous instance de brevet, la normalisation inférentielle (Wilkins, Rolfhus, 2004), a été utilisée afin d'effectuer les ajustements de moyennes. Cette méthode permettrait d'utiliser des normes reconnues pour leur valeur statistique et générées auprès d'un grand échantillon afin d'effectuer un ajustement des normes auprès d'un petit échantillon.

La méthode de normalisation inférentielle a l'avantage de requérir jusqu'à quatre fois moins de sujets que la normalisation traditionnelle (Wilkins, Rolfhus, 2004). Ceci s'explique par le fait que la distribution de la population pour un certain âge est estimée à partir des données de tous les groupes d'âge, notamment des âges voisins, et non pas seulement à partir des données collectées pour ce groupe d'âge. Deux critiques émanent de ces éléments d'information. D'abord, Achim (communications personnelles, février et mars 2009) souligne que les sujets du bout (c'est-à-dire les individus âgés de 6 et 16 ans) n'ont pas de voisins d'un côté. Par conséquent, il est possible que l'erreur de mesure soit plus grande pour ces âges. Ensuite, Achim et Cousineau (communication personnelle, 26 février 2009) soulignent que l'étude de validité de cette méthode comportait 50 sujets par groupe (Wilkins, Rolfhus, 2004). Or aucune étude n'aurait démontré que la méthode est efficace avec 16 sujets par groupes, comme c'est le cas pour les normes québécoises.

La normalisation inférentielle permet de générer des moments statistiques (p. ex. moyenne, écarts types, erreurs types, etc.) pour chacun des groupes d'âge. Une fois ces statistiques obtenues, des courbes idéales sont tracées à travers ces moments. Les courbes correspondent à des équations de régressions polynomiales allant du degré 1 à 5. La principale critique des consultants concerne l'absence de motivation sur le degré idéal. Choisir un polynôme de degré trop élevé entraînerait le risque que la courbe idéale épouse les spécificités de l'échantillon, rendant les normes moins généralisables, selon Cousineau. Les consultants ajoutent

que sans contrainte théorique une courbe polynomiale peut prendre une infinité de formes arbitraires. Selon les informations données par Pearson Assessment (Wechsler, 2007; Gendron & Zhu, 2009), il y aurait néanmoins contrainte théorique, puisque ce sont l'expérience clinique de l'instrument et l'expertise acquises avec des normalisations antérieures (p. ex. les courbes de croissance observées dans l'échantillon canadien, franco-ontarien et américain) qui ont permis d'ajuster les données.

Une autre réserve émise par Cousineau est que la forme de la distribution à ses extrémités n'ayant pas été prise en compte, les individus ayant un QI très haut ou très bas risquent d'être plus marginalisés. Notons cependant que les données d'enfants atteints d'un retard mental ou dotés d'une douance intellectuelle déjà identifiés, les 2,2 % à l'extrémité inférieure et supérieure de la courbe normale, ont été ajoutées à l'échantillon normatif (Wechsler, 2007; Gendron & Zhu, 2009). Ceci permet, en partie du moins, de combler cette lacune.

L'une des dernières étapes de la normalisation inférentielle implique des procédures de lissage qui permettent d'éliminer les données marginales et la variance échantillonnale de façon à ce qu'il y ait progression des scores à l'intérieur de chaque groupe et à travers tous les groupes d'âge. Selon Cousineau et Achim, quand un échantillon contient peu de sujets, il est difficile de déterminer ce qu'est une donnée marginale. De plus, Achim observe dans quelques données brutes québécoises que la courbe de performance pour certains âges, dans certains sous-tests, descend plutôt que d'augmenter progressivement en fonction du développement. La comparaison des deux tables de normes montre aussi un décalage inconstant entre les normes canadiennes et québécoises à travers les âges, ce qui soulève des questionnements. Bien que cette particularité puisse être attribuée à un phénomène unique au Québec, Achim estime qu'une erreur d'échantillonnage pourrait en être la cause.

LA COMPOSITION DE L'ÉCHANTILLON ET LES VARIABLES DE STRATIFICATION

Outre le nombre, la composition de l'échantillon normatif mérite d'être explicitée suivant trois variables importantes : le statut économique, la provenance géographique et l'origine ethnique.

Premièrement, le niveau d'éducation des parents aurait été utilisé à la place du statut socioéconomique, le rationnel étant que ces deux variables sont fortement corrélées (Gendron & Zhu, 2009). D'après Statistique Canada, les personnes ayant moins d'éducation auraient des revenus significativement moins élevés que les personnes ayant plus d'éducation.

Deuxièmement, en raison de la petitesse de l'échantillon, la provenance géographique n'a pas été stratifiée. Selon les recherches antérieures de la compagnie Pearson, les différences régionales disparaissent lorsqu'une stratification basée sur le niveau de scolarité est effectuée. La performance intellectuelle serait peu influencée par la variable géographique au Québec, alors que le niveau de scolarité des parents aurait un impact significatif.

Troisièmement, les chercheurs expliquent que la stratification par groupe ethnique a été omise, le Québec comprenant moins de 10 % de minorités visibles dans sa population (Gendron & Zhu, 2009). Cette absence de stratification peut être une lacune, d'autant plus que les psychologues évaluent fréquemment des francophones dont l'origine ethnique n'est pas caucasienne.

LE CHOIX DES NORMES

Pearson a utilisé une méthode statistique sous instance de brevet qui n'a pas été décrite dans le manuel. Les psychologues québécois n'ont pas endossé ces normes sans se questionner, ce qui démontre qu'ils sont critiques, vigilants et que les principes scientifiques dans leur pratique de la psychométrie leur tiennent à cœur.

Mais le choix des normes doit être fait, et à priori, afin de minimiser les risques que ce choix, s'il est fait a posteriori, ne soit influencé par le désir de favoriser le client. Un consensus entre les psychologues est également important afin d'utiliser un langage commun quand vient le temps de partager des informations. Un dilemme se pose, puisque le choix entre les normes québécoises ou canadiennes s'avèrerait imparfait dans un cas comme dans l'autre.

D'une part, l'utilisation des normes québécoises peut se révéler un choix délicat. D'abord, à la lumière des données qui leur ont été fournies, trois des quatre consultants ont évoqué de sérieuses réserves quant à la méthode statistique utilisée. Des critiques sont aussi émises quant au nombre de sujets, et ce, même en utilisant la normalisation inférentielle. De plus, des inquiétudes sont soulevées quant à de possibles erreurs d'échantillonnage. Dans cette éventualité, des mises en garde spécifiques pour certains sous-tests ou sous-groupes d'âge pourraient ultérieurement être publiées.

D'autre part, l'utilisation des normes canadiennes-anglaises n'est pas appropriée au Québec, car elle entraîne une erreur de mesure systématique lors des évaluations. Il s'agit d'une donnée significative dont il faut tenir compte pour éviter tout risque de surestimation du rendement intellectuel, qui se répercuterait par exemple sur le classement scolaire et sur l'allocation de services dont les enfants pourraient bénéficier.

Il s'agit de l'argument principal qui a convaincu l'Association québécoise des psychologues scolaires (AQPS) et le Regroupement des neuropsychologues pédiatriques du Québec (RNPQ), (qui implique des cliniciens de divers milieux) de recommander à leurs membres l'utilisation des normes québécoises. Cette recommandation a aussi été faite au CHU Sainte-Justine et au CRME, bien que chaque psychologue reste libre d'utiliser les normes qu'il juge les plus adéquates pour sa clientèle. Cette suggestion se base de plus sur les informations complémentaires recueillies lors de la conférence (Gendron & Zhu, 2009). Le choix a également été fait de croire en la bonne foi des chercheurs qui ont rectifié le tir en acceptant de présenter publiquement leurs données de recherches. Des analyses comparatives de protocoles québécois

corrigés avec les normes québécoises et canadiennes ont aussi apporté un éclairage clinique. En effet, les membres du RNPQ qui se sont prêtés à cet exercice concluent que les normes québécoises reflètent souvent mieux leurs observations cliniques, notamment en ce qui concerne le vocabulaire.

Enfin, il faut souligner que les faiblesses statistiques des normes québécoises ont été mises en évidence parce que les critiques les ont scrutées à la loupe. Un pareil exercice de révision, s'il était fait pour les autres tests que nous utilisons, nous permettrait de prendre conscience de leurs limites et ainsi, d'être plus prudents dans les conclusions qu'on en tire.

En utilisant les normes québécoises, il faudra faire preuve de discernement, comme nous devons le faire avec tous les outils qui comportent peu de sujets. Il est recommandé dans les rapports d'évaluation de spécifier les normes utilisées tout en présentant les résultats avec leur intervalle de confiance et, peut-être même, de préciser que les conclusions pourraient être différentes si on utilisait d'autres normes. L'utilisation au besoin d'outils complémentaires est également recommandée devant un profil particulier pour valider les résultats obtenus.

Références

Gendron, M-I. & Zhu, I. (octobre 2008). Normes québécoises du WISC-IV; présentation des travaux de recherche et démarche de consensus concernant le choix des normes. Conférence donnée au CRME à Montréal.

Pearson Assessment. « Questions fréquentes en ce qui concerne l'étude de validation québécoise du WISC-IV CON-F.». En ligne, 2009, http://pearsonassess.ca/hai/images/support/wisc-iv-questions-frequentes-normes.pdf (25mars 2009).

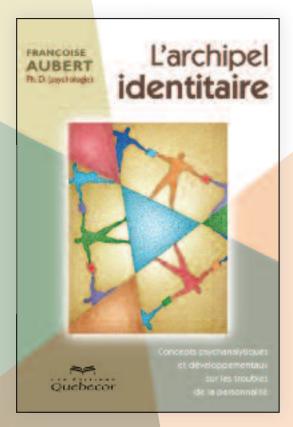
Wechsler, D. (2007). WISC-IV CDN-F Manuel de normes québécoises. Toronto (Ontario): Harcourt Assessment.

Wilkins, C., Rolfhus, E. (2004). A simulation study of efficacy of inferential norming compared to traditional norming, San Antonio (Texas): Harcourt Assessment.

Notes

- 1 Suite à cette conférence de trois heures, un document a été publié et est disponible sur le site de Pearson. Il est possible de visionner le film de la conférence en en faisant la demande à la compagnie Pearson.
- 2 Remerciements au D' Louis Picard, psychologue, CHU Sainte-Justine, Denis Cousineau, Ph. D., professeur agrégé au Département de psychologie de l'Université de Montréal, ainsi que messieurs Jean Bégin, agent de recherche et statisticien, et André Achim, Ph. D. professeur agrégé au Département de psychologie de l'UQAM.

L'archipel identitaire



Concepts psychanalytiques et développementaux sur les troubles de la personnalité

Notre psychisme humain, caractérisé tout autant par sa complexité que par sa richesse affective, constitue notre identité qui souvent échappe à notre vie consciente. L'archipel identitaire se veut une réflexion scientifique fondée sur des concepts psychanalytiques et de psychologie du développement, lesquels sont le canevas de l'écoute et de la guérison thérapeutiques.

Ce livre, de prime abord écrit pour les jeunes professionnels de la santé mentale que Françoise Aubert a été appelée à superviser, rejoint également les cliniciens chevronnés par l'intérêt de certains concepts analysés. Il s'adresse aussi aux personnes désireuses d'approfondir leur compréhension des impacts de leur histoire sur leur vie psychique.



Françoise Aubert

détient un baccalauréat en pédagogie et un doctorat en psychologie de l'Université de Montréal. Après une solide formation théorique et clinique, à l'interne et à l'externe du département de psychiatrie de l'Hôpital général juif de Montréal, elle exerce aujourd'hui sa profession de clinicienne d'approche psychodynamique/analytique en bureau privé. Depuis de nombreuses années, elle donne des formations sur la psychopathologie et supervise des professionnels de la santé mentale, en privé et en groupe. Elle est membre de l'Ordre des psychologues du Québec.

En vente dans toutes les librairies du Québec et en Europe

LES ÉDITIONS QUEBECOR

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

Courriel: simard.jacques@quebecoreditions.com

Pour en savoir plus: www.quebecoreditions.com



Nouveau cadre pour le logo de l'Ordre



L'Ordre des psychologues a décidé de rafraîchir son symbole visuel en modernisant son logo. Le nouveau logo est un réagencement des éléments que l'on retrouvait sur le logo de l'Ordre depuis 1991. La lettre « Psy », utilisée pour symboliser la psychologie un peu partout dans le monde, a été conservée dans la forme stylisée qui avait été adoptée par les membres du Bureau de l'Ordre en 1991 pour représenter la profession au Québec. Les changements apportés dans la signature actuelle sont un cadre placé autour du logo, une nouvelle typographie et une couleur différente.

Le mandat de moderniser le logo a été confié à l'agence de communication montréalaise CRI agence. Les concepteurs visuels de cette agence ont suggéré de placer le symbole visuel et la signature de l'Ordre dans un cadre. Celui-ci permet de s'assurer que le nom est constamment protégé quel que soit l'environnement au sein duquel il prend place. De plus, le cadre transmet une image de solidité qui correspond à une vision actuelle de la profession que l'Ordre veut transmettre à la population et à ses partenaires du milieu de la santé. La nouvelle typographie utilisée est la police de caractères « Bliss » qui diffuse une allure plus moderne. La couleur adoptée pour le nouveau logo est un bleu s'approchant du gris. Le numéro exact de la couleur qui sera transmis aux graphistes et imprimeurs est « Pantone 5415 »

Le nouveau logo a été adopté par les membres du conseil exécutif de l'Ordre en février dernier et il sera implanté à mesure que les documents imprimés actuels s'écouleront. Les psychologues qui utilisent le symbole visuel de l'Ordre dans leurs publicités pourront continuer de le faire jusqu'au renouvellement de leur matériel. Le symbole visuel n'a pas été vraiment modifié, le seul changement étant le cadre blanc très étroit qui entoure le carré soutenant le

symbole. Les mêmes conditions s'appliquent aux membres qui veulent utiliser le symbole visuel, le principe étant de signifier clairement qu'il ne s'agit pas de l'Ordre, mais bien d'un membre de l'Ordre. Voici à titre d'exemple une utilisation correcte du symbole par un membre de l'O.P.Q.



Sylvie Robert, M. Ps. Psychologue

Tél.: 333 234-5678

330, rue de l'Espérance Quelque part (Québec) H1H 1H1

Normes d'utilisation pour les membres.

Le nouveau symbole visuel est disponible sur le site Web de l'Ordre à l'intention des membres qui désirent le télécharger. Il nous est aussi possible de vous l'expédier par courriel si vous en faites la demande à : dstcyr@ordrepsy.qc.ca. Les normes d'utilisation du logo sont publiées dans la zone des membres du site Web de l'Ordre.

Par Diane Côté, directrice des communications

> En bref



LE PSYCHOLOGUE CHARLES MORIN HONORÉ

Le D' Charles Morin, psychologue, a été sélectionné par la Société canadienne de psychologie comme récipiendaire du prix D.O. Hebb qui lui est remis pour ses contributions remarquables à la psychologie en tant que science. Par ce prix, la SCP reconnaît la contribution éminente et durable de D' Morin à la psychologie en tant que science et à l'avancement des connaissances en psychologie au Canada. La remise du prix aura lieu le 11 juin prochain à 9 h, à l'Hôtel Reine Elizabeth de Montréal, dans le cadre de la cérémonie d'ouverture du congrès annuel de la SCP. De la part de tous ses collègues, félicitations pour ce prix!





Dre Ellen Moss

Professeure titulaire au Département de psychologie de l'Université du Québec à Montréal depuis 1997 et directrice de l'équipe FQRSC, Centre d'études sur l'attachement et la famille. Ses travaux de recherche portent sur les relations parent-enfant et l'attachement à diverses périodes du développement.

L'intervention auprès des familles vulnérables fondée sur les principes de l'attachement

Dans cet article, nous discutons de l'importance de l'attachement comme facteur clé de risque et de résilience chez les enfants à risque élevé pour les dysfonctions relationnelles telles que les enfants maltraités, placés en famille d'accueil ou vivant avec des parents ayant des problèmes de santé mentale. Nous proposons l'utilisation de stratégies d'intervention inspirées de la théorie de l'attachement pour améliorer la qualité des interactions parent-enfant et prévenir l'apparition de difficultés d'adaptation chez les enfants vulnérables. Nous présentons ensuite des composantes démontrées efficaces, qui devraient, selon nous, être intégrées aux programmes d'intervention destinés aux populations à risque élevé pour les dysfonctions relationnelles. Enfin, nous terminons avec une brève description de nos travaux en intervention auprès de familles vulnérables et quelques recommandations pour optimiser l'efficacité des méthodes d'intervention en attachement.

LA RELATION D'ATTACHEMENT : FACTEUR CLÉ DE RISQUE ET DE RÉSILIENCE

Selon la théorie de l'attachement, l'histoire des interactions parentenfant et les représentations intériorisées de soi et du parent influencent l'adaptation de l'enfant aussi bien dans le milieu familial que dans l'environnement extrafamilial, et cela, dans les domaines cognitif, émotionnel et social (Bowlby, 1982). Plusieurs études montrent que des enfants qui ont connu une rupture dans leurs premières relations d'attachement ou des premières relations très dysfonctionnelles (p. ex. enfant abusé, négligé, placé) sont à risque pour les problèmes d'attachement (Egeland & Carlson, 2004). Ces problèmes d'attachement annoncent des difficultés majeures dans l'adaptation que seuls des efforts concertés d'intervention peuvent avoir de réelles chances de résoudre. Le but de ces programmes d'intervention est d'assurer, le plus tôt possible dans le développent de ces enfants, un contexte familial stable qui favorisera le développement d'une relation d'attachement sécurisante avec le donneur de soin principal. Des travaux scientifiques récents dans le domaine de l'attachement suggèrent que des stratégies d'intervention qui visent précisément les interactions parent-enfant et la sensibilité parentale pourraient constituer des voies prometteuses pour l'intervention auprès des enfants et des familles en situation de vulnérabilité.

>L'attachement

Si, dans les premières années de sa vie, un enfant fait l'expérience de la détresse et qu'il peut s'appuyer sur une personne significative le rassurant et le réconfortant, il développera une capacité à s'attacher aux autres de façon sécurisé. Si par contre, il ne trouve pas de réponses adéquates à ses besoins, il est susceptible d'avoir des difficultés à se relier aux autres, ce qui se répercutera négativement dans plusieurs sphères de sa vie. Les psychologues comprennent comment se construit l'attachement, les conséquences à court et long termes découlant d'attachements problématiques et ils sont en mesure d'aider les gens à améliorer les rapports humains qui pourraient être construits sur des bases instables. Un dossier qui explore l'attachement sous différentes formes et qui met en évidence sa très grande force.

L'EFFICACITÉ DES PROGRAMMES D'INTERVENTION BASÉS SUR LES PRINCIPES DE L'ATTACHEMENT

L'importance des relations précoces et les conséquences développementales positives associées à un attachement sécurisant constituent des arguments importants en faveur de l'adoption de stratégies d'intervention inspirées de la théorie de l'attachement visant à prévenir l'apparition de problèmes de comportement et de troubles de santé mentale. Tant la théorie que les données empiriques accumulées à ce jour suggèrent qu'il est plus facile de provoquer des changements si on agit tôt dans le développement; c'est pourquoi les interventions fondées sur les principes de l'attachement sont généralement destinées aux familles avec de jeunes enfants (âgés de 0 à 5 ans). Une récente méta-analyse portant sur les stratégies d'intervention visant à améliorer la qualité des interactions parent-enfant, la sensibilité parentale (c.-à-d., augmenter la prévisibilité, la cohérence et la chaleur des comportements du parent à l'endroit de l'enfant) et la sécurité d'attachement auprès de diverses populations conclut que ces stratégies sont très efficaces (Bakersman-Kranenburg et al., 2003). Des composantes d'intervention qui visent à favoriser la sécurité affective chez les enfants à risque psychosocial élevé identifiées dans cette méta-analyse ainsi que par d'autres chercheurs (Dozier, Higley, Albus & Nutter, 2002; McDonough, 2004; Moss, Dubois-Comtois, Cyr, Tarabulsy, St-Laurent, Bernier, en soumission; Tarabulsy, Pascuzzo, Moss, St-Laurent, Bernier Cyr, & Dubois-Comtois, 2008) sont brièvement décrites ci-dessous.

Des patrons d'interaction dysfonctionnels caractérisés par de l'insensibilité parentale extrême ou de mauvais traitements peuvent avoir un impact sur la capacité de l'enfant à exprimer clairement et librement au parent ses besoins et ses états affectifs. L'enfant peut apprendre de façon très précoce, dès la première année de vie, à masquer ou à contenir l'expression de ses besoins affectifs afin d'éviter d'être exposé à des comportements insensibles et/ou hostiles. Dans un contexte où des interactions dysfonctionnelles ont donné lieu à des modes de comportement et de régulation émotionnelle problématiques pour l'enfant, il est important d'aider le parent à comprendre que dans certaines situations, les gestes de l'enfant qui semblent suggérer que celui-ci n'a pas besoin du parent ne reflètent pas ses besoins réels. Des habiletés sont enseignées afin d'aider le parent à réinterpréter les signaux de

l'enfant et à lui donner les soins appropriés même en l'absence de signaux clairs. Il est également important d'aider le parent à créer un environnement interpersonnel que l'enfant percevra comme prévisible et contrôlable. Tous les enfants devraient être exposés de manière régulière et fréquente à des comportements et des réponses parentales empreintes de prévisibilité, de cohérence et de chaleur. Ceci vise à favoriser le développement optimal des capacités d'autorégulation chez l'enfant.

Afin d'exposer les parents et les enfants à des expériences d'interactions de toutes sortes et pouvant servir de matériel sur lequel fonder l'intervention, les rencontres avec les dyades parent-enfant comportent toujours une activité d'interaction semi-structurée. Ces activités, qui proviennent d'un répertoire de situations interactives précises, ont pour but d'exposer la dyade à diverses situations d'interaction, de susciter des réponses et des émotions positives de part et d'autre et de sensibiliser les membres de la dyade aux contingences interactives. Les activités peuvent varier sur la base des objectifs d'intervention poursuivis (p. ex. augmentation de la sensibilité, de l'engagement, de la proximité, de la réciprocité, etc.). Les types d'activités sont également adaptés à l'âge de l'enfant afin de rencontrer les défis développementaux auxquels l'enfant doit faire face à différents âges.

Ces activités sont enregistrées sur bande vidéo et utilisées comme matériel d'observation par l'intervenant et le parent. L'utilisation de la bande vidéo est perçue comme étant très aidante dans la démonstration des émotions, des comportements et des signaux de l'enfant et des réponses des enfants aux comportements interactifs du parent. Les observations des interactions parent-enfant sur vidéo permettent aux parents d'analyser leurs propres compétences et difficultés en tant que donneur de soins, ce qui les amène à percevoir leur enfant d'une manière plus objective. En regardant avec le parent des séquences de vidéo sur les comportements du parent et de l'enfant, l'intervenant peut souligner certaines interactions et commenter sous forme de rétroaction les comportements de chacun. L'intervenant peut alors renforcer le parent en ciblant les comportements de soins positifs et en répondant aux difficultés ou aux questions soulevées par le parent.

Certains événements majeurs traumatisants ayant eu lieu durant la vie des parents (p. ex. les expériences d'abus ou d'abandon) ainsi que leurs préoccupations quotidiennes actuelles (p. ex. soucis financiers, problèmes conjugaux) peuvent nuire à leur capacité d'être attentif à leur enfant et de répondre adéquatement à ses besoins. Ces préoccupations devraient être abordées à l'intérieur d'une intervention qui vise prioritairement l'entraînement à la sensibilité parentale. Dans cette optique, nous croyons qu'il est nécessaire de considérer la dimension des représentations parentales dans le contexte de l'intervention, idéalement quand des interactions avec l'enfant déclenchent des états émotionnels liés à des expériences antérieures vécues par le parent ou d'autres événements stressants courants.

_EFFICACITÉ DES PROGRAMMES D'INTERVEN-TION DANS LE CONTEXTE QUÉBÉCOIS

Cette année, notre équipe de recherche à terminé deux études avec un devis de recherche randomisée qui ont soutenu l'efficacité de l'approche décrite ci-dessus. Similaire à des études déjà démontrées efficaces (Bakermans-Kranenburg et al., 2003), ces interventions étaient destinées à des familles qui ont des enfants âgés de 6 mois à 5 ans et ont été réalisées en milieu familial avec un personnel possédant d'excellentes habiletés d'observation des relations d'attachement parent-enfant, à un rythme d'une fois par semaine pendant 8 semaines.

La première étude, réalisée en collaboration avec le Centre jeunesse de Lanaudière et financée par la Stratégie nationale pour la prévention du crime du gouvernement du Canada (SNPC), en collaboration avec le ministère de la Sécurité publique du Québec, est la première qui vérifiait l'efficacité d'une intervention de courte durée inspirée de la théorie de l'attachement avec des familles maltraitantes signalées à la protection de la jeunesse. Quatrevingts dyades parent-enfant (12 mois-6 ans) ont été recrutées

Des travaux scientifiques récents dans le domaine de l'attachement suggèrent que des stratégies d'intervention qui visent précisément les interactions parent-enfant et la sensibilité parentale pourraient constituer des voies prometteuses. par le Centre jeunesse de Lanaudière et ont été assignées de manière aléatoire à un groupe contrôle ou d'intervention. La comparaison des scores pré et postintervention révèle une amélioration significative de la sensibilité parentale, de la sécurité d'attachement de l'enfant ainsi qu'une réduction de la désorganisation d'attachement. De plus, chez les enfants plus âgés, on note une réduction de problèmes externalisés et internalisés suite à l'intervention (Moss, Dubois-Comtois, Cyr, Tarabulsy, St. Laurent & Bernier, en soumission).

La deuxième étude, réalisée en collaboration avec les Centres jeunesse de Montréal, de la Montérégie et de Lanaudière et financée par le Conseil canadien pour l'apprentissage visait 40 enfants québécois, âgés en moyenne de 26 mois, placés en famille d'accueil banque mixte, et leur mère d'accueil qui ont été assignés de manière aléatoire à un groupe recevant l'intervention (8 semaines) et à un groupe témoin. Les comportements parentaux sensibles ont été renforcés à chacune des rencontres. Les résultats indiquent que suite à l'intervention relationnelle, il y avait une augmentation de la sensibilité parentale pour le groupe intervention, en comparaison au groupe témoin. L'intervention a aussi permis de prévenir chez certaines familles l'apparition de stress parental et la détérioration de la corégulation mère-enfant et a contribué à l'amélioration du développement cognitif et moteur et des comportements de proximité chez l'enfant (Moss, Dubois-Comtois, Cyr, Carignan et St. André, 2009).

CONCLUSION

Ce chapitre a mis en évidence le rôle fondamental joué par la relation d'attachement parent-enfant dans le développement de l'enfant ainsi que la centralité de l'attachement dans la prévention et l'intervention auprès des enfants ayant connu une perturbation importante du lien d'attachement.

Les composantes suivantes d'un programme d'intervention précoce inspiré de l'attachement et ayant pour objectif de favoriser la sécurité affective chez les enfants à très haut risque sur le plan psychosocial ont été identifiées :

- 1) aider les parents à réinterpréter les signaux de l'enfant pour pouvoir répondre adéquatement à ses besoins;
- aider les parents à prodiguer les soins émotifs nécessaires à leur enfant même si des expériences antérieures difficiles ou des problèmes actuels peuvent interférer avec leur rôle parental;

1.

- 3) aider les parents à fournir à l'enfant un environnement interpersonnel prévisible, cohérent et chaleureux qui favorise le développement des habiletés d'autorégulation émotive et comportementale de l'enfant. L'intervention préconisée ici vise les enfants vulnérables (p. ex. négligés, abusés, placés) et elle respecte les principes suivants :
 - a) rencontres à domicile avec la dyade parent-enfant;
 - b) utilisation de la rétroaction vidéo;
 - c) activités adaptées concernant le développement de l'enfant;
 - d) formation des intervenants dans les domaines de l'attachement;
 - e) création d'une relation thérapeutique de confiance entre le parent et l'intervenant.

Cette structure d'intervention et les objectifs poursuivis sont fondés sur un corpus de résultats empiriques qui ont démontré l'efficacité de telles stratégies auprès de diverses populations. Dans une perspective de soutenir le développement de l'enfant, cette approche vise le développement de comportements parentaux sécurisants et sensibles dans le but d'améliorer la qualité des interactions parent-enfant, et de prévenir l'apparition de problèmes d'adaptation chez l'enfant.

Références

Bakermans-Kranenburg, M., Van IJzendoorn, M. & Juffer, F. (2003). Less is more: meta-analysis of sensitivity and attachment intervention in early childhood. *Psychol. Bulletin*, 129, 195-215.

Bowlby, J. (1982). Attachment and loss. American Journal of Orthopsychiatry, 52, 664.

Dozier, M., Higley, E., Albus, K. & Nutter, A. (2002). Intervening with foster infants' caregivers. Targeting three critical needs. *Infant Mental Health Journal*, 25, 541-554.

Egeland, B. & Carlson, E. (2004). Attachment and psychopathology. In L. Atkinson & S. Goldberg (dir.), *Attachment issues in psychopathology and intervention* (pp. 27-48). Mahwah, N. I.: Lawrence Erlbaum Assoc.

McDonough, S.C. (2004). Interaction guidance: promoting and nurturing the caregiving relationship. In A. J. Sameroff, S. C. McDonough & K. L. Rosenblum (dir.), *Treating parent-infant relationship problems* (pp. 79-96). New York: Guilford Press.

Moss, E., Dubois-Comtois, K. Cyr, C., Carignan, M. & St. Andre (2009). Évaluation d'un programme d'intervention visant à optimiser la sécurité affective et le développement moteur et cognitif des enfants placés en famille d'accueil.

Moss, E., Dubois-Comtois, K. Cyr, C., Tarabulsy, G., St. Laurent, D. & Bernier, A. (en soumission). Effects of a short-term randomized controlled trial of a homevisiting intervention aimed at improving maternal sensitivity, child attachment and behavioural outcomes for maltreated children.

Tarabulsy, G. M., Pascuzzo, K., Moss, E., St-Laurent, D., Bernier, A., Cyr, C. & Dubois-Comtois, K. (2008). Attachment-based intervention for maltreating families. *American Journal of Orthopsychiatry*, 78, 322 332.





D^{re} Marie-Julie Béliveau Psychologue

A terminé en 2004 une thèse portant sur la transmission intergénérationnelle de l'attachement à l'UQÀM. Depuis, elle pratique à l'hôpital Rivière-des-Prairies à la Clinique psychiatrique de la petite enfance en tant que psychologue clinicienne et chercheure.



D^r Jean-François Bureau Psychologue

Professeur adjoint à l'école de psychologie de l'Université d'Ottawa depuis 2007.



Marlène Lemieux / Psychologue Psychologue en milieu scolaire et doctorante en psychologie du développement.



Dre Dominique Pallanca Psychologue Psychologue clinicienne au CHU Sainte-Justine.

Les travaux découlant de la théorie <u>de</u> l'attachement : quelle utilité pour le clinicien?

La théorie exposée par Bowlby dans *Attachement et perte* (1969) visait l'intégration de plusieurs courants théoriques (théories freudienne, cognitiviste et des systèmes, éthologie). Son postulat principal est que l'attachement consiste en une pulsion innée du nourrisson à développer un répertoire de comportements visant à maximiser le réconfort pouvant être obtenu par l'adulte s'occupant de lui.

Ainsworth et al. (1978) ont développé la situation étrangère afin de catégoriser les nourrissons selon l'organisation prédominante de leurs comportements lorsque leur système d'attachement est activé, soit en situation de détresse. Les trois catégories proposées étaient celles où la relation d'attachement est sécurisante (l'enfant recherche activement le réconfort auprès de sa figure d'attachement et en est apaisé), évitante (l'enfant ignore son parent et tente de minimiser ses manifestations de détresse) et ambivalente (l'enfant recherche la proximité de la figure d'attachement, mais n'est pas apaisé et demeure en détresse). Plusieurs études ont rapporté une meilleure adaptation des enfants à l'attachement sécurisant (voir Cassidy & Shaver, 2008 pour une synthèse). Main et Solomon (1990) ont proposé la catégorie d'attachement désorganisé pour les nourrissons qui ne montraient pas de stratégie cohérente pour réguler leur détresse. À partir de la période préscolaire, une stratégie de contrôle du parent et de renversement de rôles apparaît. Ces enfants constituent le groupe le plus à risque de développer des problèmes de comportement intériorisés et extériorisés, des difficultés scolaires et même de la dissociation (Solomon & George, 1999). Alors que le taux de désorganisation est de 15 % dans une population normative, on en retrouve de 50 à 80 % dans les familles abusives ou négligentes (Van IJzendoorn et al., 1999).

La sensibilité parentale, c'est-à-dire la capacité à lire les signaux de l'enfant et à y répondre adéquatement, ainsi que les représentations maternelles d'attachement prédisent le type d'attachement de l'enfant (Van IJzendoorn, 1995). Les mères d'enfants de type évitant auraient tendance à rejeter et ignorer les signaux de détresse de leur enfant, les mères d'enfants à l'attachement ambivalent seraient inconstantes dans leur façon d'y répondre, alors que les mères d'enfants désorganisés manifesteraient de nombreux comportements effrayés ou effrayants, en plus d'être parfois anormalement passives.

Des chercheurs ont développé des interventions visant le rehaussement de la sensibilité maternelle en utilisant l'observation des comportements de la mère et de l'enfant. Nous discuterons ici de deux programmes d'interventions pour les jeunes enfants : le *Cercle de sécurité* et *Watch, Wait et Wonder.* Le lecteur s'intéressant à l'intervention auprès des familles d'accueil se réfère à l'article de Moss et al. dans la présente revue.

Cercle de sécurité (Cooper et al., 2005)

Cette intervention s'adapte au type d'attachement de la dyade et nécessite donc une évaluation de la relation d'attachement. Des extraits filmés de la situation étrangère sont ensuite utilisés afin de susciter une réflexion active du parent sur les besoins de son enfant. Ceci amènerait de meilleures capacités d'observation et le rehaussement de l'empathie du parent. Les 20 rencontres peuvent être réalisées en groupe, en individuel ou en famille. Le site www.circleofsecurity.org offre beaucoup d'informations sur ce programme.

Watch, Wait and Wonder (Muiret al., 2000)

Cette intervention propose des rencontres parent-enfant axées sur le jeu et structurées en deux parties. Le parent doit d'abord observer son enfant et suivre ses initiatives. Ses observations soutiennent ensuite une discussion réflexive avec le thérapeute. Celle-ci peut par exemple aider à distinguer les actions de l'enfant de l'éprouvé du parent. Des formations et le manuel de traitement sont disponibles. Le formateur s'est d'ailleurs déplacé plusieurs fois à Montréal pour les offrir.

Autres interventions

Plusieurs autres interventions ont été développées par des chercheurs en attachement. La recension de Bakermans-Kranenburg et al. (2005) porte sur leur efficacité, notamment pour la prévention de la désorganisation.

Conclusions quant aux interventions

La dernière décennie a vu l'apparition de plusieurs programmes visant à rehausser la sensibilité parentale. Plusieurs d'entre eux ont fait l'objet de publications scientifiques suggérant une certaine efficacité pour améliorer la qualité de l'interaction parent-enfant. Cette efficacité est toutefois diminuée pour les dyades désorganisées (Benoit, 2005).

Toutes ces avancées suscitent un intérêt important chez les cliniciens. Toutefois, le transfert des travaux empiriques vers la pratique clinique ne se fait pas sans difficulté, thème que nous aborderons ici.

L'ÉVALUATION DE L'ATTACHEMENT

La situation étrange n'est ni longue ni complexe à administrer (environ 25 minutes). Ce qui en fait sa richesse, mais aussi sa lourdeur, est sa codification. Non seulement repose-t-elle sur l'observation, mais elle doit faire l'objet d'une analyse semi-qualitative en fonction de critères très précis. En effet, les comportements observés (p. ex. le sourire ou les pleurs de l'enfant) ne prennent une valeur que selon le contexte dans lequel ils sont exprimés. L'ensemble de règles complexes faisant en sorte qu'un comportement sera catégorisé selon un type d'attachement ou un autre est donc difficile à assimiler. Il faut en premier lieu suivre une formation intensive d'environ deux semaines auprès d'un expert. Il faut ensuite évaluer plusieurs vidéos jusqu'à l'obtention d'une fiabilité interjuges suffisante (plus de 80 % d'accord). La plupart des diverses mesures d'attachement utilisent le même genre de processus et le temps moyen pour y être accrédité varie entre plusieurs mois et plus d'un an, même pour les experts du domaine.

Les comportements d'attachement ne s'observent que lorsque le système d'attachement est activé; un certain niveau de détresse est donc nécessaire. Pour un nourrisson, de courtes séparations d'avec sa figure d'attachement alors qu'il est dans un nouvel endroit, seul ou en présence d'une étrangère, sont suffisantes

pour ce but. Toutefois, cette procédure n'est pas pertinente pour un enfant plus vieux. Voici donc les principales méthodologies utilisées pour ces cas.

Procédure de séparation-réunion

Pour les enfants d'âge préscolaire, une plus grande place est donnée aux échanges verbaux, ce qui implique un autre système de codification pour lequel il faut une formation distincte (Solomon & George, 2008). Vers 5-6 ans, une séparation beaucoup plus longue (1 heure) d'avec le parent est préconisée.

Tri de cartes

Un évaluateur organise 90 énoncés suite à une observation de la dyade. Le profil obtenu situe la qualité des interactions observées sur un continuum de sécurité d'attachement, mais ne permet pas de distinguer les catégories (Solomon & George, 2008). Une trousse vient d'être lancée par le CECOM de l'hôpital Rivière-des-Prairies, Les défis des liens, pour faciliter son utilisation.

Narratifs

L'évaluateur présente un début d'histoire à l'aide de figurines et d'accessoires de type Playmobil (p. ex. les parents partent pour une fin de semaine en laissant les enfants avec une gardienne) et demande à l'enfant de poursuivre l'histoire en jouant avec les personnages. Cette procédure a été utilisée avec succès auprès d'enfants âgés de 3 à 10 ans (Solomon & George, 2008; revue Attachment and Human Development, numéro spécial, septembre 2007).

Conclusions quant à l'évaluation

L'évaluation de l'attachement est donc une procédure complexe nécessitant une formation rigoureuse en plus de connaissances avancées sur l'attachement. Boris et al. (2004) et Zeanah et al. (1997) ont fait des recommandations pertinentes pour son évaluation en clinique. En plus des principaux systèmes rapportés plus haut, un commentaire particulier doit être fait quant aux travaux de Crittenden. Cette dernière a une démarche particulière, car elle développe ses propres systèmes de codification plutôt que d'utiliser ceux validés par la littérature scientifique. Pourtant, les systèmes de codification de Crittenden ont fait l'objet de peu ou pas d'études de validation rigoureuse et ne sont presque pas utilisés par les chercheurs en attachement. Aussi, elle rejette la catégorie désorganisée, qui fait pourtant partie des plus grands facteurs de risque connus à ce jour pour la psychopathologie.

LE TROUBLE D'ATTACHEMENT

Ce diagnostic fait l'objet d'énormément de confusion. Le diagnostic DSM de trouble réactionnel de l'attachement (TRA) a été développé suite à l'observation d'enfants institutionnalisés. Il n'y a pas de prévalence établie pour ce diagnostic étant donné sa grande rareté. Même si certains auteurs l'associent à une

absence de relation d'attachement, possible lors de conditions extrêmes, ce diagnostic est souvent utilisé par les cliniciens dès qu'une insécurité d'attachement est soupçonnée ou lors de troubles de conduite sévères. Le TRA a fait l'objet de peu d'études scientifiques et ses critères n'ont pas de lien avec les travaux issus du domaine de l'attachement, mais pourrait tout de même être identifié de façon fiable chez certains enfants élevés dans des environnements extrêmement négligents (Zeanah & Smyke, 2008). O'Connor & Zeanah (2003) suggèrent d'utiliser le terme « comportements de trouble d'attachement » afin d'éviter la confusion avec le diagnostic DSM lorsque l'on veut évoquer les comportements reflétant une perturbation de l'attachement.

Les enfants présentant des perturbations sévères de l'attachement sont souvent difficiles à lire pour les parents adoptifs, ou d'accueil, car ils ont tendance à ne pas manifester ouvertement leurs besoins d'attachement et de réconfort. Les interventions répertoriées plus haut sont généralement recommandées dans ces cas. Il existe aussi des thérapies, principalement aux États-Unis, connues sous les termes « thérapie d'attachement » ou « thérapie de holding ». Elles sont très diffusées dans Internet et ont une approche très coercitive, où la relation entre l'enfant et le thérapeute est forcée suite à de la contention. Aux États-Unis, des décès ont été associés à cette approche et elle est donc considérée comme potentiellement dangereuse (Dozier & Rutter, 2008). Des dérivés de ce type d'approche préconisent parfois de forcer le contact physique entre l'enfant et son parent adoptif afin de favoriser l'attachement. Cette recommandation est toutefois contraire au postulat central de la nécessité pour le parent d'être sensible aux besoins de son enfant pour la mise en place d'un attachement sécurisant.

_CONCLUSION

La théorie de l'attachement et les travaux empiriques en découlant améliorent notre compréhension du développement psychoaffectif et neuroendocrinien et ont identifié d'importants facteurs prédisposant à la psychopathologie. La richesse de ce domaine résulte, entre autres, de la complexité des méthodologies utilisées pour l'évaluation, nécessitant une formation rigoureuse. Les interventions prometteuses proposées dans la dernière décennie et qui découlent de ces travaux sauront certainement bonifier la pratique clinique.

Références

Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E. & Wall, S. (1978), Patterns of attachment: a psychological study of the strange situation. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Bakermans-Kranenburg, M. J., Van IJzendoorn, M. H. & Juffer, F. (2005). Disorganized infant attachment and preventive interventions : a review and meta-analysis. Infant Mental Health Journal, 26(3), 191-216.

Benoit, D. (2005). Efficacité des interventions portant sur l'attachement. In R. E. Tremblay, R. G. Barr & R. De V. Peters (Éds), Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants. Montréal, Québec : Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants. En ligne, www.enfant-encyclopedie.com/documents/ BenoitFRxp-Attachement.pdf (26 mars 2009)

Boris, N. W., Hinshaw-Fuselier, S.S., Smyke, A. T., Sheeringa, M. S., Heller, S. S. & Zeanah, C. H. (2004). Comparing criteria for attachment disorders: establishing reliability and validity in high-risk samples. Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 45, 568-577.

Bowlby, J. (1969). Attachement et perte : vol. 1. L'attachement. Presses universitaires

Cassidy, I. & Shayer, P. R. (2008). Handbook of attachment: theory, research and clinical applications. New York: The Guilford Press

Cooper, G., Hoffman, K., Powell, B. & Marvin, R. (2005). The circle of security intervention: differential diagnosis and differential treatment. In L. Amaya-Jackson, L. J. Berlin, M. T. Greenberg & Y. Ziv (Éds), Enhancing early attachments: theory, research, intervention and policy (pp. 127-151). New York: The Guilford Press

Dozier, M. & Rutter, M. (2008). Challenges to the development of attachment relationships faced by young children in foster and adoptive care. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Éds), Handbook of attachment: theory, research and clinical applications (pp. 698-717). New York: The Guilford Press.

Main, M. & Solomon, J. (1990). Procedures for identifying infants as disorganized/

Les comportements d'attachement ne s'observent que lorsque le système d'attachement est activé; un certain niveau de détresse est donc nécessaire.

disoriented during the Ainsworth Strange Situation. In M. T. Greenberg, D. Cicchetti & M. Cummings (Éds), Attachment in the preschool years: theory, research and intervention (pp. 121-160). Chicago, IL: University of Chicago Press

Muir, E., Lojkasek, M. & Cohen, N. (2000). Observation et intervention précoce : Watch, Wait and Wonder. PRISME, 31, 154-166.

O'Connor, T. & Zeanah, C. H. (2003). Attachment disorders: assessment strategies and treatment approaches. Attachment and Human Development, 5(3), 223-244.

Solomon, J. & George, C. (1999). Attachment disorganization. New York: The Gilford Press.

Solomon, J. & George, C. (2008). The measurement of attachment security and related constructs in infancy and early childhood. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Éds), Handbook of attachment, second edition: theory, research and clinical applications. New York: The Guilford Press.

Van IJzendoorn, M.H. (1995). Adult attachment representations, parental responsiveness and infant attachment : a meta-analysis on the predictive validity of the adult attachment interview. Psychological Bulletin, 117(3), 387-403.

Van IJzendoorn, M. H., Schuengel, C. & Bakermans-Kranenburg, M. J. (1999). Disorganized attachment in early childhood: meta-analysis of precursors concomitants and sequelae. Development and Psychopathology, 11(2), 225-250.

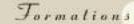
Zeanah, C. H., Boris, N. W., Scott Heller, S., Hinshaw-Fuselier, S., Larrieu, J.A., Lewis, M., Palomino, R., Rovaris, M. & Valliere, J. (1997). Relationship assessment in infant mental health. Infant Mental Health Journal, 18(2), 182-197.

Zeanah, C. H. & Smyke, A.T. (2008). Attachment disorders in family and social context. Infant Mental Health Journal, 29(3), 219-233.

PSYCHOLOGUES RECHERCHÉS

Le Service populaire de psychothérapie (S.P.P.) est un organisme communautaire qui, depuis quinze ans, regroupe des professionnels offrant des services de psychothérapie de qualité aux personnes, aux couples et aux familles à faible revenu de Laval. Le S.P.P. est à la recherche de personnes intéressées à intervenir en psychothérapie individuelle. Si vous désirez joindre l'équipe de professionnels, vous êtes invité à envoyer votre C.V. par la poste à S.P.P, Responsable clinique, 100, Tourangeau Est, Laval (Québec) H7G 1L1 ou par courriel à spp@cooptel.gc.ca. Pour toutes informations, composez le 450 975-2183.

Programmation Printemps 09







Intervenir auprès d'une clientèle récalcitrante et peu motivée : théorie et étude de cas cliniques Par D' Jérôme Guay, Ph.D., psychologue Mtl : 17-18 juin 09 | Qc : 10-11 juin 09



Initiation à l'intervention auprès des personnes présentant un trouble de la personnalité Par D' Sébastien Bouchard, Ph.D., psychologue Mtl : 21-22 mai 09



Psychothérapie cognitivo-comportementale du trouble d'anxiété généralisée Par D' Frédéric Langlois, Ph.D., psychologue

Mtl: 25-26 mai 09 | Qc: 7-8 mai 09



Évaluation de l'intelligence de l'enfant : développements théoriques et familiarisation aux modifications du WISC-IV

Par Sandra Guimond, neuropsychologue

Mtl: 21-22 mai 09 | Qc: 4-5 juin 09

Cette formation s'adresse aux psychologues seulement.

Automne 2009*

- TCC des troubles anxieux chez les enfants et adolescents Par D' Lyse Turgeon, Ph.D., psychologue Mtl: 19-20 nov.09 | Qc: 5-5 nov.09
- Crise suicidaire et troubles de santé mentale Par D^a Monique Séguin, Ph.D., psychologue Mtl: 10-11 déc.09 | Qc: 28-29 janv.2010
- TCC de la dépression et de la dysthymie Par D" Benoit Laberge, Ph.D., psychologue Mtl: 8-9 péc.09 | Qc: 29-30 oct.09
- * Programmation incomplète

Pour plus de détails www.porte-voix.qc.ca

Informations et inscriptions Tél.: 418 658-5396 l Téléc.: 418 658-5982 | Courriel: porte-voix@videotron.ca



Dre Audrey Brassard / Psychologue Professeure au Département de psychologie de l'Université de Sherbrooke.



Dr Yvan Lussier / Psychologue Professeur au Département de psychologie de l'Université du Québec à Trois-Rivières.

L'attachement dans les relations de couple : fonctions et enjeux cliniques

Il y a un peu plus de 20 ans, Hazan & Shaver (1987) ont publié un article influent, Romantic love conceptualized as liens d'attachement ont des conséquences sur le développement an attachment procesui a pavé la voie à un courant de recherche et d'intervention très prolifique sur l'utilisation de la théorie de l'attachement pour rendre compte du développement, du maintien et de la dissolution des relations amoureuses adultes. Dans cet article, nous proposons une brève présentation de la contribution de cette théorie à la compréhension du fonctionnement des relations intimes et des difficultés rencontrées par les couples. Également, nous faisons ressortir l'apport de la théorie de l'attachement à l'intervention clinique auprès des couples.

BREF SURVOL DES NOTIONS THÉORIQUES SUR L'ATTACHEMENT

La théorie de l'attachement adulte repose en grande partie sur les travaux de Bowlby (1969-1982) sur l'attachement de l'enfant à la mère. Bowlby a postulé la présence d'un système de contrôle du comportement de l'enfant ayant pour but de le protéger du danger, et ce, en favorisant le maintien d'une proximité avec la personne qui en prend soin (que la théorie nomme « figure d'attachement »). Lorsque l'enfant se sent protégé et en sécurité, le système d'attachement est inactif. S'il évolue dans un milieu généralement sécurisant avec des figures d'attachement disponibles et rassurantes, l'enfant développera une sécurité d'attachement. Cependant, la présence de menaces (symboliques ou réelles) et toute impression de la part de l'enfant selon lesquelles la figure d'attachement est distante, non suffisamment disponible ou attentive aux besoins de l'enfant activent le système d'attachement. En pareille situation, l'enfant ressent le besoin de retrouver une proximité avec sa figure d'attachement soit en pleurant, en criant ou en tentant de se déplacer vers elle (Ainsworth, Blehar, Waters & Wall, 1978). Le manque de constance dans la disponibilité de la figure d'attachement ou son incapacité à protéger ou rassurer l'enfant amène un dérèglement dans le système d'attachement de l'enfant, qui peut se défendre de deux façons. L'enfant peut apprendre que sa figure d'attachement n'est pas fiable et apprendre à se fier sur lui-même, à se détacher, à ne plus rechercher la proximité, voire à ne plus ressentir de détresse en désactivant son système d'attachement. Au contraire, l'enfant peut réagir aux comportements instables ou incohérents de la figure d'attachement en intensifiant ses protestations et ses demandes d'aide, devenant encore plus sensible aux signes de rejet ou de distance de la figure d'attachement (Shaver & Mikulincer, 2007).

Il est important de noter que la qualité et la nature de ces premiers de la personnalité et sur la formation des représentations cognitives à la fois positives ou négatives à l'égard des autres et de soi-même. De plus, même si le système d'attachement est activé plus fréquemment pendant l'enfance, il continue de fonctionner pendant toute la vie (Bowlby, 1969-1982). Ainsi, les diverses représentations mentales que l'individu a mises en place suivant ses expériences d'attachement de l'enfance servent à guider ses attentes, ses perceptions et ses comportements dans ses relations ultérieures, incluant ses relations intimes.

ATTACHEMENT CHEZ L'ADULTE

En effet, des études longitudinales ont montré une assez bonne stabilité de l'attachement tout au long de la vie, sauf lorsqu'il y a présence de trauma, d'expériences positives ou négatives prolongées ou répétitives, comme une thérapie. Ainsi, en l'absence de telles expériences, le style d'attachement de l'enfant déterminerait en grande partie le style d'attachement à l'âge adulte. Hazan & Shaver (1987) ont suggéré que les relations amoureuses chez les adultes seraient caractérisées par l'interaction de trois systèmes comportementaux : le système d'attachement, le système sexuel et le système de soin (ou *caregiving*). Ainsi, le style d'attachement de chaque partenaire exercerait une influence sur le fonctionnement du couple, entre autres en raison des liens entre ces différents systèmes.

Les styles d'attachement

La plupart des chercheurs conceptualisent l'attachement chez les adultes en quatre styles qui sont formés de deux dimensions sous-jacentes : l'anxiété d'abandon et l'évitement de l'intimité. L'anxiété d'abandon consiste en une peur du rejet et de l'abandon caractérisée par une hypervigilance aux signes de non-disponibilité du partenaire. Lorsqu'une menace est perçue, des stratégies d'hyperactivation du système d'attachement visent à chercher la réassurance. L'évitement de l'intimité traduit plutôt un inconfort avec l'intimité émotionnelle et la dépendance caractérisée par un grand besoin d'autonomie. Lorsqu'une menace est perçue, des stratégies de désactivation du système d'attachement visent à minimiser le sentiment de vulnérabilité et le besoin de réconfort d'autrui (Mikulincer & Shaver, 2007). L'individu qui présente peu d'anxiété et d'évitement possède un attachement dit sécurisant. Une personne qui possède fortement les deux dimensions d'insécurité d'attachement a plutôt un attachement dit craintif. Enfin, une personne qui possède seulement de l'anxiété d'abandon ou seulement de l'évitement de l'intimité endosse un style préoccupé ou détaché, respectivement.

Le style d'attachement sécurisant regroupe 50 à 55 % de la population générale. Les individus qui en font partie possèdent une image positive d'eux-mêmes et des autres, c'est-à-dire qu'ils estiment avoir de la valeur et qu'ils croient pouvoir compter sur les autres en cas de besoin. Ils ont également l'impression de mériter l'amour de l'autre, d'avoir du contrôle sur leur destinée et ils envisagent positivement les situations interpersonnelles. En couple, ils sont confortables avec l'intimité, l'engagement et l'interdépendance, donc ils sont capables de dépendre de l'autre au besoin.

Le style d'attachement détaché regroupe environ 15 % de la population générale et prévaut légèrement chez les hommes. Les personnes dites détachées possèdent une image positive d'elles-mêmes, mais une image négative des autres, c'est-à-dire qu'elles doutent de la capacité de l'autre à répondre à leurs besoins. Cela les amène à éviter les relations très intimes, à refuser de montrer leur vulnérabilité et à être incapables de dépendre des autres. Les « détachés » sont plus confortables dans des relations « distantes » où il y a peu de dévoilement de soi et où ils peuvent conserver leur indépendance. Ils ont appris à se fier à eux-mêmes de façon excessive plutôt qu'à chercher du réconfort et à nier l'importance des relations intimes pour se protéger des blessures potentielles provenant d'autrui.

Le style d'attachement préoccupé regroupe environ 20 % de la population générale et prévaut légèrement chez les femmes. Les « préoccupés » possèdent une image négative d'eux-mêmes, ont le sentiment d'être indignes d'amour et de manquer de mérite. Ils ont toutefois une image positive des autres qui les amènent à rechercher sans cesse l'attention et l'approbation d'autrui (besoin de réassurance). Dans leurs relations de couple, ils présentent une grande instabilité émotionnelle, des signes de dépendance, une grande peur d'être abandonnés et de ne pas être aimés. Ils manifestent également des attentes de soutien et d'amour exagérées, une hypervigilance aux signes de rejet ou de moindre disponibilité de la part du partenaire et de la jalousie.

Enfin, le style d'attachement craintif représente entre 10 et 15 % de la population. Les individus dits craintifs possèdent une image négative d'eux-mêmes et des autres, c'est-à-dire qu'ils se perçoivent comme des êtres non aimables (sans mérite) et qu'ils anticipent le rejet des autres, qui ne sont pas dignes de confiance. Ils désirent le contact intime, mais craignent à la fois la souffrance de l'abandon et la proximité qui est difficile à supporter. Ce sont aussi des personnes plus solitaires, introverties et peu affirmées, qui se confient très peu à leurs proches.

Dynamique amoureuse

Sur le plan amoureux, les partenaires qui possèdent une bonne sécurité d'attachement sont toujours les plus satisfaits et fonctionnels dans leur relation de couple. Toutefois, ils sont aussi capables de vivre seuls et sont capables de rompre une relation qui n'est pas satisfaisante pour eux. Les individus détachés ont de la difficulté à s'engager dans les relations plus intimes, préférant des relations basées uniquement sur la sexualité sans engagement. Ils sont en général plus insatisfaits de leur relation conjugale et ils vont quitter plus facilement une relation jugée insatisfaisante ou qui demande un engagement à long terme. Au contraire, les préoccupés vivent difficilement seuls et tombent très facilement en amour dès qu'une personne leur manifeste de l'intérêt. Leurs grands besoins d'attention et d'amour les prédisposent à la dépendance, ils demeurent donc souvent dans des relations insatisfaisantes plutôt que de mettre un terme à cette relation et se retrouver seuls. Enfin, les craintifs sont pris dans une double contrainte, ils sont inconfortables avec l'intimité, tentant de tenir leur partenaire à distance, et en même ils ont besoin d'être rassurés. Ainsi, leurs relations sont souvent insatisfaisantes.

Pour ce qui est de la communication et de la gestion des conflits, les individus au style sécurisant possèdent les habiletés les mieux développées ainsi qu'une plus grande flexibilité dans leur utilisation de stratégies positives. Ils possèdent une bonne écoute et une capacité à exprimer leurs besoins et opinions qui sont marquées par l'ouverture. Ils sont capables de compromis et n'évitent généralement pas les conflits. Au contraire, les détachés se dévoilent très peu et évitent les conflits qu'ils perçoivent comme une occasion de se rapprocher. Ils ont peu d'habiletés de gestion des conflits et ont plutôt tendance à se retirer des discussions. Ils peuvent même devenir hostiles si leur partenaire les oblige à communiquer. Quant aux préoccupés, ils ont tendance au contraire à percevoir tout conflit comme un signe de rupture potentielle et sont alors envahis d'une anxiété qu'ils cherchent à calmer par les discussions. Ils cherchent à communiquer en se dévoilant de manière excessive, mais sont peu disponibles pour écouter leur partenaire. En effet, leurs besoins sont parfois si envahissants qu'ils peuvent utiliser la domination, les attaques et la violence comme tentative de ramener le partenaire vers eux. Enfin, les craintifs possèdent de faibles habiletés de communication. Leurs réactions à l'égard du conjoint sont souvent contraires à ce qu'ils ressentent, ce qui peut les pousser à utiliser la violence pour tenter de régler leurs conflits.

En termes d'habiletés de soutien, les individus sécurisants ont la capacité d'alterner de façon plus flexible entre la position de la personne qui donne du soutien et celle qui en reçoit. Ils perçoivent mieux les besoins de soutien de leur conjoint et sont plus capables d'y répondre que les individus de tous les autres styles d'attachement. Ils sont également en mesure de demander du soutien et ont confiance que leur partenaire pourra les aider en cas de besoin. Les individus détachés, au contraire, ont tendance à minimiser leurs besoins de soutien ou à faire des demandes plus indirectes à leur partenaire. Ils offrent et reçoivent en général moins de soutien à l'intérieur d'une relation, car ils refusent de se mettre en position de demander de l'aide en raison de la croyance qu'ils ne peuvent compter sur les autres. Ils ont également une faible sensibilité aux besoins de leur partenaire. Les personnes

préoccupées possèdent pour leur part de très grands besoins de soutien qu'ils réussissent rarement à combler à l'intérieur de leur relation. Ils formulent donc plusieurs demandes de soutien, mais ne sont pas souvent satisfaits. Bien qu'ils se montrent disponibles à soutenir leur partenaire, ils tendent à le faire de façon insistante et envahissante plutôt que de répondre de façon ajustée aux besoins de l'autre. Enfin, les craintifs auraient eux aussi de grands besoins de soutien, mais qu'ils exprimeraient très difficilement. Ils seraient également peu habiles à soutenir leur partenaire, ne se croyant pas assez compétents pour le faire.

Sur le plan sexuel, il semble également que les individus sécurisants soient les plus satisfaits. Fidèles, ces individus manifestent respect et ouverture à l'intérieur des relations sexuelles, où la communication favorise le plaisir et l'intimité. Ils vivent ainsi plus d'émotions positives lors des interactions sexuelles. Les individus détachés seraient plus à l'aise dans les activités sexuelles sans engagement (one night stand) et éviteraient plutôt les relations sexuelles lorsqu'ils sont en couple. Ils auraient tendance à être plus infidèles et à vivre de l'inconfort avec les manifestations de tendresse. Au contraire, les individus anxieux recherchent l'intimité à travers la tendresse et l'affection. La sexualité serait pour eux une façon de ne pas perdre le partenaire ou d'être rassuré sur l'amour de celui-ci. Le rapport à la sexualité diffère toutefois en fonction du sexe. En effet, les femmes anxieuses auraient davantage de relations sexuelles dans le but de ne pas perdre l'autre ou pour lui faire plaisir, tandis que les hommes chercheraient plutôt la réassurance à travers l'acte sexuel, ce qui les amènerait parfois à insister sur ce plan auprès de leur partenaire. Les individus préoccupés sont aussi plus anxieux envers leur performance sexuelle, ont une plus faible satisfaction sexuelle et démontrent une plus grande acceptation de comportements sexuels non désirés. Enfin, les craintifs ont moins d'expériences sexuelles, sont plus susceptibles de souffrir de difficultés sexuelles et d'utiliser la coercition sexuelle.

INTERVENTIONS THÉRAPEUTIOUES

Le cadre conceptuel de l'attachement permet une lecture assez précise de la dynamique amoureuse d'un individu et d'un couple. Il peut guider le thérapeute lors du processus d'évaluation et de traitement des problèmes de couple et également lorsqu'un client vient seul en thérapie, mais aborde des problèmes sur le plan de l'intimité, de l'engagement et de sa relation de couple. D'ailleurs, les cliniciens Johnson & Greenberg (p. ex. Johnson & Greenberg, 1995; Lafontaine, Johnson-Douglas, Gingras & Denton, 2008) ont développé une approche d'intervention en thérapie conjugale en s'inspirant grandement du modèle d'attachement (Emotionally Focused Therapy). Selon ces auteurs, les interactions et les comportements dysfonctionnels des conjoints cachent des émotions de base liées à des enjeux d'attachement. Chez un couple en détresse, les besoins d'attachement sains ne peuvent être comblés en raison de patrons d'interaction rigides qui bloquent



l'engagement émotionnel. Le thérapeute aide les partenaires à en prendre conscience et à restructurer leurs comportements négatifs servant de défenses contre l'expression d'émotions primaires ou inexprimées et dites plus vulnérables qui résultent d'expériences personnelles. Par exemple, sous la colère et les comportements d'attaques et de critiques, un conjoint peut exprimer le sentiment de ne pas être important pour l'autre ou encore la peur de ne pas être aimable (modèle de soi négatif, forte anxiété d'abandon). Sous les comportements d'évitement, de fuite, de retrait et de difficultés d'engagement peuvent se cacher soit des difficultés à faire confiance au partenaire, soit des sentiments de ne pas être à la hauteur ou encore les deux. L'idée générale qui sous-tend les thérapies basées sur l'attachement est de rebâtir une relation entre les conjoints en favorisant l'émergence de liens d'attachement sécurisants. En somme, la théorie de l'attachement adulte a des applications très riches en ce qui a trait à la compréhension et au traitement des difficultés conjugales. De plus, elle a l'avantage de s'appuyer sur de nombreuses données empiriques.

Références

Ainsworth, M. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). Patterns of attachment: a psychological study of the strange situation. Oxford: Lawrence Erlbaum.

Bowlby, J. (1982). Attachment and loss: Vol I. Attachment (2º éd.). New York: Basic Books.

Hazan, C. & Shaver, P. R. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 511-524.

Johnson, S. M. & Greenberg, L. (1995). The emotionally focused approached to problems in adult attachment. In N. S. Jacobson & A. S. Gurman (Éds), *Clinical handbook of couple therapy* (pp. 121-141). New York: Guilford.

Lafontaine, M. F., Johnson-Douglas, S. M., Gingras, N. & Denton, W. (2008). Thérapie de couple axée sur l'émotion. In J. Wright & S. Sabourin (Éds), Manuel clinique des psychothérapies de couple (pp. 277-312). Québec : PUQ.

Mikulincer, M. & Goodman, G. S. (Eds.) (2006). Dynamics of romantic love: attachment, caregiving and sex. New York: Guilford Press.

Mikulincer, M. & Shaver, P. R. (2007). Attachment in adulthood: structure, dynamics and change. New York: Guilford Press.



Nathalie Otis Psychologue Centre Jeunesse de Montréal, doctorante en psychologie à l'Université du Québec à Montréal



Doctorante en psychologie à l'Université du Québec à Montréal et assistante de recherche pour le Groupe de recherche sur l'inscription sociale et identitaire des jeunes adultes.

Eveline Gagnon



D^{re} Sophie Gilbert Psychologue

Professeure de psychologie psychodynamique au Département de psychologie de l'Université du Québec à Montréal, codirectrice du Groupe de recherche surl'inscription sociale et identitaire des jeunes adultes.

De la théorie de l'attachement à la conceptualisation transgénérationnelle chez les jeunes parents « de la rue »

Au Québec, la situation précaire des jeunes de la rue¹ interpelle les différents milieux : organismes communautaires, centres jeunesse, gouvernement, chercheurs, cliniciens, etc. Qui sont ces jeunes? Outre la fréquentation de la rue à temps plein ou à temps partiel et les différents lieux d'hébergement : refuge, parc, logement d'un parent, d'un ami ou leur propre logement, (Agence de santé publique du Canada, 2006), l'itinérance des jeunes est composée de multiples facettes. Situation d'itinérance temporaire, répétitive ou continue, il semble que l'instabilité résidentielle ne soit pas à la source de leur mode de vie marginal, et que leur parcours de rue ne signe pas une coupure franche avec leur famille, mais davantage l'expression de liens familiaux conflictuels (Poirier et al., 1999). L'itinérance est une condition de vie complexe liée à de multiples problématiques psychosociales telles la toxicomanie, la délinquance et la prostitution, de même que différentes formes de désaffiliation et son ampleur est préoccupante à Montréal, en particulier chez les jeunes : le dernier recensement effectué par Santé Québec dénombrait 28 214 itinérants, dont le tiers étaient âgés de 18 et 30 ans (Fournier et Chevalier, 1998).

Les jeunes de la rue représentent une clientèle qui pose un défi pour l'intervention, et plus encore lorsqu'il est question de leur parentalité, phénomène auquel nous nous intéressons particulièrement. En effet, un nombre important de jeunes de la rue deviennent parents malgré l'instabilité de leur mode de vie (faible revenu, précarité résidentielle), le cumul de diverses problématiques (en particulier la toxicomanie), le peu de soutien relationnel et le risque de perdre la garde de leur enfant. Au sein des études antérieures de notre groupe de recherche, le Groupe de recherche sur l'inscription sociale et identitaire des jeunes adultes (GRIJA), environ le tiers des jeunes adultes itinérants rencontrés étaient parents. Il apparaît donc pertinent de comprendre la signification de la parentalité pour ces jeunes et d'envisager une intervention adéquate pour eux tout en maximisant du même souffle le développement affectif et global de leur enfant.

C'est là ce qui motive notre recherche actuelle sur la parentalité chez les jeunes de la rue². À partir de l'analyse qualitative en profondeur d'entretiens de recherche semi-directifs avec ces jeunes – parents d'au moins un enfant, hommes et femmes âgés de 18 à 30 ans et qui ont recours à l'organisme montréalais *Dans la rue* –, nous interrogeons les enjeux psychiques sous-jacents à

leur expérience de parentalité. En particulier, notre analyse d'orientation psychodynamique porte sur les processus de transmission et sur la répétition qui s'actualisent dans la relation parent-enfant.

_ATTACHEMENT CONFLICTUEL

Au cours des 50 dernières années, à partir des travaux de Bowlby et Ainsworth, la théorie de l'attachement a contribué à la compréhension de la relation mère-enfant en l'étudiant sous l'angle de comportements observables, ce qui a permis, entre autres, de catégoriser différents types de lien d'attachement et d'en explorer la transmission. La recherche en ce domaine démontre l'effet déterminant de la relation précoce parent-enfant sur le développement de ce dernier, et en particulier, la répétition intergénérationnelle³ du type de lien d'attachement dans une majorité (jusqu'à 75 %) de cas (Fonagy et al., 1991; Gauthier et al., 2004; Van Ljzendoorn, 1995; Van Ljzendoorn, Schuengel & Bakermans-Kranenburg, 1999).

Parallèlement, les récits recueillis dans le cadre de nos recherches⁴ auprès des jeunes de la rue ont mis en lumière l'emprise actuelle chez ces jeunes de leur histoire relationnelle (Poirier et al., 1999), en particulier du lien d'attachement parent-enfant (Gilbert, 2004). Parmi ces jeunes, chez les parents récemment rencontrés, l'analyse de l'élaboration de leurs attentes et de leur souffrance actuelle témoigne de la prégnance de ce lien d'attachement conflictuel potentiellement ravivé entre autres par la récente accession au statut de parent. L'extrait suivant, tiré d'un entretien mené auprès de l'un de ces jeunes pères, illustre cette fréquente situation où le jeune reproduit malgré lui la conflictualité de la relation parentale de son histoire - dans ce cas, l'abandon ressenti auprès de la figure maternelle. « Je sens que je fais la même affaire pour ma fille aussi en même temps. La même affaire que [ma mère] avait faite un peu. [...] Je suis pas là avec ma fille. Je suis pas là pour prendre soin d'elle. » En orientant ainsi leur regard vers le passé, ces jeunes parents risquent d'entraver la relation d'attachement à leur enfant de même que l'investissement de leur propre avenir de parent et d'adulte. Face à cette emprise, l'enfant à naître semble revêtir une « fonction » particulière qui diffère d'un jeune à l'autre. L'enfant deviendra-t-il le média d'une réparation (au sens de Winnicott) désirée par le jeune au sein de la relation à l'une ou l'autre des figures parentales? Offrira-t-il au jeune la possibilité de se différencier du modèle parental en l'autorisant à expérimenter, auprès de cet enfant, de nouvelles modalités d'investissement du

lien affectif? Permettra-t-il de restaurer un lien filial fragilisé auprès du parent (désormais grand-parent) ou à l'inverse, sera-t-il l'élément déclencheur de la rupture de ce lien, la famille nouvellement formée étant conçue comme substitut de la famille d'origine?

Dans tous les cas, il semble que l'enfant imaginaire (imaginé durant la grossesse et porteur des attentes parentales) et l'anticipation de la relation à l'enfant constituent le lieu d'une quête de réparation, de changement, de compréhension, etc. - chez ces jeunes parents. Il apparaît alors pertinent d'interroger ce qui nourrit cette quête, ce désir d'enfant bien présent chez ces jeunes. La force de ce désir est dévoilée dans le récit de ce jeune père de deux enfants dont il n'a pas la garde et avec qui il n'a plus aucun contact. « Si je peux m'en sortir de la rue, c'est sûr que [...] je vas avoir un [autre] enfant. Ma blonde, elle y pense beaucoup. On a eu les résultats du test qu'elle avait passé... c'est négatif. [...] C'est plus safe⁵ un peu. J'aimerais ça en avoir un avec elle... ça serait pas mal, vraiment cool⁶. » Malgré la souffrance liée aux problèmes actuels de consommation et d'inscription sociale, malgré la répétition des abandons successifs, le désir d'enfant de ces jeunes demeure vif et intact.

RÉPÉTITIONS INTERGÉNÉRATIONNELLES

Les études sur l'attachement ont permis d'étayer l'ancrage relationnel de différentes formes de répétitions intergénérationnelles. Dans cette optique, plusieurs caractéristiques de l'enfance des jeunes de la rue semblent récurrentes lorsque ceux-ci deviennent parents à leur tour, et ce, malgré l'omniprésence du désir de se différencier, de même que l'implication des services sociaux et d'autres milieux d'intervention : l'alcoolisme et/ou la toxicomanie parentale, l'instabilité et le manque de continuité des soins parentaux, la négligence, la violence (physique, psychologique et/ou sexuelle) et la séparation parent-enfant sous forme de placement (Dans la rue, 2005; Piotte, Nadeau & Aubin, 2004; Poirier et al., 1999). Toutefois, à travers le discours des jeunes de la rue, nous observons non seulement cette transmission intergénérationnelle, mais également les traces d'une transmission transgénérationnelle⁷ à travers au moins trois générations, incluant le jeune parent, ses propres parents et le nouvel enfant. À travers ce lien filial s'effectue une transmission inconsciente composée de mangues (trous dans l'histoire), d'incompris, d'éléments innommables ou même impensables, de non-dits, etc. Ceci porte à croire que « quelque chose » qui les dépasse, qui leur échappe, sous-tend pourtant certains aspects de leur problématique, de ce qu'ils sont et de ce qu'ils vivent. Ce type de transmission « mortifère » entraînerait le sujet dans les méandres d'un incompris du passé sans cesse reproduit, donc toujours actuel et agissant (Puskas, 2002).

_CONTEXTE D'INTERVENTION PARTICULIER

Face à ces constats, comment aider ces jeunes parents à assouvir leur désir de vivre « autrement » la relation avec leur enfant? Comment les accompagner et les soutenir dans leur désir de se dégager de l'emprise de la relation à leurs propres parents? Une intervention portant sur le lien d'attachement dans la relation parent-enfant, couplée d'un travail axé sur la dimension transgénérationnelle de la transmission prenant en considération la signification des conflictualités qui se jouent au cœur de la filiation, pourrait s'avérer d'un grand secours. Toutefois, le contexte de l'intervention auprès des jeunes de la rue présente des particularités qui font obstacle à l'établissement d'une relation thérapeutique empreinte de confiance : la méfiance, la honte, les non-dits qui jalonnent leur histoire et la propension à l'agir en sont quelques-uns (Gilbert & Lussier, 2007). Pourtant, il demeure essentiel de mettre en place des interventions thérapeutiques accessibles aux jeunes de la rue, car la prévention précoce avec les parents et les nourrissons demeure le principal atout pour contrer la répétition générationnelle des problématiques tant familiales que développementales. Certaines méthodes, comme la thérapie « 3W » Watch, Wait and Wonder (Muir et al., 1999), en association avec d'autres méthodes thérapeutiques – comme la thérapie basée sur la mentalisation (Bateman & Fonagy, 2006) lorsque le parent y est prédisposé, ou encore la rétroaction vidéo (Juffer, Bakermans-Kranenburg & Van lizendoorn, 2007) – semblent offrir la possibilité de délier nombre de difficultés liées à une relation d'attachement parent-enfant problématique. Néanmoins, les résultats préliminaires de notre recherche sur la transmission transgénérationnelle soutiennent la pertinence de réfléchir à d'autres modalités d'intervention qui pourraient se greffer au travail dans « l'ici et le maintenant » de la relation parent-enfant. Ainsi, il pourrait être indiqué d'intervenir dans un cadre psychodynamique sur les référents transgénérationnels à l'œuvre dans la dynamique familiale actuelle, incluant ces jeunes parents, leur enfant, mais aussi, si possible, les parents de ces jeunes – auxquels, d'ailleurs, les services sociaux auront régulièrement recours au moment de placer l'enfant dont le développement est jugé compromis. L'apport d'un outil tel le génogramme pourrait contrer la difficulté, repérée chez ces parents (Berger, 2008), d'entreprendre un véritable travail psychique à partir d'une histoire encore douloureuse, à la façon dont une diversité de pratiques psychodynamiques utilise avec succès un média dans l'intervention (pensons à l'art-thérapie ou encore au psychodrame). En outre, une telle approche pourrait réintroduire, à côté de la dimension relationnelle de la théorie de l'attachement, le contenu psychique qui échappe à la conscience, en particulier la composante pulsionnelle, ou en d'autres termes, celle du désir qui trop souvent interfère avec la volonté, tel que pressenti dans nos rencontres avec ces jeunes parents.

Références

AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA (2006). Les jeunes de la rue au Canada: constatations découlant de la surveillance accrue des jeunes de la rue au Canada, 1999-2003. En ligne, www.santepublique.gc.ca/its (16 mars 2007)

Bateman, A. & Fonagy, P. (2006). Mentalization-based treatment for borderline personality disorder: a practical guide. New York: Oxford University Press.

Berger, M. (2008). Voulons-nous des enfants barbares? Prévenir et traiter la violence extrême. Paris: Dunod.

Dans la rue. Rapport annuel 2005 : Remettre les jeunes de la rue en mouvement... Par le respect, l'amitié, et le service. Montréal.

Fonagy, P., Steele, H. & Steele, M. (1991). Maternal representations of attachment during pregnancy predict the organization of infant-mother attachment at one year of age. *Child Development*, 62, 891-905.

Fournier L. & Chevalier S. (1998). Dénombrement de la clientèle itinérante dans les centres d'hébergement, les soupes populaires et les centres de jour des villes de Montréal et de Québec 1996-97. Contexte, méthodologie et premiers résultats. Québec: Santé Québec.

Gauthier, Y., Fortin, G. & Jéliu, G. (2004). Clinical application of attachment theory in permanency planning for children in foster care. The importance of continuity of care. Infant Mental Health Journal. Special Issue: The Added Value Of Attachment Theory And Research For Clinical Work, 25(4), 379-396.

Gilbert, S. (2004). L'idéal du moi comme point de mire et le social en toile de fond : une compréhension de la dynamique sociopsychique de l'itinérance des jeunes adultes. Thèse de doctorat, Département de psychologie, UQAM.

Gilbert, S. & Lussier, V. (2007). Déjouer l'impasse du lien et de la parole : d'autres repères pour l'aide en itinérance. *Nouvelles pratiques sociales*, 20(1), 128-150.

Juffer, F., Bakermans-Kranenburg, M. J. & Van Ijzendoorn, M. H. (2007). Promoting positive parenting: an attachment-based intervention. *Psychology Press.*

Kaës, R., Faimberg, H., Enriquez, M. & Baranes, J.-J. (2003). *Transmission de la vie psychique entre les générations*. Paris: Dunod.

Muir, E., Lojkasek, M. & Cohen, N. J. (1999). Watch, Wait and Wonder. A manuel describing a dyadic infant-led approach to problems in infancy and early childhood. The Hincks-Dellcrest Center et The Hincks-Dellcrest Institute.

Piotte, M., Nadeau, J. & Aubin, D. (2004). Intervenir auprès des jeunes parents marginalisés. Texte inédit présenté à la 4° conférence internationale du Service social en santé et en santé mentale.

Poirier, M., Lussier, V., Letendre, R., Michaud, P., Morval, M., Gilbert, S. & Pelletier, A. (1999). Relations et représentations interpersonnelles de jeunes adultes itinérants. Au-delà de la contrainte de la rupture, la contrainte des liens. Groupe de recherche sur l'itinérance des jeunes adultes (GRIJA).

Puskas D. (2002). Amours clouées. Répétition transgénérationnelle et fonction paternelle. Montréal : Sciences et culture.

Tisseron, S., Hachet, P., Nachin, C., Rand, N., Rouchy, J.-C. & Torok, M. (2004). Le psychisme à l'épreuve des générations. Paris : Dunod.

Van Ljzendoorn, M. H. (1995). Adult attachment representations, parental responsiveness and infant attachment. A meta-analysis on the predictive validity of the adult attachment interview. *Psychological Bulletin*, 117, 387-403.

Van Ljzendoorn, M. H., Schuengel, C. & Bakermans–Kranenburg, M. J. (1999). Disorganized attachment in early childhood. Meta-analysis of precursors, concomitants and sequelae. *Development and Psychopathology*, 11, 225–249.

Notes

- 1 Ces jeunes sont appelés également jeunes sans-abri, jeunes adultes itinérants, ou encore jeunes en difficulté. Il n'y a pas de consensus quant à l'appellation de ces jeunes au Québec, mais le terme « jeune de la rue » que nous utilisons est un terme d'usage dans le milieu de la recherche et celui de l'intervention.
- 2 Une recherche financée par la FQRSC
- 3 Le préfixe inter implique la transmission dans la relation directe entre un parent et son enfant, avec la possibilité toutefois pour le sujet de transformer ce qui lui est ainsi transmis (voir en ce sens. Tisseron et al., 2004 et Kaës et al., 2003).
- 4 Depuis 1996, le GRIJA a exploré la dimension relationnelle de l'itinérance chez les jeunes adultes, puis la représentation de l'aide chez ces jeunes et les intervenants qui les côtoient, pour aujourd'hui s'attarder aux agirs et à la parentalité chez ces jeunes; une centaine de jeunes ont été rencontrés (entretiens semi-directifs) au cours de ces différentes recherches.
- 5 «sûr»
- 6 « bien
- 7 Le préfixe trans renvoie à l'idée qu'il y a un passage à travers les générations successives, une transmission inconsciente entre les générations de ce qui n'a pas été symbolisé (d'où la connotation traumatique) et qui a une influence sur le psychisme du sujet. (De nouveau, le lecteur est invité à consulter les références suivantes : Tisseron et al., 2004 et Kaës et al., 2003).

> En bref

L'ASSOCIATION DES ÉTUDIANTS DE L'UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL DÉBLOQUE DES FONDS!

En mars dernier, le bureau exécutif de l'Association générale des étudiants et étudiantes en psychologie de l'Université de Montréal (AGEEPUM) annonçait qu'elle s'engageait à remettre chaque année et à même leur fonds une bourse de 1 000 \$ à un étudiant ou une étudiante en psychologie. Les récipiendaires seront sélectionnés par le comité d'attribution des bourses composé de représentants désignés par le conseil de l'Université de Montréal. Dès septembre 2009, les étudiants seront invités à poser leur candidature en ligne sur le site www.bourses.umontreal.ca/1er Cycle/. Il est important de préciser que cette initiative a été prise par M^{me} Régine Debrosse, étudiante et ancienne vice-présidente de l'AGEEPUM. Cette dernière est engagée dans de multiples projets pour contrer les inégalités sociales par l'éducation et elle a su convaincre M. Nicolas Moffat, président de l'AGEEPUM, et ses pairs d'aller de l'avant pour lutter contre la précarité financière des étudiants.



OFFRE D'EMPLOI 09-41-01 Poste temporaire de psychologue

La Commission scolaire Harricana est à la recherche d'une ou d'un psychologue pour combler un remplacement de mai 2009 à juin 2010.

La commission scolaire compte une clientèle d'un peu plus de 4 000 élèves. La personne aura à travailler dans plusieurs écoles de la ville d'Amos et de paroisses environnantes.

Statut

Professionnel temporaire à temps complet (35 heures/semaine).

Exigences

Être membre de l'Ordre des psychologues du Québec.

Période d'emploi

De mai 2009 à juin 2010.

Traitement et avantages

En conformité avec la convention collective du Syndicat des professionnelles et professionnels, selon la scolarité et l'expérience, l'échelle de traitement s'établit entre 37 354 \$ et 70 819 \$.

Le candidat devra se soumettre à une vérification des antécédents judiciaires

Faire parvenir votre candidature avec curriculum vitae à :

Offre d'emploi 09-41-01 Service des ressources humaines Commission scolaire Harricana 341, rue Principale Nord Amos (Québec) J9T 2L8

Par courriel: recrutement@csharricana.qc.ca

N.B. Pour la réception de curriculum vitae par courriel, un accusé de réception vous sera transmis. Dans le cas contraire, veuillez communiquer avec le Service des ressources humaines.

La Commission scolaire Harricana applique un programme d'accès à l'égalité en emploi et invite les femmes, les membres des minorités visibles, les membres des minorités ethniques et les autochtones à présenter leur candidature. Le candidat devra se soumettre à une vérification des antécédents judiciaires.



Diane Quevillon / Psychologue Clinicienne en bureau privé, conférencière et formatrice à Montréal. dquevillon@videotron.ca



Sonia Lechasseur / Psychologue Centre jeunesse de Québec et en bureau privé, conférencière et formatrice. sonial5000@yahoo.ca

L'attachement dans le contexte de l'adoption au Québec

Il n'y a pas si longtemps prévalait encore l'idée qu'un environnement adéquat et beaucoup d'amour étaient suffisants pour qu'un enfant s'adapte à sa nouvelle famille. On parlait d'une deuxième naissance. Depuis une décennie, l'attachement est considéré comme la pierre angulaire de l'adoption. Ce point de vue est donc relativement nouveau au Québec.

Autour des années 1990, la reconnaissance des organismes agréés par le Secrétariat à l'adoption internationale et la mise en place de la « Banque mixte » ont permis la multiplication des adoptions. Les parents adoptants consultent plus souvent que la moyenne, et cette demande de services a mis en évidence la souffrance et les difficultés d'adaptation des enfants adoptés.

La conviction qui donnait à l'amour le pouvoir de tout réparer étant ébranlée, les cliniciens (psychanalystes, psychologues, travailleurs sociaux, orthopédagogues et autres intervenants au privé comme en institution) ont pensé autrement l'adoption. C'est à partir de leur pratique et de leur réflexion que s'est développé l'intervention clinique en attachement. Au Québec, cette entreprise hybride s'articule principalement autour de deux pôles : la protection à l'enfance (famille d'accueil et banque mixte) et l'adoption internationale.

Après un survol de la problématique, nous jetterons un regard sur la thérapie de l'attachement et sur la formation des intervenants.

ATTACHEMENT ET PRÉCARITÉ DES SOINS

L'attachement se développe pendant les toutes premières années de la vie. Dans le contexte de l'adoption, cela correspond au moment pendant lequel l'enfant n'aura que des soins minimaux. Négligence, abandon, carences, souffrances multiples et séjours en orphelinat ou en famille d'accueil sont autant de facteurs influençant le développement de l'attachement.

En situation d'abandon ou de négligence, les réponses inadéquates aux besoins de base confinent les enfants à la survie. La précarité et les délais des soins dont ils font l'objet les confrontent à répétition à des souffrances physiques et psychiques.

Conséquemment, l'environnement et les donneurs de soins vont être perçus comme étant peu fiables, voire menaçants. Ainsi, à l'âge où normalement s'installent la sécurité interne et la confiance, certains enfants vont devenir anxieux et méfiants. Ils intégreront que pour survivre ou apaiser leur tension ils doivent contrôler leur l'environnement.

La période d'adaptation est, de fait, une mise à l'épreuve des capacités de l'arrivant à faire confiance et à apprendre à fonctionner dans un nouvel environnement. On peut considérer que plus les conditions précaires auront duré longtemps, plus l'enfant aura développé un système défensif rigide.

Le développement de l'attachement est aussi tributaire des lois qui régissent l'adoption. Ainsi, dans un effort de protection de l'identité des personnes, la Convention de La Haye invite les pays à favoriser l'adoption nationale et à recourir à l'adoption internationale en dernière éventualité. Cette initiative positive a pour effet secondaire de garder les enfants plus longtemps en orphelinat et, du coup, augmente les risques d'attachement insécurisé et désorganisé.

Ici, la nouvelle Loi sur la protection de la jeunesse (en vigueur depuis 2008) permet d'accélérer l'adoption par les familles d'accueil « Banque mixte » en resserrant les délais avant la déclaration d'admissibilité à l'adoption. Cette mesure vise à éviter les changements de milieu pour favoriser l'établissement d'une sécurité interne.

DES PARENTS INFORMÉS

La majorité des enfants adoptés s'adaptent à leur nouvelle famille et s'attachent à leurs parents, mais bon nombre d'entre eux restent fragiles. Les méthodes classiques de soins ne donnent pas toujours de bons résultats. C'est pour cette raison que les parents se tournent vers les spécialistes. Quelques CLSC et divers intervenants ou organismes privés offrent des conférences de préadoption et postadoption. Les centres jeunesse offrent des rencontres préparatoires pour les futures familles « Banque mixte ». L'Association Parents d'Enfants présentant des Troubles de l'Attachement, Ligue d'Entraide et de Soutien (PETALES) et l'Association de parents pour l'adoption québécoise (APAQ) donnent soutien et information aux parents.

PERSPECTIVES CLINIQUES

Au début des années 90, les D^{rs} Jeliu, Gauthier et Fortin ont fondé la Clinique de l'attachement de l'Hôpital Sainte-Justine. Ils y ont surtout reçu des enfants placés en famille d'accueil et leurs familles.

À partir de 1996, la travailleuse sociale Johanne Lemieux s'est intéressée à l'adoption internationale. Cette clientèle était mal connue et peu considérée sous l'angle de sa spécificité. M^{me} Lemieux a élaboré le concept d'« adopteparentalité ». Elle a donné de nombreuses conférences et formations sur le sujet.

Le processus de l'adoption est maintenant mieux compris et davantage pris en compte. Il y a quelques inconvénients à cette popularité : d'une part, il sert quelquefois de diagnostic « fourretout », et cela empêche de donner aux enfants et aux parents l'aide dont ils ont réellement besoin. D'autre part, il est banalisé par certains intervenants qui, ayant reçu une information minimale, ont du mal à ajuster leurs nouvelles connaissances à leur pratique. Il est aussi nié par d'autres qui, forts de leur longue expérience, restent fermés à cette nouvelle perspective. Ceux-ci ont notamment tendance à ne pas prendre en compte l'histoire de vie de l'enfant, à confondre les troubles de l'attachement (TA) et les troubles du comportement (TC) dans leurs évaluations et leurs interventions. Enfin, certains s'improvisent thérapeutes de l'attachement sans être dûment formés à l'intervention clinique.

Le TA désigne des comportements d'attachement perturbés qui peuvent passer par à un éventail de difficultés sur le plan psychologique : troubles anxieux, trouble de l'humeur, dépendances et troubles de la personnalité. Ces troubles ne sont pas exclusifs aux enfants adoptés ou faisant l'objet d'un placement. Plusieurs enfants ont grandi dans un milieu familial où ils ont subi des réponses parentales imprévisibles, des séparations soudaines, un cadre de vie incohérent et des évènements traumatiques chroniques.

On peut observer des comportements d'attachement insécurisé chez les tout-petits : les bébés évitent le contact physique et visuel et ne répondent pas aux tentatives de contact, ils pourraient conserver des réflexes moteurs non inhibés (réflexion tonique du cou, agrippement des doigts), pourraient avoir un rythme physiologique instable (sommeil, pouls, alimentation et respiration) et des fonctions immunitaires diminuées.

L'entrée à la garderie ou à l'école ravive l'insécurité profonde de l'enfant et le confronte à ses propres limites. Outre une difficulté à bien percevoir les stimuli extérieurs et à gérer ses émotions, le jeune enfant souffrant de TA pourrait présenter des troubles de l'apprentissage et de la concentration. Il pourrait avoir des difficultés à intégrer les règles et les routines. Il pourrait aussi éviter le contact visuel, refuser de s'en remettre à l'autre, vouloir tout contrôler tout en étant dépendant. Il pourrait ne pas réagir à l'absence du parent et se rapprocher d'un adulte étranger, mais pourrait aussi ne pas supporter de rester seul.

Négligence, abandon, carences, souffrances multiples et séjours en orphelinat ou en famille d'accueil sont autant de facteurs influençant le développement de l'attachement L'enfant est toujours sous tension. En général, il réagit massivement à la frustration. Il élabore et surutilise des défenses rigides et intenses. La liste des symptômes est longue. Plusieurs auteurs en ont fait l'inventaire : Elisabeth Randolph, Keith Reber, Paul D. Steinhauer, entre autres.

Au moment de la puberté et de l'entrée à l'école secondaire, les difficultés sont accentuées par les bouleversements physiques et psychologiques propres à cette période de vie. La confrontation de leur dépendance à leur besoin de prendre une distance visàvis des parents, leur identité complexe et incertaine plongent certains jeunes adolescents adoptés dans l'angoisse. C'est souvent à ce moment qu'ils vont consulter seuls.

Une minorité d'enfants n'arrivera pas à s'intégrer à la vie familiale. Le plus souvent, ceux-ci vont être confiés à la Protection de la jeunesse, en mesure volontaire.

La direction de la protection de la jeunesse (DPJ) chapeaute quelques foyers de groupes spécialisés en attachement pour les plus jeunes. Ces intéressantes et trop peu nombreuses initiatives témoignent d'un réel besoin, mais soulignent le manque de ressources spécialisées pour les 12-18 ans. Il y a aussi quelques classes spécialisées en TA. Là encore, leur nombre est insuffisant.

PSYCHOTHÉRAPIE DE L'ATTACHEMENT

La Clinique de l'attachement s'adresse aux parents, aux familles et éventuellement aux enfants seuls quand ils sont plus vieux. Elle vise à offrir à l'enfant un cadre de vie sécurisant afin de lui permettre d'être disponible à de nouveaux apprentissages. Elle favorise le développement de la sensibilité parentale, amenant les parents à occuper une position de confiance et d'autorité bienveillante auprès de leurs enfants. L'intervention auprès de ceux qui souffrent de troubles de l'attachement et de leur famille est un travail de longue haleine qui demande patience, persévérance et créativité.

Il va sans dire que les parents, figures d'attachement principales, doivent jouer un rôle très actif dans l'installation d'un cadre de vie sécurisant. Soutenus par le thérapeute, ils vont apprendre à observer les signes verbaux et non verbaux, à interpréter adéquatement les comportements et les attitudes, à proposer une réponse appropriée et s'ajuster en fonction de la réponse de l'enfant. Le thérapeute doit transmettre les connaissances théoriques nécessaires et soutenir au quotidien les parents qui font face à un enfant souvent opposant, intolérant à la frustration et susceptible de devenir violent ou de se désorganiser. Son intervention vise à mettre en place un environnement physique et psychique stable, prévisible, cohérent et sécurisant.

FORMATION

Les programmes universitaires reflètent l'intérêt récent des futurs professionnels pour l'attachement, et cela est prometteur. Les praticiens de la santé mentale et du travail social, de l'éducation et de la santé ont tout avantage à se former et à se servir de la théorie de l'attachement et des résultats de la recherche dans l'accompagnement thérapeutique des enfants TA et de leur famille.

La formation des praticiens en TA se doit d'être multidimensionnelle. Le psychologue doit avoir une connaissance pointue de l'attachement et de la psychopathologie. Les exigences de l'intervention clinique dans les cas de problèmes liés à l'attachement impliquent une grande souplesse et une large expérience : le thérapeute doit intervenir auprès des parents, de la fratrie et de l'enfant, tout en étant en lien avec les divers intervenants entourant la famille.

La spécificité des TA implique une réflexion sur les méthodes d'intervention classiques. Certains intervenants ne tiennent pas compte du traumatisme de base, l'évaluation comme l'intervention s'en trouvent alors biaisées. Par exemple, on va conclure, sans plus chercher, qu'il y a manque d'encadrement parental, qu'une mère est trop angoissée ou qu'il y a aliénation parentale, alors que l'enfant souffre d'un TA sévère.

Niels Peter Rygaard, psychologue et clinicien suédois, a élaboré la « thérapie du milieu » qui part du principe que la famille ne peut pas tout assumer. Parents et intervenants doivent s'investir dans un travail d'équipe afin de comprendre le sens de la souffrance de ces enfants. Ils tentent ensemble de les soulager et de les aider à s'adapter à leur milieu. Une prise en charge globale ne peut s'effectuer qu'encadrée de psychologues dûment formés à la théorie et aux méthodes d'intervention spécifiques des TA et de ce type de thérapie.

Rygaard préconise la création d'un cadre thérapeutique élargi et le travail en réseau (parents, enseignants, travailleurs sociaux, éducateurs, ergothérapeutes, orthopédagogues, etc.). Ce tissage d'alliances permet de mettre en place des liens protecteurs pour l'enfant et garantit la continuité et la constance dans le traitement. Le travail en réseau permet aussi de conserver la distance nécessaire pour chacun des intervenants. Le thérapeute confronté à la détresse de l'enfant peut ressentir un grand sentiment d'impuissance ou d'incompétence. Faire face à autant de souffrance risque de faire perdre l'objectivité thérapeutique et d'être victime du « syndrome du sauveur ».

Le clinicien aura à répondre à des situations d'urgence et se trouvera souvent au cœur d'une dynamique familiale intense et complexe. Il devra savoir comment ne pas déborder de son mandat et tenir compte de ses propres limites. Le travail avec les enfants TA et leur famille implique une bonne expérience clinique, une formation solide et, idéalement, le soutien par des pairs.

L'adoption se pose dans l'histoire de l'enfant comme une nouvelle possibilité de vivre en sécurité, de recevoir de bons soins et d'être aimé. Plusieurs enfants adoptés ont besoin qu'on les soutienne pour profiter pleinement de cette opportunité. Leurs parents prennent parfois douloureusement conscience de la détresse de leur enfant. Pour les aider à maintenir un cadre sécurisant, à établir une distance émotionnelle non menaçante et développer les capacités relationnelles de ce dernier, ils ont besoin de praticiens compétents et solides.

En tant que psychologues, nous nous trouvons à la croisée de la réflexion théorique, de l'expérimentation et du travail clinique. Nous sommes donc en bonne position pour participer au développement de ce nouveau champ de pratique.

Références

Chicoine, J.-F., Germain, P. et Lemieux, J. (2003). L'enfant adopté dans le monde (en quinze chapitres et demi), Montréal : Éditions du CHU Sainte-Justine.

Lemay, M. (1979). J'ai mal à ma mère, Paris : Éditions Fleurus.

Newton Verrier, N. (2004). L'enfant adopté : comprendre la blessure primitive, Bruxelles : De Boeck & Larcier.

Rygaard Niels, P. (2005). L'enfant abandonné, Bruxelles : De Boeck & Larcier.

Steinhauer, Paul D. (1996). Le moindre mal. La question du placement de l'enfant, Montréal : Les Presses de l'Université de Montréal.



Les psychologues du CEP offrent les services suivants :

Directrice : Dre M.-H. St-Hilaire, psychologue

- Consultation individuelle, de couple et de groupe
 Anxiété/Phobie/Panique Dépression/Burnout/Deuil
 - Dépendance Difficultés interpersonnelles Réactions post-trauma • Douleur / Maladies chroniques Troubles alimentaires (Anorexie/Boulémie/Obésité)
- Formations Grand Public (gestion de l'anxiété / douleur)
- Perfectionnement professionnel
- Location de bureaux ou salle de conférence

5066 Papineau, Montréal • 514 678-5747

www.cepsychologie.com



Portrait

Maryse Lassonde: la chercheuse d'ondes

Chevalier de l'Ordre national du Québec depuis 1999, la neuropsychologue Maryse Lassonde a accédé en janvier dernier à la présidence de cette prestigieuse institution honorifique qui a pour mandat de promouvoir l'excellence en reconnaissant la carrière exceptionnelle de ceux et celles qui contribuent au développement du Québec. Voici un portrait de cette chercheuse et clinicienne infatigable pour qui la découverte des secrets du cerveau et la promotion des sciences représentent des sources de motivation inépuisables.

À la lecture de son curriculum vitae, on comprend vite que Maryse Lassonde s'inscrit dans la lignée de ces grands chercheurs montréalais qui l'ont inspirée, parmi eux : Brenda Milner, Hans Selye et Herbert Jasper. Cette pionnière de la neuropsychologie clinique au Canada ne tarit pas d'éloges lorsqu'il est question d'établir la réputation internationale des chercheurs d'ici. « Qu'on pense à la génomique ou aux neurosciences, les chercheurs montréalais sont parmi les meilleurs au monde! », affirme-t-elle sans ambages en rappelant que Montréal à elle seule reçoit 50 % des subventions de recherche octroyées en neurosciences au Canada. D'ailleurs, Maryse Lassonde souhaite pouvoir donner une couleur scientifique à son mandat comme présidente de l'Ordre national du Québec — l'équivalent de la Légion d'honneur en France — en travaillant notamment à faire la promotion de l'excellence en recherche auprès des jeunes.

_SAVOIR SAISIR LES OPPORTUNITÉS

Maryse Lassonde a démontré très tôt un intérêt pour la psychologie et plus précisément pour la psychophysiologie. Sans insister, elle précise d'emblée que le cancer du cerveau ayant frappé son père n'est sans doute pas étranger à son attrait pour le domaine des neurosciences. Elle obtient donc un baccalauréat en psychologie à l'Université de Montréal et grâce à l'excellence de son dossier et à son implication bénévole dans le laboratoire de recherche de l'institution, elle joint les rangs d'une des petites et très sélectes cohortes d'étudiants admis à l'Université Stanford en Californie pour ses études supérieures. C'était en 1974. « À mon arrivée, n'ayant pas 21 ans, je ne pouvais pas suivre mes collègues dans les bars et je parlais à peine anglais! », raconte-t-elle en souriant. Mais elle s'adapte rapidement et apprécie sa chance de pouvoir côtoyer d'éminents chercheurs alors que la psychologie aux États-Unis est en pleine ébullition.

Doctorat en poche, Maryse Lassonde atterrit ensuite, comme professeure, à la jeune Université du Québec à Trois-Rivières où tout est à bâtir. Elle mettra rapidement sur pied l'unité de neuropsychologie de l'hôpital Sainte-Marie afin de créer un milieu de stage sur mesure pour ses étudiants. L'un d'entre eux, qui s'était présenté avec l'idée de travailler sur l'agénésie du corps calleux, lui ouvre la voie vers ce qui deviendra son premier grand champ de recherche. De fil en aiguille, les travaux sur le corps calleux l'amèneront ensuite à Sainte-Justine où se précisera son intérêt pour la neuropsychologie de l'épilepsie de l'enfant. « Chaque chose mène à une autre », remarque-t-elle en prenant la mesure des hasards ayant jalonné son parcours. Maryse Lassonde semble effectivement avoir le don de se trouver au bon endroit au bon moment : « J'ai été chanceuse d'arriver à un moment où les

choses commençaient à se développer dans un domaine particulier. Ce sont des hasards, mais je saisis les occasions », dit la chercheuse avec une confiance manifeste.

En 1988, une autre opportunité s'offre à elle : l'Université de Montréal lui demande de mettre sur pied le programme de neuropsychologie recherche/intervention. Elle y est toujours, entourée de 20 professeurs et de 60 étudiants qu'elle qualifie d'extraordinaires et qu'elle adore côtoyer au quotidien. « Ils ont un dossier académique excellent, mais il faut aussi dire qu'on choisit des gens sympathiques! », précise-t-elle en ajoutant qu'à ses yeux, la relève en neuropsychologie est déjà assurée.

À LA DÉCOUVERTE DES SECRETS DU CERVEAU!

Force est de constater que la neuropsychologie repose de moins en moins sur les traditionnels tests papier-crayon. Grâce à des outils de mesure de plus en plus sophistiqués, dont l'électrophysiologie et l'imagerie cérébrale, l'exploration du cerveau humain paraît désormais illimitée et fascinante. « Nous avons récemment découvert que le nouveau-né produit une onde cérébrale spécifique et très, très forte en réponse à la voix de sa mère », nous dit la chercheuse avec l'enthousiasme des explorateurs de contrées méconnues.

Les fonds obtenus dans le cadre d'une chaire de recherche fédérale en neuropsychologie développementale ont permis à Maryse Lassonde d'aménager son tout nouveau laboratoire de recherche de pointe à l'hôpital Sainte-Justine. « C'est magnifique! », s'exclame-t-elle. Ses équipements lui permettent notamment de mesurer de façon non invasive les réponses cérébrales des bébés sains, mais aussi des enfants présentant des problèmes tels que la prématurité, l'épilepsie ou le cancer. Ainsi, elle collabore de près avec les neurologues qui se fient notamment sur elle et son équipe pour localiser et protéger les zones du cerveau associées au langage et à la motricité dans des contextes de neurochirurgies.

LA RIGUEUR AVANT TOUT

Même si Maryse Lassonde se réjouit de la vague d'intérêt actuelle pour les neurosciences, elle se montre néanmoins inquiète face à l'émergence de certains types de prétendues thérapies fondées sur une interprétation à tort et à travers des découvertes sur le cerveau et donnée par des gens qui ne sont membres d'aucun ordre professionnel. Elle s'indigne du fait que certains médias font actuellement la promotion de ces « traitements » sans égard à la protection du public.

Mais la scientifique n'est, par ailleurs, pas du tout fermée à l'idée de collaborer avec des chercheurs oeuvrant dans des domaines moins connus, mais non moins sérieux. Elle vient d'ailleurs d'amorcer un projet de recherche avec deux ostéopathes soucieux de tester les effets d'un traitement destiné aux personnes ayant subi des commotions cérébrales. « Une fois qu'on sait comment faire de la recherche, on peut prendre n'importe quel thème et bien l'étudier », affirme-t-elle tout en précisant qu'elle priorise les projets de recherche ayant un impact en clinique.

PARLONS COMMOTIONS

En 1997, Maryse Lassonde reçoit des messages téléphoniques où il est question d'un projet d'évaluation neuropsychologique des Canadiens. « Je croyais qu'ils voulaient que je fasse des tests à grande échelle sur la population canadienne, ce qui ne m'intéressait pas », dit-elle pour se justifier de ne pas avoir rappelé ces gens. Mais peu après, sa fille écoute un nouveau message et lui dit qu'il ne s'agit pas des Canadiens, mais bien des joueurs de hockey du Canadien! Et c'est suite à cet imbroglio que Maryse Lassonde devient la neuropsychologue attitrée du club de hockey. Elle veille notamment à s'assurer de ne pas faire retourner au jeu les joueurs qui ont subi des chocs à la tête tant que ces derniers n'ont pas recouvré leur niveau de fonctionnement initial. « Il est primordial de ne pas retourner trop vite après un choc! » prévientelle. En effet, il s'agit d'une mesure essentielle pour prévenir notamment le syndrome du second impact qui peut se produire lorsqu'une personne subit deux commotions rapprochées, et qui peut entraîner la mort.

Cette collaboration avec le Canadien l'amène à créer un programme de recherche sur les commotions cérébrales dans les sports, un champ d'investigation qui ne cesse de la surprendre. Les travaux de cette équipe, dont ceux de Louis de Beaumont, un étudiant avec qui Maryse Lassonde a cosigné une étude retentissante dans la prestigieuse revue Brain¹, contribuent actuellement à élargir de façon importante notre compréhension des effets des commotions cérébrales. « Même 30 ans après une seule commotion, on peut mesurer certains déficits au niveau notamment de la mémoire et de la résistance à la distraction. Aussi, on sait maintenant qu'il y a des effets cumulatifs des commotions », explique-t-elle. En effet, peut-être à cause des problèmes d'équilibre, d'attention ou de coordination qui en découlent, les gens qui ont subi une commotion sont deux fois plus à risque d'en faire une deuxième, les gens qui en ont subi deux sont cinq fois plus à risque d'en faire une troisième. C'est l'alerte qu'elle lance.

Elle précise aussi que de vastes études épidémiologiques mettent en lumière certains liens entre les commotions cérébrales et le développement de la maladie d'Alzheimer. Est-il besoin de dire que Maryse Lassonde est une fervente défenseure des casques et des mesures de prévention des chocs à la tête dans le sport? « Il faut savoir que le soccer provoque autant de commotions que le hockey », dit-elle. Pour le hockey, elle recommande qu'on diminue les batailles, une des grandes causes de commotions.



Et que penser de la boxe? « La boxe n'est pas un sport », affirme catégoriquement Maryse Lassonde en ajoutant que la moitié des boxeurs souffriront un jour de démence pugilistique. Paradoxalement, elle souligne que le sport peut aussi être un facteur de protection de la démence. Pour elle, il s'agit donc de savoir le pratiquer de façon sécuritaire et responsable.

_PSYCHOLOGUE OU NEUROPSYCHOLOGUE?

Cette femme au visage juvénile, à la voix douce et à l'attitude bienveillante insiste sur la place importante de la relation d'aide dans le travail des neuropsychologues cliniciens. Qu'il s'agisse d'aider un patient à accepter ses difficultés et limitations sans porter atteinte à son estime personnelle ou d'offrir du soutien aux parents d'un enfant malade, certaines habiletés associées à la psychothérapie sont primordiales et complémentaires aux compétences liées à l'évaluation neuropsychologique proprement dite.

Par exemple, lorsqu'une personne qui a reçu un choc sur la tête développe par la suite des problèmes d'attention et que ces problèmes l'amènent à se sentir irritable et déçue d'ellemême au point de développer parfois des symptômes anxiodépressifs, le neuropsychologue travaillera avec elle à adopter une nouvelle attitude et de nouvelles habitudes face à son travail et à la façon de mener sa vie. Il pourra notamment l'aider à mieux gérer les distractions et à organiser son horaire jusqu'à ce que les problèmes d'attention se résorbent. « Ça, c'est de la psycho! », affirme Maryse Lassonde.

_UNE CARRIÈRE MARQUÉE PAR L'ENGAGEMENT

Dès les années 70, la chercheuse amorce son implication sociopolitique en participant à une foule de comités ministériels et de conseils gouvernementaux, dont le conseil supérieur de l'éducation et le conseil de la langue française. On la sollicite aussi pour des avis scientifiques au CRSNG (Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie du Canada) et à l'ACFAS (l'Association francophone pour le savoir), organisation dont elle assurera la présidence en 1994. « Être une femme m'a aidée », admet Maryse Lassonde qui a su bénéficier des clauses de représentativité de la femme scientifique pour se tailler une place et, du même coup, établir la crédibilité des femmes dans ces divers comités traditionnellement réservés aux hommes.

Au fil des ans, Maryse Lassonde a tissé des liens de collaboration avec des chercheurs d'autres pays, dont la France et l'Italie, un endroit parmi les plus avancés au monde en neuropsychologie clinique. Elle vient aussi d'être invitée à la société latino-américaine de neuropsychologie et se réjouit à l'avance des nouveaux liens qui pourront se développer entre le Canada et l'Amérique du Sud. Maryse Lassonde se dit fière et choyée d'appartenir à cette communauté de chercheurs internationaux dont plusieurs sont devenus de grands amis.

_CONCILIER LA PASSION DU TRAVAIL ET L'AMOUR DES ENFANTS

La neuropsychologie est au cœur de la vie de Maryse Lassonde et cette dernière concède que cette passion qui l'anime est parfois dévorante. « Passer une journée sans travailler un peu, ça ne va pas », dit-elle. Mais pour cette scientifique, les chercheurs universitaires ne peuvent exceller qu'au prix de certains renoncements et d'efforts continus. Elle s'estime chanceuse d'avoir pu amorcer sa carrière à Trois-Rivières, un milieu dans lequel elle a su s'aménager une bonne qualité de vie familale. « Je pouvais aller dîner avec mes filles le midi », se souvient-elle. Mais à ses yeux, la conciliation travail-famille n'est pas facile pour les jeunes femmes qui se destinent aujourd'hui à des carrières scientifiques. La pression pour publier est plus forte que jamais et Maryse Lassonde ne peut

s'empêcher de remarquer que plusieurs étudiantes qui décident d'avoir des enfants voient ensuite leur carrière ralentir en comparaison avec leurs collègues masculins.

Manifestement, Maryse Lassonde, elle, n'a jamais ralenti! Ce qui explique entre autres son parcours remarquable et ce caractère dynamique et allumé qui se dégage d'elle. Mais lorsqu'on lui demande si elle a développé d'autres passions en dehors de la neuropsychologie, elle répond : « Je suis autant une grand-maman qu'une scientifique! » en tournant un regard attendri vers les photos de Maïka, 3 ans, et de Mannek, 1 an, qui occupent une place de choix dans son bureau... et pas besoin d'un électroencéphalogramme pour comprendre qu'entre elle et ses petits-enfants, les ondes d'amour sont intenses!

Par Éveline Marcil-Denault, psychologue et journaliste pigiste

NOTES

Louis De Beaumont, Hugo Théoret, David Mongeon, Julie Messier, Suzanne Leclerc, Sébastien Tremblay, Dave Ellemberg and Maryse Lassonde, « Brain function decline in healthy retired athletes who sustained their last sports concussion in early adulthood », Brain 2009 132(3), 695-708. http://brain.oxfordjournals.org/cgi/content/full/132/3/695

Centre de santé et de services sociaux de Sept-Îles

PSYCHOLOGUE

POSTE À TEMPS COMPLET — 35 H / SEMAINE

DESCRIPTION DU POSTE:

Sous l'autorité de la coordonnatrice du programme de santé mentale, assume, selon les règles particulières de la profession, des activités d'évaluation, d'orientation, de consultation et de traitements psychologiques adaptés aux besoins d'une clientèle psychiatrique composée principalement d'adultes et de jeunes adultes. Vous aurez à travailler avec différents professionnels (médecins, travailleurs sociaux et infirmières).

EXIGENCES:

- Être membre de l'Ordre des psychologues du Québec;
- Posséder un minimum de 3 ans d'expérience avec une clientèle ayant des problèmes de santé mentale;
- Aptitude à faire des évaluations psychométriques.

PROFIL:

- Aptitude à établir une relation thérapeutique ;
- Aptitude à conduire des entrevues ;
- Aptitude à conceptualiser et formuler le problème ;
- Capacité à travailler en équipe multidisciplinaire ;
- Respect de l'individualité ;
- Sens des responsabilités ;
- Sens de l'initiative ;
- Jugement et autonomie.

RÉMUNÉRATION:

Le salaire est déterminé selon les normes en vigueur dans le réseau de la santé et des services sociaux. À cette rémunération s'ajoute une prime de rétention de 8%.

Les personnes intéressées doivent faire parvenir leur d'un curriculum vitae à l'adresse suivante :

> Direction des ressources humaines <u>Concours psychologue</u> Centre de santé et services sociaux de Sept-Îles

45, rue du Père-Divet Sept-Îles (Québec) G4R 3N7

Télécopieur : 418 962-2701 Courriel : 09.cssssi.recrutement@ssss.gouv.qc.ca

Seules les personnes retenues pour une entrevue seront contactées.

Centre de santé et de services sociaux du Suroît

Psychologues

Le CSSS du Suroît regroupe l'Hôpital du Suroît, les cliniques externes de psychiatrie de Salaberry-de-Valleyfield et de Vaudreuil-Dorion, deux CLSC ainsi que deux centres d'hébergement. Une population de près de 200 000 personnes est ainsi desservie.

Le psychologue est appelé à exercer des activités d'évaluation, d'orientation, de consultation et de traitements psychologiques adaptés aux besoins individuels et collectifs des usagers. Le travail se fait au sein d'équipes multidisciplinaires, en partenariat avec le réseau et auprès d'une population francophone et anglophone.

POSTES VACANTS À COMBLER DÈS MAINTENANT:

1 poste TC Santé mentale adulte, 1ère ligne,

à Valleyfield;

1 poste TC Clinique externe de

pédopsychiatrie (enfants et ados),

2^e ligne, Vaudreuil-Dorion

DÉPARTS À LA RETRAITE PRÉVUS EN 2010-2011 :

1 poste TC Clinique externe de

pédopsychiatrie, Vaudreuil-Dorion;

2 postes TC Clinique externe de psychiatrie

adulte

(Valleyfield et Vaudreuil-Dorion)

Exigences:

- Diplôme universitaire de 2^e cycle en psychologie clinique;
- Être membre en règle de l'Ordre des psychologues du Québec;
- Expérience clinique auprès des clientèles visées ;
- Maîtrise des outils d'évaluation et d'intervention auprès de la clientèle visée;
- Maîtrise de l'anglais pour les postes à Vaudreuil-Dorion.



Au CSSS du Suroît, nous sommes dédiés au mieux-être « Pour la Vie »!



Joignez-vous à notre équipe!

Si notre offre vous intéresse, veuillez faire parvenir votre curriculum vitae aux coordonnées ci-dessous :

Direction des ressources humaines Secteur dotation 150, rue Saint-Thomas Salaberry-de-Valleyfield (Québec) J6T 6C1

Téléphone : 450 371-9920, poste 2566 Téléphone sans frais : 1 866 SUROÎT-1

Télécopieur: 450 371-3607

recrutement_rh.cssssuroit@rrsss16.gouv.qc.ca

www.cssssuroit.qc.ca



Colloques et congrès

5° congrès international francophone sur l'agression sexuelle.

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

Colloque Santé Mentale & Enjeux Sociétaux : Réhabilitation, Participation Sociale et Intégration Professionnelle.

Organisé par l'association d'aide par le travail thérapeutique pour personnes psychotiques. Les 14 et 15 mai 2009 à Mondorf-les-Bains, au Luxembourg. Renseignements : www.social-psychiatry.eu.

Journée d'Étude de la Psychothérapie Gestaltiste des Relations d'Objet (PGRO).

Organisée par le Centre d'Intégration Gestaltiste (CIG). Le 13 juin 2009 à Montréal. Renseignements : www.cigestalt.com ou 514 481-4134.

Conférence internationale sur l'utilisation d'Internet en santé mentale.

Organisée par l'Institut universitaire en santé mentale, le Douglas. Du 14 au 16 mai 2009 à Montréal. Renseignements : www.douglas.qc.ca/internet-mental-health/index.asp?l=f ou 514 761-6131, poste 2375.

Colloque Aux sources de la violence de l'enfance à l'adolescence.

Organisé par la Fédération Française des Psychologues et de Psychologie (FFPP). Du 8 au 10 octobre 2009 à Paris, en France. Renseignements: www.psy-colloque-2009.org ou 01 43 47 20 75.

56° Conférence de la Commission Internationale des Relations du Couple et de la Famille (CIRCF).

Organisé par l'Organisation Nord-Américaine de la Famille (ONAF). Du 16 au 19 juin 2009 à Sherbrooke. Renseignements : www.iccfr.org/en/conferences/our_next_ conference.php ou 514 343-7662.

Colloque Pratiques cliniques en première enfance. Troubles relationnels et fragilités constitutionnelles.

Organisé par l'Association Québécoise pour la Santé Mentale des Nourrissons (AQSMN), le Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine et la Corporation autonomie jeunes familles. Les 4 et 5 juin 2009, au Centre Mont-Royal de Montréal. Renseignements: www.aqsmn.org/fr/CongresAQSMN-juin2009.pdf ou 514 345-2370.

> En bref

_COMMISSION DES DROITS DE LA PERSONNE : DEUX PSYCHOLOGUES SÉLECTIONNÉS

La Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse ainsi que le Tribunal des droits de la personne ont annoncé le nom des personnes qui peuvent être retenues comme arbitres ou nommées assesseurs. Nous sommes heureux de vous annoncer que deux psychologues ont été sélectionnés : Dre Mireille Tremblay et M. Claude Daoust.



FORMATION CONTINUE EN HYPNOSE

L'intégration du cycle de la vie¹ (Lifespan integration)

Avec Peggy Pace, MA, LMHC, LMFT.

FORMATION DE BASE - LES 25 ET 26 SEPTEMBRE 2009 FORMATION AVANCÉE - LES 2 ET 3 OCTOBRE 2009

'L'Intégration du cycle de la vie (ICV) est une nouvelle méthode de traitement visant à favoriser l'intégration neuronale et la guérison des personnes ayant vécu des traumatismes ou de la négligence durant leur enfance. L'ICV combine la régression hypnotique, l'imagination active et l'intégration des états du moi à travers le temps pour apporter une guérison profonde et complète.

Tous les psychologues (membres et non membres) sont les bienvenus

Formation en hypnese elinique

FORMATION DE BASE

LES 10, 11, 24 ET 25 OCTOBRE 2009. A MONTRÉAL Cet atelier initie les participants(es) à la pratique de l'hypnose en tant que mode de communication et outil thérapeutique.

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

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

Visitez notre site : www.sqh.info

Renseignements: 514 990-1205

Une erreur s'est glissée dans le numéro de septembre 2008 de *Psychologie Québec*. Le nom de M^{me} Nicole Ouellette n'aurait pas dû être inscrit dans la liste des psychologues qui ont été retirés du Tableau des membres pour « défaut de paiement ». Nous transmettons nos excuses à M^{me} Ouellette.

Service d'intervention d'urgence pour les psychologues

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

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

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

_NOUVEAUTÉ AU CLIPP



Le Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociales (CLIPP) a annoncé la nomination de M^{me} Diane Berthelette en tant que nouvelle présidente-directrice générale. En poste depuis janvier 2009, elle a succédé à M^{me} Mireille Mathieu et à M. Jean Perrault. Son principal mandat sera l'atteinte des objectifs du CLIPP:

assurer la liaison et le transfert de connaissances entre le réseau de la recherche psychosociale, les milieux d'intervention et de prévention, les décideurs et les médias québécois; diriger et stimuler les activités du centre par des thématiques qui préoccupent les milieux de la prévention et de l'intervention, soit celles des jeunes, du couple et de la famille, de la santé psychologique au travail, de la qualité de vie, des dépendances et du vieillissement. En plus, M^{me} Berthelette assurera la visibilité de l'organisme et deviendra la porteparole du centre.

LES SERVICES PROFESSIONNELS DE PRÉVENTION DU SUICIDE DE MONTRÉAL

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

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

514 840-0614

Direction: Gaëtan Roussy, psychologue gaetanroussy@hotmail.com

Vient de paraître











1_ORGANISATION PATHOGÈNE DU TRAVAIL ET MAINTIEN DURABLE EN EMPLOI: UNE QUESTION ANTINOMIQUE?

Des transformations importantes dans le monde du travail amènent chacun à se poser des questions sur la qualité de vie au travail et le maintien en emploi. Basé sur des résultats de recherches effectuées au Québec et en France, ce livre présente un état des situations et propose une prise de conscience collective ainsi que des changements souhaitables.

Sous la direction de Marie-France Maranda et D** Geneviève Fournier, psychologue // Les Presses de l'Université Laval / Collection Trajectoires professionnelles et marché du travail contemporain

2_APPRENDRE... UNE QUESTION DE STRATÉGIES

Cet ouvrage propose, aux intervenants des milieux scolaires et de réadaptation, une définition des habiletés liées à six fonctions du cerveau – l'activation, l'inhibition de l'impulsivité, la flexibilité, la planification, la mémoire de travail et la régulation des émotions – en plus d'un répertoire d'activités pour faire prendre conscience aux élèves des habiletés associées à ces fonctions.

D' Pierre Paul Gagné, psychologue, Normand Leblanc, psychologue et D' André Rousseau, psychologue // Chenelière Éducation

3_LE PRINCIPE DU PETIT PINGOUIN

Ce livre s'adresse à toutes les personnes qui s'adaptent à leur environnement et qui finissent par oublier de suivre leur propre rythme. Suite à la lecture de cet ouvrage, elles retrouveront leur vitalité en accomplissant leurs satisfactions profondes.

D^r Jean-François Ducharme, psychologue // Les Éditions Quebecor

4_MIEUX DIRIGER SANS SE FATIGUER. À QUOI SERT AU HAMSTER DE FAIRE TOURNER SA ROUE PLUS VITE?

Vous avez l'impression de ne plus utiliser vos talents et votre potentiel au travail? La lecture de cet ouvrage vous permettra de trouver votre voie, votre style et votre place tout en ayant une idée des principaux enjeux du monde du travail.

D' Jean-François Ducharme, psychologue // Les Éditions Quebecor

5_LES PSY-TRUCS — TOME 2

Ce livre fournit des réponses claires aux questions que bon nombre de parents se posent au sujet du développement de leur enfant âgé de 3 à 6 ans. Chacune des sections est résumée par des psy-trucs accessibles à tous et facilement applicables dans la vie de tous les jours.

Suzanne Vallières, psychologue // Les Éditions de l'Homme

6_DU SOLEIL PLEIN LA TÊTE. DÉMYSTIFIER LE TROUBLE AFFECTIF SAISONNIER ET SES TRAITEMENTS

Ce livre est à mettre entre les mains de tous les intervenants en santé de sorte qu'ils puissent aider à prévenir et à traiter les troubles affectifs saisonniers chez les personnes qui en sont atteintes. Origines, causes, traitements et recherches les plus récentes s'y retrouvent.

Dre Marie-Pier Lavoie, psychologue, avec la collaboration de Gérard Pons // Les Éditions Quebecor

7_VAINCRE LES ENNEMIS DU SOMMEIL. 2° ÉDITION.

Les personnes qui souffrent de troubles du sommeil et qui refusent de prendre des médicaments pour entrer dans le monde de Morphée sont invitées à se procurer cet ouvrage! Cette lecture les aidera à mettre le doigt sur les attitudes et habitudes à modifier pour retrouver un sommeil réparateur. Une 2e édition qui propose une mise à jour des nouvelles informations disponibles sur l'insomnie et son traitement.

D' Charles M. Morin, psychologue // Les Éditions de l'Homme

8_L'APPROCHE SYSTÉMIQUE EN SANTÉ MENTALE

Les auteurs de cet ouvrage sont psychologues, psychiatres et intervenants sociaux aux expertises diverses et ont un point en commun : une riche expérience de l'approche systémique. Cette pratique se distingue des pratiques traditionnelles en replaçant l'individu dans le système complexe auquel il appartient.

Presses de l'Université de Montréal

9_MIEUX VIVRE AVEC LE CANCER. LES SOLUTIONS NATURELLES POUR ATTÉNUER LES SYMPTÔMES

Ce livre est pour toutes les personnes atteintes du cancer et qui recherchent des solutions saines et efficaces pour mieux vivre avec la maladie. Elles y retrouveront une compilation des différentes approches thérapeutiques qui peuvent être utilisées parallèlement aux traitements médicaux.

Stéphane Bensoussan, psychologue // Groupe Livre – Quebecor Media













10 LES BATEAUX DE PAPIER : POÈMES **ET CHANSONS** 1983-1999, SUIVI DE LE BUREAU DU PSY

Ce recueil est l'union de deux passions : la psychologie et la poésie. L'auteur se dit « chasseur d'images et de mots... par besoin de pénétrer au cœur de l'être. » Il invite les lecteurs à oser partager son jardin intime rempli de chansons et de poèmes.

Serae Sauvé, psychologue // Les Éditions Serge Sauvé

11 LA PERSONNALITÉ **EN OUESTION**

L'auteur considère la personnalité tant du côté de l'intervenant que de celui du client ou du patient comme premier instrument de communication, de négociation, de médiation et de thérapie. Ce livre s'adresse aux personnes qui cherchent à approfondir l'aspect scientifique de leur personnalité ou celle des autres.

Aurèle St-Yves, psychologue // Les Éditions Saint-Yves inc.

12 LE SEXE FORT N'EST PAS CELUI QU'ON CROIT

Un essai qui répond à une question troublante : si, à l'école, les femmes dominent les garçons, pourquoi plus tard les hommes se retrouvent-ils dans les postes clés, autant dans le monde du travail que dans la société? L'auteure apporte des explications validées par la science et appuyées par des témoignages personnels.

Susan Pinker, psychologue // Les Éditions Transcontinental

13 SOYEZ HEUREUX, PENSEZ AUTREMENT!

Combien de personnes cherchent le bonheur en vain? Ce livre, écrit par deux psychologues, propose une réflexion sur la façon de voir la vie et présente une approche orientée vers l'action. Un outil intéressant pour trouver des réponses sur nos nombreux malaises à l'intérieur de nous.

Martin Légaré et Sébastien Mailhot, psychologues // Les Éditions 2 psys

14 L'ARCHIPEL **IDENTITAIRE**

Cet ouvrage propose une réflexion scientifique fondée sur des concepts psychanalytiques et de psychologie du développement, tous deux sont la base de l'écoute et de la guérison thérapeutiques. En premier lieu écrit pour les jeunes professionnels oeuvrant en santé mentale. ce livre s'adresse autant aux cliniciens d'expérience qu'au grand public.

Dre Françoise Aubert, psychologue // Les Éditions Quebecor

15 ADIEU LES COUCHES. L'APPRENTISSAGE DE LA PROPRETÉ

Un livre à mettre entre les mains de tous les nouveaux parents. L'auteure y met à profit les connaissances scientifiques disponibles ainsi que son expérience de psychologue pour expliquer et rassurer, rapidement et efficacement les mamans et papas en apprentissage!

D^{re} Nadia Gagnier, psychologue // Les éditions La Presse / Collection Vive la famille, volume 6

Tests disponibles à l'IRP

ASEBA - Système d'évaluation empirique Achenbach

L'ASEBA est l'instrument pour l'évaluation de l'enfant et du jeune adulte, parmi les plus utilisés au monde. L'ASEBA est utilisé dans différents contextes: psychologie scolaire, santé mentale, expertise psycho-légale, services à la famille etc.

Échelle d'évaluation Conners

5012-860592: Copie-échantillon Une mesure de la pathologie et du comportement, incluant une évaluation du déficit de l'attention avec/sans hyperactivité (TDA/H): ces échelles ont été validées par plus de 11 000 évaluations.

Inventaire NEO PI-R

Un inventaire qui bénéficie de l'apport de la théorie sur la personnalité parmi les plus validées internationalement. L'inventaire NEO PI-R a été conçu pour rendre opérationnelle la théorie des "big five" (Five Factor Model). Les 5 échelles :Névrose, Extraversion, Ouverture, Agréabilité et Conscience. 6162-542102: Matériel complet

INSTITUT DE RECHERCHES PSYCHOLOGIQUES

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

Téléphone: 514 382-3000 · 1 800 363-7800 Télécopieur 514 382 3007 · 1 888 382 3007 Site Web: http://www.i-r-p.ca



Petites annonces

_À LOUER/À PARTAGER

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

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

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

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

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

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

À Sherbrooke, bureau à partager dans triplex au centre-ville, disponible les lundis et mardis, 50 \$ par jour, stationnement. Tél.: 819 620-8208.

Bureau à louer – Ahuntsic. Édifice professionnel, temps plein ou partiel, bureaux bien aménagés, meublés ou non, insonorisés, climatisés, près du métro, service téléphonique, stationnement privé, entretien ménager inclus. François Baillargeon: 514.387-5005

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

Montréal. Clinique de psychologie Beaubien.
Beaubien/Langelier. Bureau meublé et décoré
pour pratique privée comprenant : insonorisation,
salle d'attente, chauffage/climatisation central, toilette,
cuisinette, stationnement et références au besoin.
Ambiance calme dans un édifice professionnel.
Tarif concurrentiel aux blocs, à la journée ou au mois.
Éric Beaulieu : 514 339-4420,
ericbeaulieu8@hotmail.com.

Québec, Chemin Sainte-Foy, près de Duplessis. Bureau à partager, équipe de psychologues, disponible mercredi, jeudi, vendredi et fin de semaine, exception du mercredi aux 15 jours de 16 à 18 heures, meublé, climatisé, insonorisé, salle d'attente, cuisinette, stationnement, assurances incluses, 240 \$ par mois. Tél.: 418 659-7046. Bureau à louer pour psychologue désirant travailler dans une clinique multidisciplinaire située dans une école secondaire à Ahuntsic. Envoyez lettre et C.V. à nadia.gaudreault@physioextra.ca.

Québec, René-Lévesque Ouest, bureau à partager, libre jeudi et vendredi. Facile d'accès, discret, ensoleillé, climatisé, salle d'attente et salle de toilette privées. Tél.: 418 527-4741, jean.leahey@videotron.ca.

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

À louer – Bureaux pour psychologues ou autres professionnels de la santé. Différentes modalités de location sont disponibles. Possibilité de références. Communiquez avec Sylvie : 450 346-8970, Saint-Jean-sur-Richelieu

Sherbrooke-Montréal. Psychologue d'expérience (psychothérapie adulte) offre bureau bien établi à Sherbrooke 2 jours/semaine en échange de l'équivalent à Montréal. Références possibles. g.forestpsy@sympatico.ca, 819-564-3232.

Sherbrooke et De Lorimier, bureaux meublés et bien fenêtrés, situés dans un immeuble à 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. Renseignements: 514 523-8771.

Bureau à partager à Montréal (Sherbrooke et Guy); immeuble historique, vocation médicale, visibilité. Deux grandes pièces bien décorées, ensoleillées, tranquilles. Références possibles. Tél.: 514 935-6584.

Joliette – Un bureau à louer et un bureau à partager. Possibilité de références. Chantal Ferland au 450 752-5216.

Bureaux pour professionnels à louer, 200 mètres du métro Henri-Bourassa à Montréal. Édifice impeccable, sécuritaire et bien entretenu. Bureaux rénovés, clé en main. Tél. : 514 381-0003.

Situé à Outremont – Bureaux à louer, 200 pieds carrés, 2 rénovés, calmes, pour professionnels. Pour plus de renseignements, communiquez avec nous au 514 940-3333, poste 223.

Québec. Agréable bureau à sous-louer, meublé, neuf, sur René-Lévesque Ouest. Bien situé. Disponible journée/demi-journée/soirée. Pour renseignements : mireilletesolin@yahoo.ca ou 418 934-4268.

Vieux-Longueuil, bureau clinique, espace lumineux et chaleureux, salle d'attente et toilettes privées : à partager. Au plaisir! Pierre-A. Gagné : 450 651-2520.

Bureau à sous-louer. Bien éclairé, climatisé, salle d'attente. Près métro Berri-UQAM. Location au bloc de 4 heures ou à la journée. Francine Castilloux : 514 844-8932

Westmount – Centre de psychologie Westmount. Bureau à sous-louer dans un édifice sur la rue Sainte-Catherine Ouest, près de Westmount Square. Bonne accessibilité par transport en commun. Modalité de location : mi-temps (2 jours et demi par semaine). Meublé, climatisé, salle d'attente. Tél. : 514 935-6268, poste 230 ou 231. Ahuntsic, 2320, rue Fleury, près de l'hôpital, pharmacie et dans clinique. Stationnement. Bureau à sous-louer. 175 \$/mois/jour. Horaire souple. Tél. : 514 384-4989.

Bureaux individuels à louer, domaine de la santé, à la journée, avec bail. Boulevard Saint-Joseph Est, près du métro Laurier. Temps complet/partiel. Prix raisonnables. Tél.: 514 233-2060.

Bureau à sous-louer sur le Plateau, métro Laurier. Meublé, tout inclus. Libre mai ou 1er juillet 2009. Locations mi-temps ou complet. Tél. : 514 495 8278.

Laval. Édifice professionnel bien situé et facile d'accès. Grand, calme, très éclairé, insonorisation supérieure, salle d'attente et commodités. L. Martin. Tél.: 450 668-9474, *I-martin@videotron.ca*.

Saint-Jérôme – Bureau à sous-louer. Aménagé, annexé à clinique médicale, modalités de location à discuter. Possibilité de références. Renseignements : Yvan Lamoureux au 450 430-7194 ou à lamlab@videotron.ca.

Psychanalyste, psychologue ou thérapeute. Près du métro Jean-Talon. Local éclairé avec salle d'attente et cuisine. Au Cœur de soi : Louise Hébert, 514 773 5490

Sous-location à Saint-Lambert. À l'heure, journalière, hebdomadaire. Deux beaux bureaux grands, éclairés, tranquilles, vue sur parc. Disponibilité maintenant et en juillet. Tél. : 514 966-2139.

Montréal-Ouest, Westminster coin Sherbrooke. Centre intégratif de santé. Immeuble historique, excellent secteur professionnel. Bilingue préférable. Bureaux à louer temps partiel/plein. D' Lefebvre: 514 485-6789.

Saint-Hubert, très beau bureau à louer. Tout meublé. Facilement accessible en transport en commun. Possibilité de louer à l'heure ou à la journée. Caroline Larocque : 514 887-0876.

Grand bureau à louer, Trois-Rivières, rue Laviolette, endroit discret. Salle d'attente, cuisinette. Service de secrétariat disponible. Référence de clients possible. Renseignements: 819 379-0532.

Outremont, bureaux à louer, 180 ou 950 pieds carrés. Au 1175, Bernard Ouest, 3°, ascenseur, climatisé, insonorisé, près métro Outremont, 495 \$/mois et plus. Tél. : 514 894-7482.

Bureau à louer, Laurier Est. Environnement calme, chaleureux, sécuritaire, 2 minutes métro Laurier. Tous frais inclus. Disponible 1^{er} juillet. Communiquez avec Marie-Josée: 514 231-8479.

Bureaux à louer Montréal – Mai 2009. Édifice sur 2 étages, coin Saint-Joseph/Saint-Denis, Plateau Mont-Royal. Accès direct métro Laurier. Clinique multidisciplinaire médicale et paramédicale. Bureaux neufs, fenêtres ensoleillées, bois franc, ordinateurs, salle de formation. Loyer pourcentage/blocs horaires. Endroit d'échanges entre professionnels curieux, polyvalents, dynamiques et modernes, www.cliniquealtermed.com, 514 287-3289 (514 BUREAUX).

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

_PSYCHOLOGUES RECHERCHÉ(E)S

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

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

Saint-Romuald – Psychologues recherché(es) pour former équipe multidisciplinaire. Statut travailleur autonome. Possibilité de références. Ambiance chaleureuse. Clientèle variée. Expérience souhaitable en psychométrie. Tél. : 418 834-4144. Psychologues recherchés, 22 \$/heure. Service populaire de psychothérapie à Laval. Supervision offerte. Plusieurs autres avantages. Envoyez votre C.V. au spp@cooptel.qcca. Consultez l'offre complète au www.spp-laval.qc.ca.

Le Levier recherche des psychologues. Notre mission : offrir une psychothérapie à tarif réduit à des gens dont les moyens financiers sont limités. Rémunération : 20 \$/heure. Renseignements : visitez www.lelevier.ca ou communiquez avec Steve Michalcia au 514 273-7365. Envoyez votre curriculum vitae à : Le Levier, 6865, Christophe-Colomb, bureau 312, Montréal (Québec) H2S 2H3.

Repentigny – Psychologue recherché. Adultes, ados, enfants. Supervision. Clientèle fournie. Équipe constituée de 3 psychologues. Tél.: 450 585-3259, lucbilodeaupsy@qc.aira.com.

Psychologue recherché(e) à temps partiel à Saint-Constant pour enfants, adolescents et adultes, avec ou sans expérience. Pour renseignements, téléphonez à Suzanne Bibeau au 450 633-0022.

La Clinique de psychologie Celia Lillo recherche des psychologues cliniciens pour exercer en pratique privée de la psychothérapie individuelle et/ou de couple. Clientèle, bureau, formation et coaching professionnel fournis. Honoraires professionnels avantageux. Envoyez votre curriculum vitae à madame Jennifer Morrison, adjointe administrative. Télécopieur : 514 499-1231, cpcelialillo@bellnet.ca.

Recherche bureau à partager à Saint-Lambert et/ou Brossard, demi-journée/journée. Clinicienne d'expérience en orientation psychodynamique et cognitivo-comportementale (privé, CH). Clientèle adulte. Tél.: 450 656-7910.

Firme de programmes d'aide aux employés depuis 15 ans. En vue d'une relève, nous recherchons des partenaires associés (en psychologie). Nous desservons des entreprises à Montréal, Gatineau, Sherbrooke et Saguenay. Faudra démontrer un intérêt autant pour la gestion que la psychothérapie. Envoyez votre curriculum vitae et une lettre de motivation à : recrutement2009@live.ca

Nous recherchons une ou un psychologue pour un espace de bureau disponible dans une clinique à l'Île-des-Sœurs. Renseignements : 514 769-0007.

Suite ensoleillée de quatre pièces et demie à sous-louer par bloc d'heures (mercredi jour et soir, mardi et vendredi soir, weekend). Métro Jean-Talon. Tél.: 514 771-5012, nidev@total.net.

Bureau à partager – Plateau Mont-Royal, Saint-Joseph, 3 minutes du métro Laurier, stratégiquement situé, complètement meublé, agréable, calme, spacieux, insonorisé, climatisé. Espace pour thérapie individuelle/couple/familiale. Salle d'attente, toilette, cuisinette. Disponible maintenant en blocs ou journée(s) pleine(s). Engagement jusqu'à fin juin 2010 minimum. Prix avantageux. Mario: 514 298-3988, mariosirois@hotmail.com.

Bureau à louer meublé, climatisé et chauffé. Mi-temps, 280 \$/mois ou temps plein, 500 \$/mois, à la journée, 85 \$. Espace adjacent à un bureau de psychologue. Cachet, mur de briques. Édifice professionnel, rue Laurier Ouest, Outremont. Elaine Kennedy: e.kennedy@videotron.ca, 514 274-1839.

Côté Personnel, cabinet de recrutement, 3 bureaux à frais partagés à louer à des professionnels offrant des services complémentaires. Bureaux situés au 1150, Wilfrid-Hamel à Québec. Nous offrons service de réception téléphonique et d'accueil des visiteurs. Stationnement gratuit. Possibilité de foumir équipements et autres services.

Pour renseignements : 418 688-0880.

Beaux bureaux insonorisés à partager. Métro Laurier. Salle d'attente, cuisinette, salle d'enfants, climatisation centrale. Possibilité de références. Diverses modalités de location. Renseignements : 514 286-2349. Montréal, Nouveau Rosemont – Bureaux à louer et psychologues recherchés(es). Diverses modalités de location. Références. Réunions d'équipe. Groupe Cogicor. Renseignements : Denis Houde, 514 255-6541.

Bureau à partager – Québec, boulevard René-Lévesque, près de Cartier : deux jours et tous les soirs, climatisation, stationnement. Tél. : 416 529-5585.

Québec-Beauport. Bureau à partager dans une maison ancestrale, vitraux, chaleureux, tout inclus, insonorisé, stationnement (mardi soir, mercredi, jeudi soir, vendredi). Références possibles. Tél.: 418 660-3434.

Rue Cherrier, près du métro Sherbrooke. Bureaux à louer, temps plein et à la journée. Rénové, insonorisé, accueillant, cuisinette. Pour renseignements : 514 842-8938.

Adjacent à Outremont. Bureau à louer. Local vaste et éclairé. Meublé à neuf. Insonorisé, climatisé. Salle d'attente, cuisinette. Conditions avantageuses. Renseignements : 514 274 0012.

Pointe-Claire – Bureau à partager, au cœur du village, charmant, ensoleillé, tranquille, climatisé. Disponible en blocs ou par jour. Sylvia au 514 342-6006 ou sylviadak@yahoo.com.

Chaleureux bureau à sous-louer, Laurier Est (lundi, jeudi soir, vendredi et samedi). Disponible maintenant. Espaces communs décorés avec goût, ambiance agréable. Communiquez avec Marie-Josée: 514 231-8479.

Bureaux à louer (100 pieds carrés), face au métro Laurier sur le boulevard Saint-Joseph, possibilité d'affichage publicitaire extérieur. Prix : 470 \$/mois + taxes. Tél. : 514 848-9875 ou 514 234-0961.

Tout près du métro Jean-Talon et Jarry

(deux endroits). Bureaux meublés, accueillants et insonorisés pour psychologues travailleurs autonomes. Modalités très flexibles de location à l'heure ou au bloc mensuel. Services possibles : références, accès à Internet, promotion de vos services sur le Web et rencontres cliniques entre pairs. Guillaume Tétreau : 514 499-1399.

Bureaux à louer – Ahuntsic. Angle Papineau et Fleury. Spacieux, grandes fenêtres, insonorisés, climatisés, téléphone, ascenseur, stationnement. Disponible maintenant par blocs d'heures. Tél. : 514 382-0354.

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

FORMATIONS OFFERTES

Formation en thérapie cognitivo-comportementale des troubles anxieux. Formatrice: Isabelle Boivin, Ph. D., psychologue. Durée: 3 journées de 9 h à 16 h 30. Dates: les mercredi 13 mai, 27 mai et 10 juin 2009. Lieu: Centre 7400, Montréal. Pour Renseignements: 514 609-0206.

_SERVICES OFFERTS

Retranscription documents confidentiels manuscrits à l'ordinateur (Word) 5 \$/page. Expérience pertinente : 18 ans commission scolaire. Retraitée depuis peu. Travail domicile : télécopieur, imprimante, Internet. Tél. : 514

Tableau des membres

NOUVEAUX MEMBRES

Arcand, Claudine

Banks, Sarah Jane Louise

Beaudoin, Marie-Eve

Bégin, Maryse

Bouchefa, Kahina

Cyr, Debbra

De Beaumont, Louis

Delisle, Gaëlle

Doré, Marie-Claire

Goldenberg, André

Hamel, Marilou

Harutyunyan, Karen

Levet, Gilbert

Martin, Cyndie

Morissette, Edyth

Pelchat, Caroline

Provencher, Geneviève

Racine, Mélanie

Russo, Johanna

Syer, Cassidy A.

Talbot, Chantal

Tardieu, Régine

Turcotte, Christine

Wood, Wendy

Zarac, Anica

RÉINSCRIPTIONS

Beausoleil, Lise

Clermont, Francine

Fournier, Louise

Lauzon, Jean

Marcellin, Karine

Piérard, Brigitte Pouliot, Sandra

Savoie, Gisèle

Wilson, Claudine

DÉCÈS

Fournier, Louise Lauzon, Jean Marcellin, Karine Piérard, Brigitte

> En bref

AVIS AUX MEMBRES INTÉRESSÉS À COLLABORER AVEC LES SCQ

La Loi sur le système correctionnel du Québec établit que les Services correctionnels du Québec (SCQ) procèdent à l'évaluation de toutes les personnes qui leur sont confiées. Les SCQ travaillent présentement à bonifier leurs registres des psychologues intéressés à produire des évaluations, et ce, plus particulièrement dans le réseau Ouest-du-Québec et Nord-du-Québec. Pour ce faire, tous les psychologues qui désirent s'inscrire aux registres sont invités à contacter M. Yves Gaudreau, conseiller, par courriel wes.gaudreau@msp.gouv.gc.ca ou par téléphone 450 680-6040 au poste 226.



> En bref

_RÉUNIS POUR UNE **BONNE CAUSE:** DÉMYSTIFIER LA SYNCOPE

Saviez-vous qu'environ 40 % des gens auraient au moins une syncope dans leur vie? Mais qu'est-ce qu'une syncope? Ce trouble se définit par une perte de conscience et de tonus musculaire de courte durée causée par un manque d'oxygène au cerveau. Afin de répondre aux questions des intervenants concernés, médecins, infirmières, psychologues et travailleurs sociaux, un DVD, La Syncope, enjeux médicaux et psychologiques, a été réalisé par le Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociales (CLIPP), en collaboration avec l'Institut de cardiologie de Montréal et l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal. D'une durée de 52 minutes, ce DVD permettra aux intervenants de se familiariser avec les aspects médicaux et psychologiques de la syncope, le but étant d'identifier plus facilement les différents types et d'intervenir plus efficacement. « La détresse psychologique vécue par les patients atteints de syncope récurrente est clairement démontrée. Il est donc nécessaire de prendre en considération les manifestations d'anxiété ou de dépression dans le traitement des patients », souligne la Dre Bianca d'Antono, psychologue et chercheuse à l'Institut de cardiologie de Montréal et à l'Université de Montréal, aussi experte responsable du projet. Des documents d'informations à l'intention des spécialistes et du grand public sont disponibles sur le site Web du CLIPP www.clipp.ca. Pour commander le DVD ou obtenir plus de renseignements, n'hésitez pas à communiquer avec le CLIPP: 514 393-4666 ou par courriel info@clipp.ca.

Day of Training on the New Code of Ethics



The new Code of Ethics of Psychologists was published in the Quebec Official Gazette on May 21 of last year and came into force on August 19, 2008. All psychologists are required to read it and apply the obligations it sets out in their practice.

You can also register on-line at : www.ordrepsy.qc.ca/membres

TRAINING DAY OBJECTIVES

To help psychologists update their knowledge of the Code, the Order is organizing a training session, which will cover the following issues:

- Learning about changes in psychologists' ethical obligations
- Understanding the key provisions of the new Code
- Analyzing the impact of the new Code on professional practice
- Testing psychologists' professional judgment
- Answering big questions, such as:
 - \Rightarrow Who is my real client?
 - Is it possible to have a personal relationship with a client?
 - Are professional secrecy and confidentiality binding at all times and in all circumstances?
 - ⇒ Can fees be charged for a psychotherapy session if the client did not come?

PEDAGOGICAL METHOD

The update training lasts one day and includes:

- Brief formal presentations
- Workshops
- Discussions with the trainer

THE TRAINER

The day will be facilitated by Robert Loveless, psychologist. Mr. Loveless is well acquainted with developments in ethics and the needs of psychologists in this area, as he has served for the past several years as inspector for the Ordre des psychologues du Québec.

REGISTRATION FEES

The cost of registration is \$100 (taxes and lunch included). If you pay by cheque, it must be dated at least two weeks before the training date.

The Ordre des psychologues du Québec is covering part of the cost of this training to ensure maximum participation by psychologists.

KEGISTRATION FORM			
Identification (please print)			
Last name:			
First name:			
Permit number:			
Address:			
City:			
Postal Code:			
Tel. office: ()			
Tél home: ()			

DATE AND PLACE OF TRAINING

The session will be held on **June 19, 2009**, from 8:30 a.m. to 5:00 p.m., at:

Ruby Foo's Hotel 7655 Decarie Blvd. Montreal, Quebec.

PAYMENT METHOD

Payment by:	□ check (amount of \$100)	□ credit card
Cardholder's nam	e:	
Card number (Vis	a or Mastercard) :	
Expiry date (mon	th/year) :	
Datuma Hair assessi	akaal famaa (ikla alaaaa. if ama	ما (ماماسمال

Return this completed form (with cheque, if applicable) to:

Ordre des psychologues du Quebec 1100 Beaumont Avenue, Suite 510 Mont-Royal, Quebec, H3P 3H5

Return by fax (credit card only): 514-738-8838

CANCELLATION

A \$15 administration fee will be charged for cancellation of a registration. No refund will be given for cancellations made less than two weeks before the training date.

La recherche le dit

Par D^{re} Cynthia Turcotte, psychologue au Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM)

LES EFFETS PROTECTEURS DE L'INTELLIGENCE ÉMOTIONNELLE

Qu'est-ce qui peut prévenir l'apparition d'idéation et de tentatives suicidaires? Des chercheurs de Harvard ont évalué par questionnaire l'intelligence émotionnelle (IE), les pensées et comportements suicidaires ainsi que la présence de traumatismes (négligence, abus, mauvais traitements) chez 54 adolescents âgés de 12 à 19 ans qui consultaient à une clinique locale de psychiatrie. Les habiletés d'IE évaluées étaient la capacité à percevoir, à intégrer en pensées, à comprendre et à gérer les émotions (Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test : Youth Version). Les résultats de cette étude ont montré que les jeunes ayant été abusés sexuellement durant l'enfance et possédant peu d'habiletés d'IE étaient significativement plus à risque de présenter des idéations ou tentatives suicidaires que ceux présentant des habiletés moyennes d'IE. De plus, une IE élevée n'était pas du tout associée à des idéations ou comportements suicidaires chez les jeunes ayant été abusés. D'autres analyses statistiques ont révélé dans cette étude que le volet « stratégique » de l'IE, soit l'habileté à comprendre et à gérer les émotions, était à la source de l'effet protecteur recherché et non le volet « expérientiel » de l'IE, soit l'habileté à percevoir et à ingérer les émotions dans les pensées. D'autres études pourraient être menées afin notamment de vérifier si au plan expérimental un traitement visant à développer l'IE « stratégique » serait plus efficace qu'un traitement visant à développer l'IE « expérientielle » chez des jeunes ayant été abusés durant leur enfance.

Cha, C. B. & Nock, M. K. (2009). Emotional intelligence is a protective factor for suicidal behavior. The Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 48(4), 422-430.

COMPRENDRE... À SA SORTIE DE L'URGENCE

Vous sortez de l'urgence. Selon le personnel rencontré, quelle a été la cause de votre visite? Que devrez-vous faire, selon eux, à votre sortie de l'urgence pour prendre soin de votre état de santé? Des chercheurs américains ont interviewé 140 patients adultes anglophones après leur congé de l'urgence (dans deux hôpitaux du Michigan : The University of Michigan Hospital et St. Joseph Mercy Hospital) entre octobre 2003 et avril 2004. Ils les ont questionnés sur 1) la cause de la visite et le diagnostic, 2) les soins prodigués par le personnel de l'urgence, 3) les soins qui devront être offerts après la visite à l'urgence et finalement 4) les instructions reçues concernant le retour à domicile. Le degré de concordance (absente, minimale, partielle, proche, complète) entre le souvenir du patient et les informations fournies par le personnel a été déterminé. Selon les résultats obtenus, 78 % des patients démontraient une compréhension déficitaire (soit une concordance absente, minimale, partielle ou proche) dans au moins une dimension évaluée; 51 % des patients, dans deux dimensions ou plus. Plus d'un tiers de ces déficits concerne la compréhension des soins qui doivent être offerts après la visite à l'urgence, alors que 15 % seulement concernaient la cause et le diagnostic. Seulement dans 20 % des cas, les patients semblent ne pas avoir compris ou ne pas se rappeler exactement ce qui les avait amenés à l'urgence et les soins reliés à leur visite. Ainsi, les professionnels de l'urgence devraient développer des mécanismes pour améliorer la compréhension et le rappel des soins prodigués ainsi que les instructions postcongé.

Engel, K. G., Heisler, M., Smith, D. M., Robinson, C. H., Forman, J. H., & Ubel, P. A. (2009). Patient comprehension of emergency department care and instructions. Are patients aware of when they do not understand? Annals of Emergency Medicine, 53(4), 454-461

CONTRÔLE COGNITIF ET TDAH

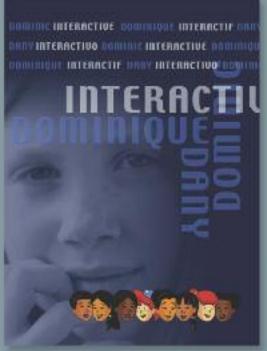
Les enfants atteints d'un trouble du déficit d'attention/hyperactivité (TDAH) ont des problèmes de contrôle cognitif : filtrer les distracteurs, inhiber une réponse automatique, conserver une information importante active et planifier son comportement en vue d'atteindre un but. Des chercheurs ont tenté d'évaluer le contrôle cognitif en utilisant des tests oculomoteurs simples durant lesquels on sollicite les réseaux oculomoteurs qui chevauchent les réseaux attentionnels. On espère ainsi vérifier l'intégrité des fonctions de contrôle cognitif. La VGS (visually guided saccade task) utilisée demande au sujet de fixer un stimulus qui apparaît soudainement. La FIX (fixation task) requiert qu'on regarde droit devant soi malgré le fait que des distracteurs visuels apparaissent périphériquement. L'AS (antisaccade task) implique d'inhiber une réponse réflexe devant l'apparition soudaine d'un stimulus en regardant plutôt dans un miroir. Puis, la MGS (memory-quided saccade task) demande que le sujet regarde à l'endroit où a été présentée précédemment une cible visuelle. Chez les 26 enfants de l'étude âgés de 8 à 13 ans et répondant aux critères du DSM-IV pour le TDAH, le fonctionnement sensoriel (VGS) et la mémoire de travail (MGS) étaient intacts. Par ailleurs, des difficultés à inhiber la réponse réflexe (AS) et une fragilité à se laisser distraire par des stimuli périphériques (FIX) étaient significatives chez ces enfants comparativement aux enfants sans TDAH. Ces difficultés pourraient expliquer, selon les chercheurs, pourquoi les enfants ayant un TDAH ont des difficultés à terminer des tâches seuls et à être distraits visuellement, et ce, même dans des tâches de courte durée.

Loe, I. M., Feldman, H. M., Yasui, E. & Luna, B. (2009). Oculomotor performance identifies underlying cognitive deficits in attention-deficit/hyperactivity disorder. The Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 48(4), 431-440.

_DIMINUER SES PORTIONS

Imaginez que vous êtes une jeune fille avec un poids santé qui classe des objets pendant qu'elle regarde une vidéo, un bol de petits biscuits (*Mini Oreo Bite Size Cookies*) à portée de main. À l'écran, vous voyez une fille âgée de 10 ans qui porte un veston léger par-dessus ses vêtements afin de camoufler son poids. Elle est en train d'exécuter la même tâche que vous tout en mangeant 77 des mêmes petits biscuits. Quelle quantité de biscuits allez-vous manger vous-mêmes durant ce temps? Une petite ou une grosse portion? Selon une étude réalisée par des chercheurs américains en nutrition et en médecine préventive, vous auriez probablement mangé en moyenne 45 biscuits même si votre portion était restée moins élevée que si vous aviez été obèse (75 biscuits). Et si la fille de la vidéo avait mangé 10 petits biscuits au lieu de 77, que serait-il arrivé? Si vous aviez un poids santé, vous en auriez mangé moins (35) que si vous aviez été obèse (45). La conclusion de ces chercheurs est que les filles obèses, comparativement à celles dont le poids est santé, semblent plus réceptives à une influence extérieure par les pairs dans la régulation de la quantité de nourriture. Toutefois, peu importe le poids, une influence par les pairs semble avoir un effet sur la grosseur de la portion ingérée. Les individus tendent donc à manger la même quantité de nourriture que celle des personnes qui les entourent au moment du repas. Avec qui mangerez-vous tout à l'heure?

Dominique Interactif c'est quoi?

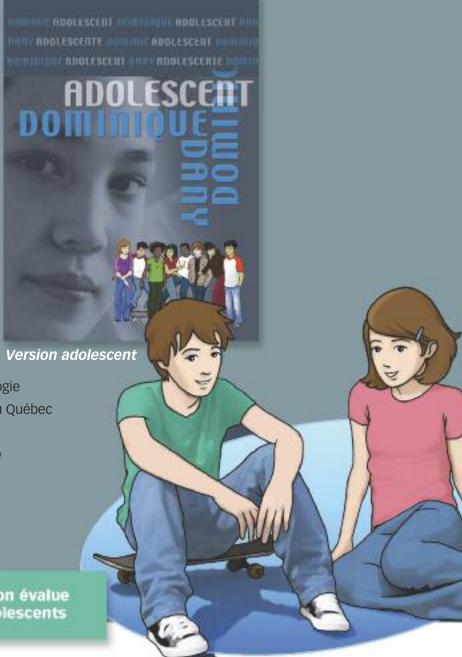


Version enfant (6 à 11 ans)

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

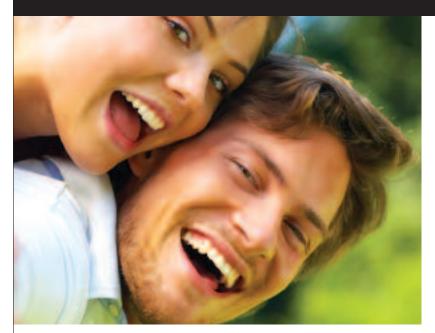
Chaque CD permet de choisir le sexe, le groupe ethnique (caucasien, afro-américain, hispanique-autochtone, asiatique) et la langue (français, anglais, espagnol) du jeune Passations sur clé USB/internet

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



D.I.M.A.T. INC, C.P. 212, SUCCURSALE VICTORIA, WESTMOUNT, H3Z 2V5 TÉLÉPHONE (SANS FRAIS): 1 866 540-9255 • TÉLÉCOPIEUR: 514 482-0806

PROGRAMME D'ASSURANCE POUR LES MEMBRES DE L'OPQ



PRENEZ DE L'ASSURANCE

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

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

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

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

1 877 807-3756 dpmm.ca

GATINEAU | JONQUIÈRE | MONTRÉAL | QUÉBEC | TORONTO

Vous avez tout à y gagner!

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











Dale Parizeau Morris Mackenzie

CABINET DE SERVICES FINANCIERS